

BOAS PRÁTICAS E DESAFIOS NA ATENÇÃO À SAÚDE COM GRUPOS VIVENDO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

Editora
Dulce Barbosa

Guest Editors
Marcia Azevedo
William Borges
João Grandi
Esron Rocha

E-BOOK





COMO CITAR

Barbosa DA. (Org.). Boas práticas e desafios na atenção à saúde com grupos vivendo em situação de vulnerabilidade. Brasília, DF: Editora ABen; 2023. 105 p. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e21>

B662 Boas práticas e desafios na atenção à saúde com grupos vivendo em situação de vulnerabilidade / Organização Dulce Aparecida Barbosa; Colaboradores Marcia Azevedo; William Borges; João Grandi; Esron Rocha

105 p.
ISBN 978-65-89112-14-3
e-Book (PDF)
Textos de Autores Diversos

1. Enfermagem. 2. Assistência à Saúde. 3. Saúde Pública. 4. Vulnerabilidade em Saúde. 5. Populações Vulneráveis. 6. População Indígena. I. Associação Brasileira de Enfermagem. II. Dulce Aparecida Barbosa (Org.); III. Marcia Azevedo.(Col.); IV. William Borges.(Col.); V. João Grandi.(Col.); VI. Esron Rocha.

CDU 613.9
CDD 613



SUMÁRIO

BOAS PRÁTICAS E DESAFIOS NA ATENÇÃO À SAÚDE COM GRUPOS VIVENDO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE: POPULAÇÃO INDÍGENA

LAVINIA SANTOS DE SOUZA OLIVEIRA
CAMINHOS EQUITATIVOS E NA DIFERENÇA PARA A SAÚDE INDÍGENA

EVELIN PLACIDO DOS SANTOS
BOAS PRÁTICAS E DESAFIOS NA ATENÇÃO À SAÚDE COM GRUPOS VIVENDO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE: POPULAÇÃO INDÍGENA

BOAS PRÁTICAS E DESAFIOS NA ATENÇÃO À SAÚDE COM GRUPOS VIVENDO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE: POPULAÇÕES QUILOMBOLAS

CLIMENE LAURA DE CAMARGO
IASLANE BONFIM CERQUEIRA
LORENA GOMES
MARIA CAROLINA ORTIZ WHITAKER
SELMA JESUS DE SOUSA
AÇÕES DE SAÚDE EM POPULAÇÕES QUILOMBOLAS EM CONTEXTOS DE EMERGÊNCIA SANITÁRIA E NÃO-EMERGENCIAIS: EXPERIÊNCIAS EXITOSAS

WILLIAM DIAS BORGES
HAROLDO GONÇALVES DE JESUS
ILMA PASTANA FERREIRA
EMIKO YOSHIKAWA EGRY
ENFRENTAMENTO DA COVID-19 POR QUILOMBOLAS DE UMA ILHA MARÍTIMA BAIANA: BOAS PRÁTICAS COM COMPETÊNCIA CULTURAL

BOAS PRÁTICAS E DESAFIOS NA ATENÇÃO À SAÚDE COM GRUPOS VIVENDO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE: POPULAÇÃO DE IMIGRANTES

ARISTIDES SAMPAIO CAVALCANTE NETO
MARIA AMÉLIA DE CAMPOS OLIVEIRA
BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE E O ATENDIMENTO A MIGRANTES VENEZUELANOS EM RORAIMA

BENEFICIÁRIOS DAS AÇÕES AFIRMATIVAS: IMPACTO DAS BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE COM POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

NÁDILE JULIANE COSTA DE CASTRO
RAIMUNDO ABREU DOS SANTOS
JAINARA DE SOUZA ARAÚJO
NYVIA CRISTINA DOS SANTOS LIMA
DEISIANE DA SILVA MESQUITA
BENEFICIÁRIOS DAS AÇÕES AFIRMATIVAS: IMPACTO DAS BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE COM POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

IMPACTO ECONÔMICO DAS BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE

LUCIANA ROSA DE SOUZA
IMPACTO ECONÔMICO DAS BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE

JOSÉ HENRIQUE BASSI SOUZA SPERANCINI
IMPACTOS ECONÔMICOS DA SAÚDE PARA POPULAÇÕES VULNERÁVEIS: UMA VISÃO PANORÂMICA

BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE E DESAFIOS COM POPULAÇÃO DE RUA E POPULAÇÃO VULNERÁVEL COM AGRAVO NA SAÚDE MENTAL

CARMEN LÚCIA ALBUQUERQUE DE SANTANA
MARTA REGINA MARQUES AKIYAMA
BOAS PRÁTICAS E DESAFIOS NA ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

GUSTAVO NEPOMUCENO
A EXPERIÊNCIA DO ADOLESCENTE NO DISTRITO FEDERAL

BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE E DESAFIOS COM POPULAÇÃO DE INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA E TRANSPLANTADOS DE ÓRGÃOS

MEIRY FERNANDA PINTO OKUNO
BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE E DESAFIOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA PESSOAS IDOSAS

BARTIRA ROZA
BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE E DESAFIOS COM POPULAÇÃO DE INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA E TRANSPLANTADOS DE ÓRGÃOS

BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE E DESAFIOS COM A POPULAÇÃO LGBTQIA+

JOÃO GRANDI
BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE E DESAFIOS COM A POPULAÇÃO LGBTQIA+

MANOELA COIMBRA DE MEDEIROS
COMO UMA ORGANIZAÇÃO NÃO-GOVERNAMENTAL PODE CONTRIBUIR PARA AS BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE COM A POPULAÇÃO LGBTQI+?

JOEL MANCIA
BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE E DESAFIOS COM A POPULAÇÃO LGBTQIA+

BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PROTEÇÃO A MULHERES E CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

NADIRLENE PEREIRA GOMES
GRUPO VID@ EM AÇÃO: CUIDADO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA

ROSA MARIA GODOY SERPA DA FONSECA
LUCIMARA FABIANA FORNARI
BOAS PRÁTICAS DE INVESTIGAÇÃO SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: EXPERIÊNCIAS DE UM GRUPO DE PESQUISA

BOAS PRÁTICAS E DESAFIOS NA ATENÇÃO À SAÚDE COM GRUPOS VIVENDO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE: POPULAÇÃO INDÍGENA



CAMINHOS EQUITATIVOS E NA DIFERENÇA PARA A SAÚDE INDÍGENA



Lavinia Santos de Souza Oliveira ORCID: 0000-0002-0242-9949
Enfermeira, PhD, Coordenadora de RH. Projeto Xingu/ DMP/EPM/Unifesp
usma@unifesp.br / laviniasoliveira@gmail.com

APRESENTAÇÃO

Saúdo a todos participantes agradecendo a oportunidade de estar nesse evento e destacando a importância das instituições formadoras: Universidade Federal de São Paulo, a Unifesp, representada pelas profas. Dulce Barbosa da Escola de Enfermagem e Evelin Plácido minha companheira do Projeto Xingu e da Universidade Federal do Amazonas, UFAM, presente na pessoa do Prof. Dr. Esron Rocha. São universidades importantes na produção de conhecimento em saúde indígena, acolhimento dos estudantes indígenas e construção de práticas nesta área.

A enfermagem reconhece a saúde indígena como especialidade, mas vou discordar um pouco, pois reconheço a saúde indígena como uma especificidade do vasto campo da saúde coletiva, no qual a enfermagem tem papel de destaque.

Situo ainda a saúde indígena praticada no Brasil como exemplo de uma macro política que traz um enfoque étnico sobre a saúde, único no mundo. Analisar o modo de vida de um grupo de pessoas a partir da sua origem e identidade étnica e suas considerações as implicações na saúde é um desafio para nós, brasileiros, enquanto um povo que ainda busca definir-se e se constrói sobre sua matriz indígena.

Assim trago aqui a proposta de refletir sobre esse campo de conhecimentos e práticas que convergem plenamente com a temática do evento.

INTRODUÇÃO: QUEM SÃO E COMO ESTÃO OS POVOS INDÍGENAS HOJE?

Os povos indígenas no Brasil, também chamados de povos originários, tem a presença registrada no continente americano há milhares de anos. Como todos sabemos, o contato com os europeus desde o século XVI sempre foi e continua sendo muito violento. Ações de escravização, extermínio e epidemias ceifaram milhões de vidas. Das mais de 1000 etnias existentes no início da colonização, restam nos tempos atuais cerca de 300. Dos cinco milhões de habitantes permanecem hoje cerca de 1 milhão.

Devemos considerar nesse histórico o grau e a intensidade do contato com a sociedade envolvente. Os indígenas tupis do litoral convivem com os europeus há mais de 500 anos. São muitos os povos de contato antigo que ainda residem na faixa litorânea, mas nas regiões Centro Oeste e Norte o tempo do contato é bem mais recente, sendo a maior parte contatada entre os últimos 50 a 100 anos. A FUNAI registrou em 2020 cerca

de 23 povos isolados nos estados do Acre e Amazonas e que voluntariamente não tem nenhuma proximidade com o chamado homem branco.

Lidar com essas diferenças nos modos de vida e na produção de saúde relativas à diversidade e complexidade indígena é o primeiro grande desafio.

Minha contribuição neste momento talvez seja fazer uma pequena reflexão teórica que busca o entendimento sobre os indígenas enquanto grupo vulnerável e que sofre muitas iniquidades no acesso à saúde, nas condições de vida e essas condições estão expressas seu perfil epidemiológico. São pessoas para as quais os princípios do SUS de universalidade, integralidade e principalmente equidade são imperativos enquanto direito e fato.

PENSANDO E EXERCENDO A EQUIDADE PARA OS POVOS INDÍGENAS

A origem da aplicação dos conceitos de equidade na saúde deve-se a inglesa Margareth Whitehead que em seus estudos dos idos de 1980 analisa os determinantes socioeconômicos e culturais relacionados a saúde. A pesquisadora chama a necessidade de fazer justiça no campo da saúde mediante distribuição igualitária de oportunidades e acesso aos serviços de saúde. Ela se pautou na teoria da justiça formulada pelo filósofo John Rawls, em 1971, que postulou a equidade como a oferta de mais benefícios para os que tem menos, visando uma sociedade igualitária. Desta forma a equidade não trata com privilégios, mas sim com ações inclusivas tais como acolhimento, prioridade em filas e facilitação do acesso para garantia da igualdade no sistema de saúde.

Para os povos indígenas promover a equidade é também enfrentar preconceitos e violências. Nesse sentido, o protagonismo da enfermagem é formidável enquanto grupo profissional que age no cotidiano. Recorro aqui ao pensamento da filósofa húngara Agnes Heller que traz a perspectiva de analisar criticamente o espaço cotidiano, superando no fazer do dia a dia o preconceito, que para ela resulta de um pensamento político pouco elaborado.

As equipes de enfermagem na saúde indígena têm seu principal lugar de trabalho o cotidiano onde estão as comunidades, as aldeias indígenas, as casas de saúde e polo base, integrantes do SASISUS- Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas do SUS, criado em 1999. Esse espaço de trabalho precisa ser conhecido e problematizado, para que não se reproduza o hábito dos serviços de saúde que excluem e violam os direitos das pessoas.

Aqui podemos evocar a teoria crítica do filósofo francês Bourdieu, que apresenta os espaços sociais, principalmente os de formação, como a escola, como locais propícios aos sistemas de repetição, reforçando o conjunto de normas e valores de uma sociedade. E na sociedade brasileira, historicamente os indígenas têm lugar desfavorável ou nenhum.

E COMO ENFRENTAR ESSAS VULNERABILIDADES?

Na América Latina destaco o pensamento do equatoriano Jaime Breihl que propõe uma epidemiologia sem números, com enfoque social onde a diversidade de culturas e pessoas determina diretamente as condições de saúde e de cuidado. Analisar os indicadores de saúde dessas populações é o primeiro passo para outras tomar medidas inclusivas e orientadas para a atenção diferenciada de saúde.

Naomar de Almeida Filho e seu grupo da Universidade Federal da Bahia, vem avançando na construção de uma gestão para a saúde que atenta ao cuidado diferenciado e horizontalizado ofertado aos diferentes segmentos da população. Há que se buscar a equidade não só nos modos de atendimento e cuidado, mas no financiamento e gerenciamento dos serviços.

Na saúde indígena, falta desenvolver um olhar sobre o indígena que não seja caritativo e de benemerência. A despeito das suas grandes necessidades, há uma positividade na condição de ser indígena, principalmente no que tange aos seus sistemas de pensamento e cuidados que abarcam a saúde.

O sociólogo português Boaventura Santos destaca a importância das epistemologias do sul, ou seja, dos modos de pensar não ocidentais e que podem em muito contribuir para a melhoria da sociedade contemporânea como um todo. É o caso do pensamento ameríndio.

Na cosmovisão indígena há diferenças positivas e potentes, capazes de transformar o mundo. Ainda que tardiamente o pensamento de Davi Kopenawa Yanomami, Ailton Krenak, Yolanda Macuxi, Sônia Guajajara que é enfermeira e outros, vêm sendo difundido nas universidades. Novos pensadores indígenas e profissionais indígenas de saúde oriundos da política de cotas trazem suas diferentes visões de mundo para a academia, inclusive na enfermagem.

A base teórica relativa a competência cultural para o cuidado dos indivíduos e grupos culturalmente diferentes vem se intensificando e ganhando robustez com essas contribuições recentes. A equidade sai da dimensão ontológica, do ideário filosófico, para ganhar expressões políticas e práticas. Assim, o arcabouço do SUS opera cada vez mais na diferença: no acesso, oportunidades de tratamento e nivelamento nos programas, estratégias, cuidados e ações de saúde.

O cuidado se apresenta então de modo dialógico, permanente, inquieto. Assim, o enfermeiro(a) pode colocar-se como elo entre a macro e a micropolítica, um agente de novos saberes e fazeres.

Finalizo essas palavras lembrando que ser diferente não é ser menos. É ser livre para ser outro.

São muitas as lutas políticas e dos movimentos sociais em prol do exercício diferença na saúde das populações vulneráveis. A estratégia de saúde da família é um bom exemplo de uma política de enfrentamento da iniquidade expressa no cotidiano do SUS e que é protagonizada pela enfermagem.

Na especificidade indígena cito alguns exemplos advindos da nossa experiência, como o acolhimento diferenciado do Ambulatório do Índio da Unifesp, as visitas domiciliares realizadas para mães e bebês nas aldeias onde o modo de vida indígena transparece, o atendimento aos idosos com tradução da língua materna e respeito às práticas tradicionais de saúde e ainda a construção de perspectivas técnicas diferenciadas, como o rastreamento do câncer de colo de útero nas áreas indígenas com uso de tecnologias adaptadas para esses ambientes e o resgate do saber indígena tradicional no tratamento de doenças crônicas e nas lesões de pele. Exemplo disso é o uso de óleos amazônicos no tratamento de feridas, minha atual frente de pesquisa e paixão. Quanta ciência nova existe nas práticas tradicionais!

Encerro mostrando algumas imagens das diferenças, de espaços de trabalho, de enfrentamento da vulnerabilidade no corpo a corpo que toda equipe de enfermagem faz na saúde indígena.



Atendimento do Auxiliar de Enfermagem Indígena Tymain Kaiabi no Parque do Xingu. Acervo pessoal.

Felizmente estamos vivendo uma virada histórica, quando a política assimilacionista até então vigente para os povos indígenas dá lugar a busca da descolonização do pensamento eurocêntrico com valorização e emergência dos saberes e fazeres tradicionais.

Após 200 anos de independência no Brasil a luta permanece. É como diz nosso Hino Nacional: ...“O penhor dessa igualdade, conseguimos conquistar com braço forte”.

A saúde é um lugar de luta e a enfermagem é protagonista dessa luta contínua.

Muito obrigada pela oportunidade.

REFERÊNCIAS E INDICAÇÕES DE LEITURA

1. Almeida Filho, Naomar. Para uma teoria unificada sobre saúde doença: a doença como objeto complexo. Rev Saúde Pública 2013;47(3):433-50. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004680>.
2. Bamba, C; GibsonM, Sowden Q, Wright K, Whitehead M. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews.
3. J Epidemiol Community Health: first published as 10.1136/jech.2008.082743 on 19 August 2009. n November 25, 2022, by guest. Protected by <http://jch.bmj.com/> J Epidemiol Community Health: first published as 10.1136/jech.2008.082743 on 19 August 2009.
4. Breilh, Jaime. Epidemiologia crítica: Ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro. Fiocruz, s\ d
5. Rawls John. Uma Teoria da Justiça,4ª.Ed. São Paulo, Martins Fontes, 2016
6. Heller, Agnes. O Cotidiano e a História — 11a. ed. Tradução de Carlos N. Coutinho e Leandro Konder. São Paulo: Paz e Terra, 2016.
7. Thiry-Cherques, Hermano Roberto. Pierre Bordieu. A teoria na prática. Revista de Adm. Publica, 40 (1), 2006. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122006000100003>
8. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em 21 de nov. de 2022.
9. Oliveira, Lavinia SS. (org.). Enfermagem em Territórios Indígenas. Ed. CRV, Curitiba 2022.
10. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à saúde dos povos indígenas. Brasília, 2002. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em 24\11\22.
11. Boaventura Sousa Santos. Construindo as Epistemologias do Sul. Clacso, Buenos Aires, 2018. Tomo I. Disponível em: http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Antologia_Boaventura_PT1.pdf. Acesso em 25\11\22.

SITES INDICADOS:

www.projetoxingu.unifesp.br
www.socioambiental.org
www.institutocatitu.org
www.videonasaldeias.org
www.funai.gov.br
www.cimi.org.br
pib.socioambiental.org/pt/Organizações_indígenas



BOAS PRÁTICAS E DESAFIOS NA ATENÇÃO À SAÚDE COM GRUPOS VIVENDO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE: POPULAÇÃO INDÍGENA



Evelin Placido dos Santos ORCID: 0000-0002-6152-0072
Projeto Xingu/ DMP/EPM/Unifesp

INTRODUÇÃO

O Brasil marcado por uma grande diversidade étnica e cultural, inicialmente pelos povos originários ou indígenas, e a partir da colonização, pela contribuição dos europeus e dos povos africanos. Imigrações posteriores, advindas do mundo todo contribuem, ainda, para esta diversidade. Temos, dispersos em todo território nacional, em torno de 817.963 indígenas, distribuídos em cerca de 230 povos, falantes de 180 línguas¹.

As boas práticas em saúde devem ser consistentes com os valores, preceitos éticos e fundamentos teóricos da promoção da saúde, bem como levar em conta a compreensão do ambiente, as crenças e as evidências científicas para o qual está orientado o alcance dos objetivos².

A interculturalidade é um fenômeno atual e necessário no contexto das boas práticas em saúde, no campo de atuação dos profissionais, que desempenham atividades com uma grande diversidade de pessoas, no que diz respeito ao gênero, à raça, à etnia ou religião. Em princípio, estes profissionais não deveriam reconhecer as necessidades das pessoas apenas pelas doenças que estas apresentam, mas de acordo com suas experiências narradas isoladamente ou de forma contextualizada em seu processo de vida^{2,4}.

Profissionais que atuam na assistência à saúde como um todos, devem estar culturalmente sensíveis para realizar um cuidado em saúde fundamentado em singularidades de ações, motivados para atuarem neste contexto e preparados para realizarem adequações ou adaptações de condutas condizentes às situações de saúde/doença das pessoas ou comunidades².

Os povos indígenas em nosso país, através da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI), têm garantido o direito a uma atenção diferenciada, com respeito às suas especificidades étnicas e culturais e às suas diferentes situações de risco e vulnerabilidade. Porém, a aproximação entre a teoria e a prática da atenção à saúde destes povos está sendo construída de forma ainda incipiente⁵.

A assistência à saúde para população que habitam em locais de difícil acesso, caracteriza-se por uma assistência rural. A população rural brasileira caracteriza-se por uma diversidade de raças, etnias, povos, religiões, culturas, sistemas de produções e padrões tecnológicos, segmentos sociais e econômicos, de ecossistemas e de uma rica biodiversidade, representada pelas populações tradicionais quilombolas, por povos indígenas, povos das florestas (agroextrativistas, seringueiros), povos do cerrado, do semiárido, da caatinga, dos campos, das montanhas, dos pampas e do pantanal, pelas comunidades ribeirinhas, pelas vilas litorâneas de pescadores artesanais e dos manguezais e pelas mulheres quebradeiras de coco babaçu das florestas de palmares⁶.

Estes territórios representam desafios específicos sobre assistência à saúde de rotina convencional e os gestores devem estar atentos para maximizar os benefícios e otimizar as oportunidades de permanência do profissional de saúde nestes locais^{5,6,7}.

A população indígena representa cerca de 0,4% da população nacional, sendo o menor estrato racial da população brasileira, porém, apresentando indicadores de saúde 2 a 3 vezes piores, quando comparados com aqueles da sociedade envolvente, com altas taxas de doenças endêmicas, carenciais e crônicas^{1,8}.

A assistência à saúde prestada as Populações do Campo e da Floresta são operacionalizadas pelos estados e municípios de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF)⁶. Nos territórios indígenas, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS (Sasi-SUS), através da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), são responsáveis pelas atividades de vacinação, operacionalizadas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) em parceria com os estados e municípios⁵.

Constituem-se historicamente numa população marginalizada, de subordinação política, exploração econômica, discriminação social e inadequação do atendimento em saúde, decorrente da falta de coerência das políticas públicas de saúde e educação indígenas. Essas políticas deveriam ser baseadas nos direitos e necessidades dessas populações, reconhecidos na Constituição Brasileira de 1988. Entretanto, ainda se observa estagnação no processo de construção de um modelo assistencial de fato diferenciado e que certamente resultaria numa política com eficácia e participativa^{8,9,10}.

Seguramente a atenção à saúde em populações indígenas, incluindo as ações de imunização, tem peculiaridades. Estamos diante de um cenário de grande diversidade cultural, diferentes visões de mundo, e distintas formas de compreender o processo saúde-doença. Nesse contexto, o profissional de saúde, deve estar preparado para atuar de maneira sensível às diferenças culturais para, assim, garantir a qualidade do trabalho, buscando, de fato o caminho da já mencionada, atenção diferenciada^{2,11}.

O cuidado culturalmente competente surgiu como o mantra da prática contemporânea de enfermagem após a Segunda Guerra, imbuído com fórmulas e instruções para os prestadores de saúde, sobre como tornar-se culturalmente sensível e enaltecer a diversidade, preparando os enfermeiros para um mundo de prática em que a diversidade é a mandamento norteador do cuidado^{12,13}.

A interculturalidade é característica inerente aos cuidados à saúde dos povos indígenas, particularmente entre os profissionais de enfermagem. Para além do simples respeito aos povos indígenas, a prática do cuidado de enfermagem culturalmente competente, envolve o diálogo contínuo, fazendo uso de linguagens verbais e não verbais, do conhecimento de significados e práticas derivados das concepções de mundo, da compreensão do processo saúde-doença, valores culturais, do contexto ambiental e territorial, estruturas sociais. Assim, necessitamos estar abertos ao diálogo e colocando-nos no lugar do outro, com sensibilidade e, sobretudo, sendo capazes de colocar de lado os próprios valores para compreender o outro, com valores, crenças e práticas diferentes das nossas^{2,11}.

A diversidade cultural dos povos indígenas coloca um grande desafio para a saúde pública, que é o de tornar acessíveis os benefícios da medicina ocidental como uma forma de minimizar o impacto sanitário negativo que advém do contato crescente desses povos com a sociedade nacional, sem suplantando o conhecimento e as práticas tradicionais. Em nosso ponto de vista, tornar esses serviços e os benefícios acessíveis significa dialogar continuamente com as comunidades, entendendo sua concepção de mundo, seu sistema etiológico e suas práticas de cura e explicando nossas concepções do processo saúde-doença e nosso sistema de atenção à saúde, buscando um caminho de conciliação entre os saberes tradicionais e a medicina ocidental. Isso não significa deixar de lado os conceitos da saúde pública e seus modelos de intervenção. Pelo contrário, trata-se de revisita-los e adaptá-los para o trabalho com as sociedades indígenas, pois o processo saúde-doença que essas sociedades vêm experimentando após o contato é singular e complexo^{11,12,13}.

Desenvolver e promover a saúde e bem estar através da inclusão da cultura do indivíduo e da comunidade nos processos de cuidados na saúde e na doença, se mostram habilidades essenciais para o caminho do

cuidado culturalmente competente, atributo essencial na construção de uma atenção realmente diferenciada aos Povos Indígenas. E, mais que isto, na crescente diversidade da população, ressalta-se a visibilidade dos grupos antes socialmente invisíveis, como os casais homoafetivos, idosos, dependentes químicos, mulheres, a diversidade de profissões e de serviços, com a tendência à inclusão da mão de obra feminina e da imigração. Tornando a competência cultural algo de suma importância no cotidiano dos profissionais de enfermagem, mesmo àqueles distantes da saúde indígena^{11,12,13}.

REFERÊNCIAS

1. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: características gerais dos indígenas resultados do universo. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
2. GREGIS C; MARTINI J G. Processo de competência cultural nos cuidados de enfermagem a usuários de drogas injetáveis no projeto de redução de danos de Porto Alegre-Brasil. SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas, v. 2, n. 1, p. 0-0, 2006.
3. Andrade, S. R. D., Mello, A. L. S. F. D., Locks, M. T. R., Mattia, D. D., Hoeller, F., & Erdmann, A. L. (2013). Melhores práticas na atenção básica à saúde e os sentidos da integralidade. Escola Anna Nery, 17, 620-627.
4. MENDONÇA, S. Reflexões sobre a relação intercultural no campo da saúde indígena: uma introdução". São Paulo: UAB/Unifesp, 2009. Texto de Apoio, Disciplina de Antropologia, I Curso de Especialização em Saúde Indígena.
5. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed.; 1. reimp. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.
7. Santos. E. P. O Programa de Imunização em uma área isolada de difícil acesso. Um olhar sobre o Parque Indígena do Xingu. Dissertação [Mestrado Profissional na Atenção Primária em Saúde] – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo:EEUSP. São Paulo, 2016.
8. Delfino PD; Laganá MTC. Perfil de morbimortalidade dos Povos Indígenas Brasileiros: características epidemiológicas de 1994-2004. Saúde Coletiva. 2005;2:72-8.
9. CIMI – Conselho Indigenista Missionário. Relatório: Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil. Dados de 2013. Disponível em: www.cimi.org.br. Acessado em: 24/03/2016.
10. Garnelo L. Aspectos socioculturais de vacinação em área indígena. Hist Cienc Saude-Manguinhos. 2011;18(1):175-90.
11. Rodrigues D, Mendonça S, Oliveira L, Roder F, Coelho C. A atenção diferenciada em saúde indígena: considerações iniciais. Texto integrante do Curso de Especialização de Saúde Indígena - UNIFESP/UNASUS. Disciplina de Política e Organização dos Serviços de Saúde Indígena. Disponível em <http://si.unasus.unifesp.br/>. Acesso em 06.07.2015.
12. Andrews MM, Boyle JS, Editors. Transcultural concepts in nursing care. 5. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
13. Schweickardt, Júlio Cesar (org.); et al. Saúde indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural / Organizadores: Júlio Cesar Schweickardt, Joana Maria Borges de Freitas Silva e Bahiyeh Ahmadpour.



AÇÕES DE SAÚDE EM POPULAÇÕES QUILOMBOLAS EM CONTEXTOS DE EMERGÊNCIA SANITÁRIA E NÃO-EMERGENCIAIS: EXPERIÊNCIAS EXITOSAS

Climene Laura de Camargo¹ ORCID: 0000-0002-4880-3916

Iaslane Bonfim Cerqueira¹ ORCID: 0000-0001-7939-3916

Lorena Gomes¹ ORCID: 0000-0002-6102-4642

Maria Carolina Ortiz Whitaker¹ ORCID: 0000-0003-0253-3831

Selma Jesus de Sousa¹ ORCID: 0000-0001-5191-9314

¹ Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia.



Autora Correspondente

Climene Laura de Camargo

climenecamargo@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Desenvolver ações de promoção à saúde em populações quilombolas, que sejam voltadas para o ensino, pesquisa e/ou extensão, exige não só conhecimento em Saúde, mas mudanças de paradigmas científicos, políticos, sociais e econômicos, para que possamos realmente enfrentar as desigualdades sociais, fincadas no racismo institucional e estrutural que corrói nossa sociedade e muitas vezes impede de reconhecer o saber tradicional e as reais necessidades destas comunidades.

Para tanto, se faz necessário compreender que a cientificidade pode ser encontrada no saber tradicional e transmitido oralmente e que muitas vezes as evidências científicas não se encontram nos “manuscritos”, mas na sobrevivência em ambientes íngremes; que as relações sociais podem ser construídas sobre outros alicerces, que não aos do capitalismo; e que a saúde para ser promovida exige a confluência de várias áreas do saber.

É a partir destas premissas, que um grupo formado por enfermeiros, professores da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, discentes de graduação e pós-graduação de diversos campos de conhecimento e membros de comunidades quilombolas do Estado da Bahia, reunidos em um grupo de estudos sobre a Saúde da Criança e do Adolescente - Grupo Crescer, há mais de 20 anos, tem somado esforços para promover a saúde das populações quilombolas. Neste sentido, discorreremos sobre as principais ações que foram desenvolvidas no período pandêmico e continuam sendo realizadas no período pós-pandemia na Comunidade Quilombola de Praia Grande/ Ilha de Maré em Salvador-Bahia. Entretanto, antes de apresentarmos as ações desenvolvidas, faz-se necessário explicar sobre alguns conceitos:

A. COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Até o final do século XIX, e meados do século XX, os quilombos eram considerados locais com grandes concentrações de negros que se rebelaram contra o regime colonial. Estudos demonstram que muitos outros quilombos existiram e resistiram pelas mais diversas regiões de vários países até os dias de hoje. A existência de quilombos contemporâneos é uma realidade latino-americana e tais comunidades são encontradas em países como Colômbia, Equador, Suriname, Honduras, Belize e Nicarágua. Em diversos deles - como ocorre no Brasil - o direito às terras tradicionais é reconhecido na legislação. (Andrade & Bellinger, 2009)¹

Na América Central, a constituição da Nicarágua de 1987 garante às “comunidades da costa atlântica” as formas comunais de propriedade das terras, e o procedimento para sua titulação está regulamentado pela Lei nº445 de 2002. Em Honduras, a Ley de Propiedad de 2004 reconhece o direito dos afro-hondurenhos a suas terras e especifica que as mesmas devem ser tituladas de forma coletiva. (Andrade & Bellinger, 2009)¹

Na América do Sul, constam nas constituições de três países - Colômbia, Brasil e Equador - o reconhecimento dos direitos de comunidades quilombolas. Cabe salientar que a Colômbia foi o primeiro país a tratar em sua constituição do direito à terra dos afro-colombianos em 1991.

No Equador, a constituição de 1998 já reconhecia aos afro-equatorianos direitos coletivos às suas terras, sendo que os mesmos foram reafirmados na nova constituição de 2008. O Equador conta também com a Ley de los Derechos Colectivos de los Pueblos Negros o Afroecuatorianos de 2006 que assegura os direitos dos povos negros sobre as suas terras ancestrais.

No Brasil, a constituição de 1988 ampliou o conceito de Quilombo, antes reconhecida como “terra de pretos” e passa a considerar como tal, toda a área ocupada por comunidades remanescentes dos antigos quilombos, buscando garantir proteção de seus “modos de criar, fazer e viver” (artigos 215 e 216) e a propriedade de suas terras (artigo 68 do ADCT).

É a Fundação Cultural Palmares que certifica as comunidades quilombolas brasileiras, por meio da autodeclaração de seus membros, sendo que o INCRA tem por responsabilidade garantir a posse inalienável de seus territórios. Atualmente, o país conta com 3.501 comunidades certificadas em todo território nacional, sendo que destas 61% (2.219) encontram-se localizadas na região Nordeste (Santos et al, 2004)². Cabe ressaltar que a maioria das comunidades certificadas ainda não tem a posse da terra, o que acarreta constantes embates com grandes fazendeiros e grileiros, pelo domínio do território quilombola.

Territórios quilombolas, significam mais que simples espaços: A terra além de garantir a subsistência do grupo, tem importância histórica e cultural, considerando que é onde ocorre a transmissão dos seus valores éticos e morais; dos conhecimentos tradicionais e o respeito à ancestralidade. No processo mais recente de luta por seus direitos, homens e mulheres quilombolas vão superando a invisibilidade e evidenciando mais uma face da diversidade sociocultural do Brasil. Estimativas apontam a existência de cerca de 3 mil comunidades quilombolas; o cadastro do governo federal já reconhece 1.342 grupos.

B) CONCEITO DE SAÚDE: OMS/ CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Segundo as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde a promoção da equidade é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), e tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça social. Orientado pelo respeito às necessidades, diversidades e especificidades de cada cidadão ou grupo social, o princípio da equidade inclui o reconhecimento de determinantes sociais, como as diferentes condições de vida, que envolvem habitação, trabalho, renda, acesso à educação, lazer, entre outros que impactam diretamente na saúde.

O conceito de saúde, definido pela OMS, desde 1946, diz que a saúde é “**um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades**”. A abordagem desse conceito

adotada pela OMS implica em uma visão ampliada da saúde, que vai além da ausência de doença e oportuniza a proposição de ações de promoção e proteção à saúde em seu sentido amplo.

A Constituição Federal Brasileira, em seu Artigo 196, traz que: **A saúde** é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Estes dois conceitos até os dias atuais, estão longe de ser alcançados, mas são metas a serem seguidas.

C) VULNERABILIDADE SOCIAL

Vários autores conceituam vulnerabilidade como a inter-relação de fatores de diferentes naturezas, que pode impactar na exposição a riscos e /ou baseada em aspectos demográficos e/ ou, socioeconômicos:

1) Como exposição a riscos, pode abarcar três dimensões:

- individual: decorrente da dificuldade de acesso às informações acerca da prevenção e dos meios para concretizá-las.
- social: resultante do acesso a serviços públicos, como educação e saúde e que podem reduzir a vulnerabilidade individual.
- política ou programática: determinada pela elaboração e implementação de políticas de saúde (Ayres et al, 2009)³

Nessa perspectiva, as situações de vulnerabilidade social devem ser analisadas com base na capacidade de os indivíduos lidarem e enfrentarem situações de risco. Portanto, a vulnerabilidade social estaria relacionada à aptidão de indivíduos, famílias ou grupos para controlarem as forças que afetam negativamente seu bem-estar, ou seja, se têm recurso para enfrentar as dificuldades e manter o equilíbrio, assim como também recursos para lidar com as adversidades.

2) A vulnerabilidade social baseada em aspectos demográficos e/ ou, socioeconômicos: “entende-se o resultado negativo da relação entre disponibilidade dos recursos materiais ou simbólicos dos atores, sejam eles indivíduos ou grupos, e o acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas e culturais oriundas do Estado, do mercado e da sociedade” (Morais, Raffaelli & Koller, 2012, p. 119).⁴

Conforme Macedo & Kublikowski (2009)⁵:

Tratam-se assim, de uma noção multidimensional, pois a vulnerabilidade pode afetar pessoas, grupos e comunidades em diferentes planos de seu bem-estar, de formas diferentes e em diferentes intensidades, estando relacionada à capacidade dos envolvidos de controlar os recursos requeridos para o aproveitamento de oportunidades propiciadas pelo Estado, pelo mercado e pela sociedade.

De acordo com Pedersen e Silva (2013)⁶, a vulnerabilidade social extrapola a dimensão material, ou seja, a falta de recursos financeiros, devendo ser analisada com base na inter-relação entre os diversos fatores que compõem a estrutura social. Isso quer dizer, que a vulnerabilidade social perpassa desde a inserção do sujeito no mercado de trabalho, a qualidade de suas relações sociais, os serviços a que tem acesso ou dispõe e as formas de proteção proporcionadas pelo Estado e que interferem na sua qualidade de vida e bem-estar.

Desse modo, a vulnerabilidade social para ser compreendida, faz-se necessário levar em consideração uma multiplicidade de fatores: as condições socioeconômicas, os acessos aos serviços, a cultura prevalente, as relações sociais e a própria subjetividade que impactam na baixa escolarização, relações familiares violentas ou conflituosas, ausência ou insuficiência de recursos financeiros e serviços de saúde, além de poucas

perspectivas profissionais e de futuro, constituem-se, portanto, enquanto fatores individuais, coletivos e contextuais que configuram o que se chama de vulnerabilidade social (Farias & Moré, 2011, p. 597)⁷.

As comunidades quilombolas, de modo geral, encontram-se em condições de vulnerabilidade e desigualdade, na perspectiva da saúde e contexto social, no que diz respeito à condição suscetível de seres humanos, face às desvantagens vivenciadas para a mobilidade social, que os impedem de desfrutarem do direito de melhores condições de vida, uma vez que a cidadania destes se encontra comprometida (Carmo & Guizardi, 2018)⁸.

D) POTENCIALIDADE

No dicionário, podemos encontrar como Potencialidade, o conjunto de características inatas individuais; capacidade de determinar o que pode ou não ser feito; talento; inteligência; potencial para fazer algo. (Dicio, 2022)⁹

Em nossa prática, usamos a palavra potencialidade, para identificar a força, a riqueza e o conhecimento tradicional de comunidades quilombolas.

No contexto de comunidades quilombolas, ao desenvolvermos ações de saúde com vistas ao enfrentamento da vulnerabilidade social, nos deparamos com vários desafios. Diante do exposto, nosso trabalho se organiza em:

- Identificação das potencialidades locais: para tanto, se faz necessário ressignificação de nossos (pré) conceitos.
- Mapeamento das necessidades reais da população quilombola, por meio de escuta qualificada, tendo em vista que a necessidade do outro, não são as nossas necessidades.
- Planejamento conjunto de ações: entendendo que fatores externos podem intervir no planejamento inicial e todas as ações propostas podem sofrer readequações, o que exige criatividade e resiliência de quem executa a ação.

Desde o início da pandemia, estudiosos apontavam que a população negra seria a mais afetada pelo SARS COV 2, diante de suas precárias condições de vida, quando comparadas com a população branca; por apresentarem índices mais elevados de comorbidades, como diabetes melittus tipo 2, obesidade, hipertensão, por ser estas as doenças prevalentes da população negra. Entretanto, as populações quilombolas de certa forma foram mais protegidas devido ao isolamento geográfico associado ao isolamento social em que vivem. Assim, apesar das condições de algumas habitações (casas pequenas; com poucas janelas; construídas próximas uma das outras), a comunidade esteve relativamente protegida do vírus por estarem distantes dos grandes centros urbanos e das aglomerações.

Nos dois anos de pandemia, houve considerável redução de pessoas do continente visitando Ilha de Maré, as escolas permaneceram fechadas durante todo o período pandêmico (2021 a 2022), sendo que as aulas retornaram apenas no segundo semestre de 2022. Todavia, os pequenos estabelecimentos, como bares e mercadinhos, continuaram abertos.

Em diálogos com a comunidade acerca do conhecimento sobre o coronavírus, obtivemos informações: “o vírus não atravessa o mar”, esta frase nos causou estranheza no período inicial da pandemia. Porém no período final, tínhamos compreendido sua complexidade: A carência de ações públicas na comunidade quilombola haliêutica, dificulta que as pessoas contaminadas (sintomáticas ou não), acessem o território. Se por um lado este fato acarreta dificuldade aos bens e serviços públicos, e ao desenvolvimento sustentável da região, por outro lado tornou-se uma medida protetiva contra a Covid- 19.



Fonte: acervo do grupo de pesquisa, 2022.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ORIENTAÇÃO INDIVIDUAL E COLETIVA

Como uma das ações propostas para o enfrentamento da Covid-19, foi a orientação da comunidade. Assim, folders e cartilhas foram minuciosamente preparados para que tanto a ilustração como a linguagem atingissem a população em questão. Exemplo:



Fonte: acervo do grupo de pesquisa, 2022.

As orientações também aconteceram em rodas de conversas com as mulheres, como temas de jogos e brincadeiras com as crianças e adolescentes, como tema em conversas informais durante ações de sustentabilidade (costura, bordados, etc). A população masculina ainda estão distantes das atividades que envolvem educação em saúde, o que vem exigindo a busca de outras técnicas de aproximação.



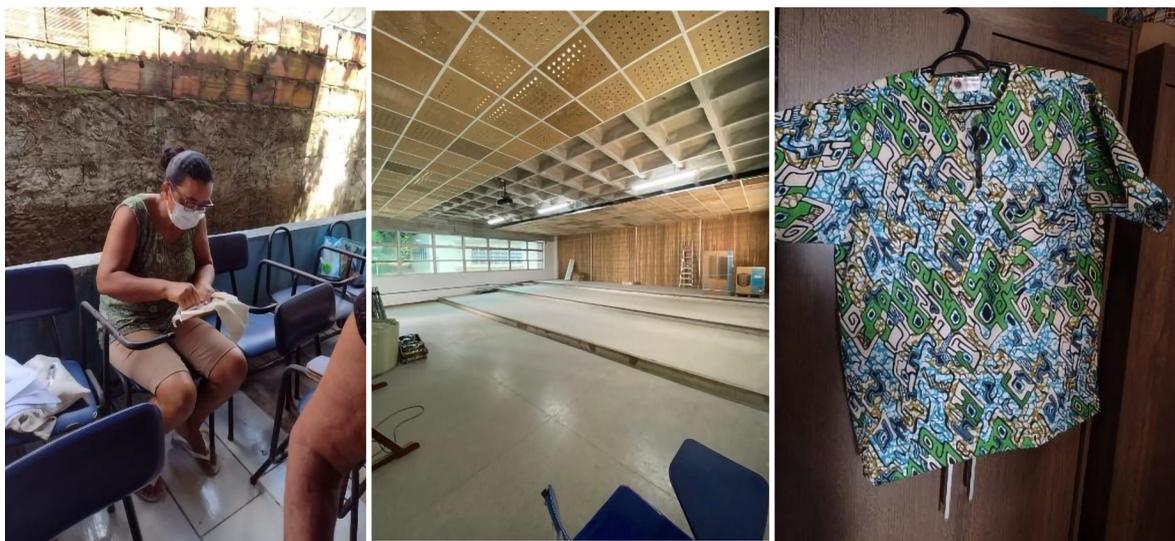
Fonte: acervo do grupo de pesquisa, 2022.

PRÁTICAS DE ENFRENTAMENTO À POBREZA: OBJETIVOS DO MILÊNIO

Entendendo que trabalho e renda são determinantes das condições de saúde de uma população, desde 2014, buscamos desenvolver ações que promovam melhores condições de vida à população quilombola.

Estas ações encontram-se em consonância com os Objetivos Desenvolvimento Sustentável (ODS), considerando que abordam o enfrentamento da pobreza, da desigualdade e da discriminação de gênero, que prejudicam as crianças e os adolescentes e afetam o seu potencial. O objetivo sobre pobreza reconhece o alcance universal e muitas dimensões do problema, e insta os países a desenvolver e fortalecer os sistemas de proteção social.

Reconhecendo que as crianças e os adolescentes mais pobres não recebem oportunidades justas e que a discriminação com base em fatores como raça e etnia ou local de moradia pode reforçar a pobreza por meio das gerações, o objetivo sobre desigualdade invoca os países a implementarem políticas que reduzam as diferenças entre ricos e pobres. Neste sentido, desenvolvemos: dispositivos acústicos com fibras naturais (cana-brava, dendê e piaçava), como possibilidade de ofertar trabalho para a população mais jovem e aumentar a renda da comunidade em geral. Já as mulheres, estão sendo incentivadas a produzirem costura e bordado (apoio financeiro do Fundo Baobá).



Fonte: acervo do grupo de pesquisa, 2022.

CAPACITAÇÕES E TREINAMENTOS

Tanto a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, quando a Secretaria Estadual de saúde da Bahia, vem aumentando seus cursos, capacitações e treinamentos para profissionais de Saúde com a temática: enfrentamento ao racismo e atuação em Comunidades Quilombolas, isto porque, os gestores já identificam falta de preparo do profissionais em reconhecer as especificidades necessidades reais dessas populações.

ATIVIDADES DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS

O Estatuto da Igualdade Racial, traz em seu artigo 12 que “Órgãos Federais, distritais e estaduais de fomento à pesquisa e a pós-graduação, devem criar incentivos às pesquisas e aos programas de estudos voltados para temas referentes às relações étnicas, aos quilombolas e às questões pertinentes a população negra”.

Sabe-se que a Saúde da População Negra, deveria ser um tema transversal dos estudos sobre as questões de saúde da população brasileira. Entretanto, a maioria das teses e dissertações elaboradas em nosso país, nem ao menos coletam e analisam dados referentes ao quesito raça/cor.

Somando-se a este fato, as instituições de fomento nacionais e estaduais, pouco induzem estudos sobre a Saúde da População Negra e Saúde de populações quilombolas. Basta analisar os editais de fomento dos últimos 20 anos.

Como exemplo de boas práticas de instituições de fomento, podemos citar a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia- FAPESB, que além de ter lançado vários editais específicos para a Saúde da População Negra, coloca como item de avaliação o quesito raça/cor dos pesquisadores e membros da equipe técnica, como forma de combater o racismo estrutural:

“Fapesb lança edital de 1,5 milhão para apoio a pesquisas sobre saúde da população negra”. (Fapesb, 2021)¹¹

RESPEITO A CULTURA QUILOMBOLA E AO SABER ANCESTRAL

No contexto dos saberes tradicionais quilombolas, indígenas e dos povos ribeirinhos, a educação tradicional está conectada com muitos elementos presentes na cultura que também pode ser vista como uma ponte que leva ao caminho da ancestralidade.

A ancestralidade dos saberes tradicionais envolve a oralidade e memória na educação tradicional, que podem ser explorados através dos espaços de conhecimentos dentro do território tradicional, sejam nos espaços físicos ou nos espaços envolvendo a mata, os animais e as plantas. O ponto chave é a educação tradicional, educar desde cedo as crianças quilombolas, indígenas e ribeirinhas, com conhecimentos múltiplos, desde a subjetividade até a coletividade. A educação tradicional envolve o corpo e o espírito interligados a espaços territoriais que podem ativar a memória de saberes chamados dos troncos velhos, onde há muito conhecimento histórico do seu povo. O aprendizado pode ser adquirido através da dança, do movimento do corpo, dos cantos, do ouvir e escutar os mais velhos: Grios, Kófas, do silêncio, da mata e dos elementos que envolvem a nossa cosmologia cuja prática está inserida.

O conhecimento ancestral rege os saberes das crenças, mitologias, história, cultura e tradição; atravessa o tempo a partir da memória e dos lugares de memória que resistem ao tempo. A educação tradicional envolve vários elementos da cultura, da memória e a forma de transmitir esse saber milenar ancestral. Já a educação escolar de povos tradicionais é nova na história do Brasil, mesmo havendo obstáculos a serem vencidos, a educação escolar e a educação tradicional caminham juntas neste caminho de luta e resistência dos povos indígenas e quilombolas.



Fonte: acervo do grupo de pesquisa, 2022.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, é crucial reafirmar a importância da preservação de comunidades como esta, uma vez que foi por meio da luta desse povo que as bases sociais, políticas, econômicas e culturais do Brasil se consolidaram.

Faz-se necessário pensar em um modo de vida que fuja da perspectiva imposta pelo sistema capitalista, onde o lucro é o principal mediador das relações. Ao contrário, deve-se enfatizar o pertencimento, a valorização do território e, sobretudo a identidade enquanto comunidade quilombola. Dessa maneira, as gerações futuras poderão desfrutar de todo o conhecimento deixado por seus ancestrais, preservando suas características fundamentais, assegurando as suas potencialidades e garantindo seus direitos territoriais.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal da Bahia; Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia- FAPESB; Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Fundo Baobá para Equidade Racial.

REFERÊNCIAS

1. Andrade LMM, Bellinger CKI. Quilombos latinoamericanos. 2009. Agência de Informação Frei Tito para a América Latina [Internet]. São Paulo. [cited 2022-11-10]. Available from: <https://cpisp.org.br/wp-content/uploads/2018/09/QuilombosLatinoamericanos.pdf>
2. Santos CS, Cardoso AL, Martins AFC, Miranda IS. Terras Quilombolas: Um abismo entre os certificados e os títulos. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento [Internet]. 2004. [cited 2022-11-10]. Available from: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/educacao/terras-quilombolas>
3. Ayres JR, França Júnior I, Calazans GJ & Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia (Org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências [Internet]. (2a ed.), Rio de Janeiro: Fiocruz. [Internet] 2009. [cited 2022-11-05] Available from: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=-UEqBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA121&dq=Ayres>
4. Moraes AN, Koller SH, Raffaelli M. Eventos estressores e indicadores de ajustamento entre adolescentes em situação de vulnerabilidade social no Brasil. 2010. Universitas Psychologica [Internet]. 2010 [cited 2022-11-05], ISSN 1657-9267, 9(3),

- 787-806. Available from: <http://www.scielo.org/co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672010000300015&lng=en&nm=iso>
5. Macedo RMS de, Kublikowski I. Valores positivos e desenvolvimento do adolescente: perfil de jovens paulistanos. *Psicologia em Estudo*. [Internet]. 2009. [cited 2018 Jan 5]. Dec;14(4):689–98. Available from: <https://www.scielo.br/j/pe/a/d7dk9Hn9W8LHWWQLkxTF5Qg/?lang=pt>
 6. Pedersen JR, Silva JA. A exploração sexual de crianças e adolescentes e sua relação com a vulnerabilidade social das famílias: desafios à garantia de direitos. In KB Krüger & CF Oliveira. (Orgs.) 2013. *Violência intrafamiliar: discutindo facetas e possibilidades*. 45-64. Jundiaí: Paco.
 7. Farias R de, Moré COO. Repercussões da gravidez em adolescentes de 10 a 14 anos em contexto de vulnerabilidade social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2012;25(3):596–604. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000300020>
 8. Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2018. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ywYD8gCqRGg6RrNmsYn8WHv/?lang=pt&format=pdf>
 9. POTENCIALIDADE. In: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2022. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/potencialidade/#:~:text=Significado%20de%20Potencialidade,%2C%20intelig%C3%Aancia%3A%20potencialidade%20para%20m%C3%BAlica>. Acesso em: 10/11/2022.
 10. Fapesb lança edital de 1,5 milhão para apoio a pesquisas sobre saúde da população negra [Internet]. [place unknown]; 2021 Nov 25 [cited 2022 Nov 10]. Available from: <https://www.fapesb.ba.gov.br/fapesb-lanca-edital-de-15-milhao-para-apoio-a-pesquisas-sobre-saude-da-populacao-negra/>.
 11. Bellenzani R, Malfitano APS. Juventude, vulnerabilidade social e exploração sexual: um olhar a partir da articulação entre saúde e direitos humanos. *Saúde e Sociedade*. 2006 Dec;15(3):115–30. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000300010>
 12. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Aspectos conceituais da vulnerabilidade social. [Internet]. Brasília. 2007. [cited 2018 Jan 5]. Available from: http://www3.mte.gov.br/observatorio/sumario_2009_TEXTOV1.pdf
 13. Castro MG, Abramovay M. Jovens em situação de pobreza, vulnerabilidades sociais e violências. *Cadernos de Pesquisa*. 2002 Jul;(116):143–76. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742002000200007>
 14. Figueiredo I, De Noronha RL. A vulnerabilidade como impeditiva/restritiva do desfrute de direitos. *Revista de Direitos e Garantias Fundamentais*. 2008 Aug 25;(4):129. <https://doi.org/10.18759/rdgf.v0i4.10>
 15. Lopes JR. Processos sociais de exclusão e políticas públicas de enfrentamento da pobreza. *Caderno CRH*. 2008 Aug;21(53):347–60. <https://doi.org/10.1590/S0103-49792008000200011>
 16. Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.



<https://doi.org/10.51234/aben.23.e21.c04>

BOAS PRÁTICAS E DESAFIOS NA ATENÇÃO À SAÚDE COM GRUPOS VIVENDO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE: POPULAÇÃO DE IMIGRANTES

BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE E O ATENDIMENTO A MIGRANTES VENEZUELANOS EM RORAIMA

Prof. Dr. Aristides Sampaio Cavalcante Neto ORCID: 0000-0001-5863-4303

Enfermeiro, Professor Efetivo do Departamento de Gestão e Saúde do Instituto Federal de Roraima.

Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira ORCID: 0000-0002-0533-7193

Enfermeira, Professora Titular do Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO

Nação soberana, a Venezuela ainda se diz capaz de proporcionar a seus cidadãos condições materiais de existência, o que inclui moradia, educação e saúde. Entretanto, o desmoronamento das condições sociais naquele país impulsionou o fluxo migratório de milhões de venezuelanos em direção aos países vizinhos, entre eles o Brasil, em busca de condições de sobrevivência⁽¹⁾. Desde o início da década de 2010, a população venezuelana sofre com a diminuição progressiva de seu poder de subsistência. Após a morte de Hugo Chávez, o atual presidente da Venezuela, Nicolás Maduro, conduz o país com o auxílio das Forças Armadas. Enquanto Chávez conseguia manter o poder de forma democrática, por meio das urnas, Maduro apoia-se no Exército, em um processo antidemocrático e totalitário. Além disso, o fracasso da política cambial venezuelana permitiu que a inflação aumentasse e o PIB diminuísse. As medidas adotadas para a limitação de lucros comprometeram a economia e afetaram vários outros setores – excetuando-se o petróleo – gerando hiperinflação e escassez interna de produtos básicos de consumo, aumentando ainda mais a dependência do petróleo⁽²⁾.

Frente à deterioração das condições de vida, teve início um verdadeiro êxodo e milhares de venezuelanos deixaram o país. Segundo publicação da organização internacional não governamental *Human Rights Watch* (HRW), a migração ocorre por diferentes motivos, sendo o principal deles a escassez de alimentos, medicamentos e suprimentos médicos, condição que torna difícil para as famílias proporcionar alimentação para seus integrantes e ter acesso a cuidados básicos de saúde. Além da fome, disputas políticas acompanhadas de medidas de repressão resultaram em milhares de detenções consideradas arbitrárias pelos opositores do governo⁽³⁾. Centenas de casos de civis foram levados a tribunais militares sob acusações de traição ao governo. Tortura e outras violações contra as pessoas, com prisões arbitrárias e abusos por parte das forças de segurança continuam, mesmo após terem sido noticiadas pela imprensa internacional⁽³⁾.

As altas taxas de crimes violentos e a hiperinflação também foram elementos centrais na decisão de muitos venezuelanos deixarem o país em direção às nações vizinhas como Bolívia, Colômbia, Peru, Equador e Brasil⁽³⁾. Os governos desses países enfrentaram o desafio de abrigar uma grande massa de imigrantes em seus territórios. Muitos desses governos fizeram grandes esforços para acolher o maior número possível de imigrantes em fuga de perseguições políticas, violência e grave escassez material. Contudo, as dificuldades financeiras que esses países também vivenciam tornaram progressivamente mais difícil suportar os impactos

socioeconômicos causados pela imigração. A solução encontrada foi estabelecer um conjunto variado de medidas para dificultar ou impedir a entrada dos imigrantes.

Em agosto de 2018, os governos do Peru e Equador anunciaram que todos os estrangeiros precisariam apresentar seus passaportes para entrada nesses países. Essa medida foi adotada na tentativa de conter o número crescente de ingressos de **venezuelanos** em fuga de sua terra natal. Naquela oportunidade, o então Ministro do Interior peruano, Mauro Medina, declarou estado de emergência em três províncias, após uma grande quantidade de imigrantes entrarem no país atravessando as montanhas andinas. À época autoridades peruanas disseram que cerca de 4.500 venezuelanos atravessavam diariamente a fronteira com o Peru⁽⁴⁾, situação que não se modificou até o final de 2021. Apesar do retorno de milhares de venezuelanos a seu país por conta da pandemia de Covid-19⁽⁵⁾, até dezembro desse ano a ACNUR contabilizou a entrada de quase 1 milhão e 300 mil venezuelanos no Peru⁽⁶⁾.

Desde 2015, 508 mil venezuelanos fixaram residência no Equador⁽⁵⁾. A resposta do governo equatoriano à entrada dos imigrantes caracterizou-se por um processo de inação proposital. Para conter a entrada dos venezuelanos foram usadas estratégias como políticas anti-imigração, deportações forçadas e encarceramento na fronteira e, mesmo assim, as entradas naquele país continuaram de forma ilegal⁽⁷⁾. Organizações de defesa dos direitos humanos consideram essas medidas de contenção da entrada como potencialmente fragilizadoras dos direitos de imigrantes e refugiados. Episódios de violência motivados por xenofobia também afetaram a vida destas pessoas⁽⁸⁾.

No Brasil, a situação dos imigrantes venezuelanos não difere da dos demais países já mencionados. Grandes impactos sociais e ambientais vêm sendo relatados, principalmente após 2013, quando Nicolás Maduro assumiu a presidência da Venezuela⁽¹⁾. Roraima é um dos estados brasileiros que fazem fronteira com a Venezuela e o que mais sofre as consequências da migração, com o agravamento de diversos problemas nas áreas sociais, de segurança pública e saúde⁽¹⁾. Além disso, a pandemia de coronavírus que assolou o mundo desde dezembro de 2019 ocasionou diversas dificuldades tanto para a acolhida dos imigrantes que ainda buscavam entrar em território brasileiro, quanto para os que já estavam no país⁽⁹⁾.

Segundo a superintendência da Polícia Federal, desde 2015 mais de 375 mil venezuelanos entraram em território roraimense⁽¹⁰⁾. Estima-se que 140 mil permaneceram em Roraima e os demais migraram para outras localidades, principalmente o Amazonas⁽¹⁰⁾. Boa Vista, a capital do estado, briga atualmente mais de 40 mil venezuelanos⁽¹¹⁾. A imigração venezuelana faz parte dos chamados “novos fluxos migratórios”, que incluem haitianos, senegaleses e bengalis⁽¹⁾. Caracteriza-se pela diversificação e possui diferentes origens geográficas, sociais, culturais e étnicas, o que torna o contexto da imigração em Roraima ainda mais complexo. Como exemplo é possível citar a presença de um grande grupo populacional indígena, os Waraó, que compõem uma parcela significativa dos que entram no Brasil diariamente através da fronteira entre Brasil e Venezuela⁽¹⁾.

Fenômenos migratórios promovem mudanças sociais relevantes nos países receptores e essas mudanças refletem-se no sistema de saúde local⁽¹²⁾. No que concerne às práticas de saúde realizadas nos lugares que acolhem intensos fluxos migratórios, a ponto de provocar alterações no contexto social local, a saúde dos imigrantes é um aspecto que deve ser levado em conta na elaboração de políticas públicas, que devem ser pensadas em parceria com representantes desses grupos⁽¹³⁾.

Roraima enfrenta dificuldades para abrigar todo o contingente populacional que ali se concentrou. Determinada parcela de venezuelanos encontra-se nos abrigos disponíveis, enquanto os demais estão desabrigados, ocupando praças centrais da capital Boa Vista e as ruas de Pacaraima ou começaram a residir como moradores permanentes nessas cidades⁽⁵⁾. As questões sociais resultantes da intensificação da imigração venezuelana provocaram impactos negativos na percepção da população local, que identifica o aumento da demanda por serviços públicos, principalmente de saúde, educação e segurança pública. Tais condições propiciam o aparecimento de sentimentos xenofóbicos⁽¹⁴⁾, cujas manifestações são frequentemente observadas em Boa Vista, onde os venezuelanos enfrentam preconceito e marginalização.

Em se tratando de questões econômicas, o mercado de trabalho para imigrantes é discriminatório e rigoroso. Situações de preconceito e injustiça são comuns. A presença dos estrangeiros é valorizada apenas para ocupações que requerem baixo nível de escolaridade, têm características de trabalho braçal e baixos salários. Além disso, muitos acreditam que boas condições de educação e moradia devem ser compartilhadas somente após o pleno acesso dos locais, deixando para os imigrantes o remanescente⁽¹⁵⁾. Frente ao desemprego e à ausência de perspectiva de ascensão social e melhoria das condições de renda, os fortes discursos nacionalistas tornam-se a resposta mais comum de determinados países e partidos políticos à crise da globalização. O sentimento nacionalista recorre à percepção de identidade nacional e de comunidade para se posicionar com vantagem na competição global, aumentando a rivalidade e os sentimentos xenófobos⁽¹⁶⁾.

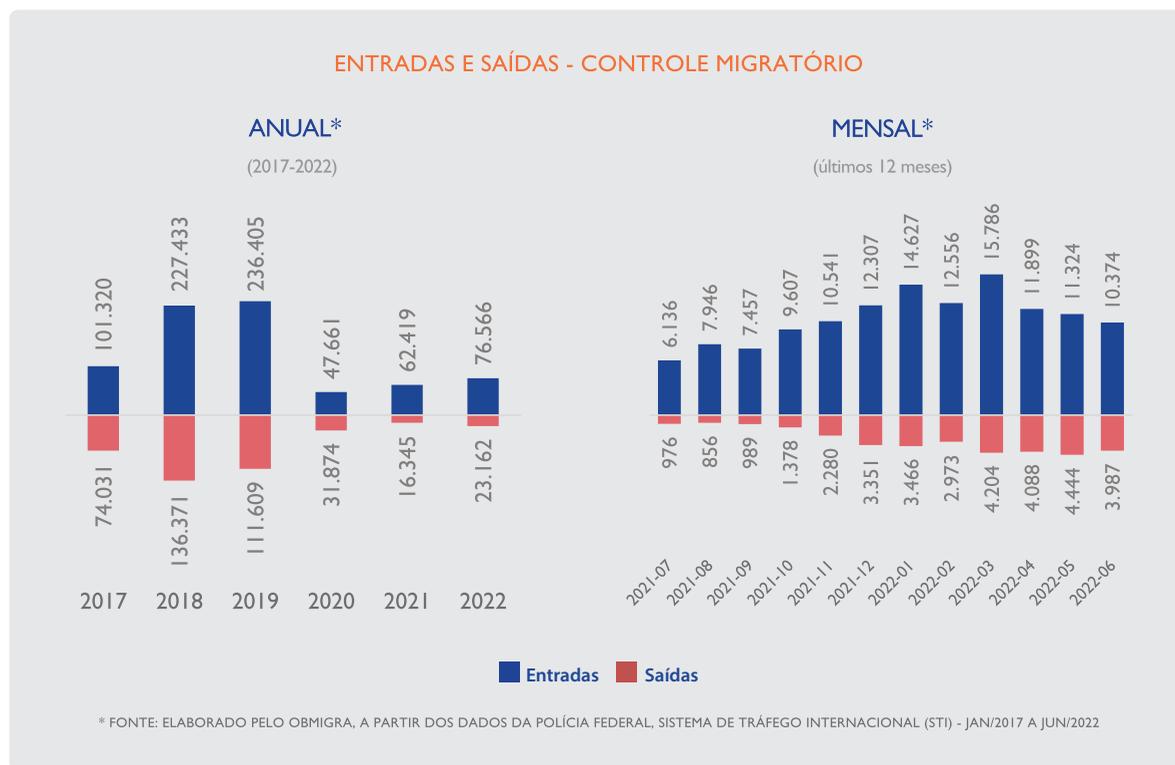
A xenofobia funciona como uma ferramenta eficaz para interesses político-partidários, à medida que explora os sentimentos e as frustrações das pessoas afetadas pela crise, atribuindo-a à presença do estrangeiro e sinalizando como solução lógica o fechamento das fronteiras e a exclusão dos imigrantes, com o uso do direito penal, se necessário. Além disso, o discurso xenofóbico favorece plataformas eleitorais que defendem a negação do direito ao voto para aqueles que não compartilham da mesma nacionalidade⁽¹⁶⁾. Os imigrantes passam por um deslocamento cultural e perdem sua identidade no ambiente social em que passam a viver. Sentem falta de seus costumes e sofrem com a ausência das famílias e dos amigos, o que contribui para torná-los socialmente vulneráveis⁽¹⁷⁾. A habilidade de se comunicar também é prejudicada, o que dificulta a criação de vínculo e pertencimento ao novo local e compromete até mesmo a capacidade de pedir ajuda diante de dificuldades. O fato da população nativa não reconhecer o imigrante como parte da sociedade potencializa o sentimento xenofóbico⁽¹⁸⁾.

Para além dos problemas que se agravaram com intensificação do fenômeno migratório venezuelano, a pandemia de Covid-19 tornou ainda mais difícil uma assistência de saúde de qualidade em Roraima, especialmente em Boa Vista. A emergência mundial de saúde suscitou uma dupla sobrecarga no sistema público local, que já se encontrava saturado por conta do aumento da demanda de pacientes dada migração em massa. No Brasil, em 20 de março de 2020, o Ministério da Saúde declarou que a Covid-19 passara a ser considerada de transmissão comunitária em todo o território nacional. A transmissão comunitária ocorre quando os casos novos deixam de ter ligação direta com casos importados⁽¹⁹⁾.

Em Roraima, os primeiros dois casos suspeitos surgiram no dia 13 de março de 2020 e, desde então, seu número no estado cresceu de forma exponencial⁽²⁰⁾. O governo do estado de Roraima elaborou um Plano de Contingência para o enfrentamento da pandemia, com a finalidade organizar, padronizar e estruturar uma resposta coordenada e articulada entre os serviços de saúde da esfera estadual, definir os níveis de resposta e a estrutura de comando correspondente a ser configurada em cada esfera local, tendo em vista os níveis de complexidade da atenção à saúde. Ademais, o Plano afirma ter levado em conta o fluxo migratório de pessoas em razão da existência de duas fronteiras internacionais no território (Venezuela e Guiana Inglesa)⁽²¹⁾.

MIGRAÇÃO, PANDEMIA E AS MUDANÇAS OCORRIDAS

É importante destacar, antes de outras análises, que o fluxo de migrantes venezuelanos para o Brasil, apesar de arrefecido, em nenhum momento deixou de produzir um saldo positivo de entradas em relação às saídas. Analisando a série histórica na figura abaixo, identifica-se uma diminuição importante do fluxo no ano de 2020, contudo, em 2021 e 2022, volta a crescer⁽²²⁾.



Fonte: <https://www.r4v.info/sites/default/files/2022-07/informe-migracao-venezuelana-jan2017-jun2022-v2.pdf>

Figura 1: Fluxo de entrada e saída de imigrantes venezuelanos pela fronteira entre Pacaraima e Santa Elena de Uairén, Boa Vista, RR, Brasil, 2022

Até agosto de 2022 o Brasil registrou a entrada legal de 376.789 imigrantes venezuelanos, pela fronteira entre Pacaraima e Santa Elena de Uairén⁽¹⁰⁾. Considerando o ano de 2015 como marco temporal da intensificação da migração venezuelana, a análise dos Relatórios de Gestão da Saúde e Planos Municipal e Estadual de Saúde demonstram um aumento de, aproximadamente, 75% de todos os atendimentos de saúde em Boa Vista, 35% do número total de partos no Hospital Materno Infantil, mais de 300% dos casos de violência com mortes de venezuelanos e cerca de 200% dos gastos públicos com saúde. Ademais, nos dois primeiros trimestres de 2022, houve aumento de 15% nos casos de violência contra a mulher em relação aos dois primeiros trimestres de 2021⁽²³⁻²⁵⁾.

Analisando os impactos ocasionados pela pandemia de Covid-19, identifica-se que 15% dos casos de Covid-19 foram de venezuelanos; 5,9% dos óbitos foram de imigrantes venezuelanos; as mulheres foram as que tiveram maior índice de contaminação, com 53% dos casos; contudo, os homens morreram mais, com 59% dos óbitos⁽²⁰⁾. No que diz respeito à realidade da pandemia junto aos profissionais de saúde, 53,5% dos profissionais que adquiriram Covid-19 eram da área da Enfermagem⁽²⁰⁾. Diante de tantas mudanças ocasionadas pela pandemia e pela migração, foi necessário a elaboração de um planejamento, por parte das esferas de gestão, com o objetivo de enfrentar as questões oriundas dos fenômenos em tela.

A principal estratégia para lidar com os impactos da migração venezuelana é a Operação Acolhida (OA). A OA traduz-se num esforço conjunto protagonizado pelo Governo Federal e pela Organização das Nações Unidas (ONU), juntamente com seus diversos “braços”, como Alto Comissariado para Refugiados (ACNUR), Organização Internacional para Migrações (OIM) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT)⁽¹⁰⁾. Também compõem esse portfólio de instituições, as Universidades Federal e Estadual de Roraima (UFRR e UERR), bem com o Instituto Federal de Roraima (IFRR). Questiona-se, aqui, a necessidade de uma participação maior dos gestores locais (Prefeitura e Estado), uma vez que a colaboração dessas esferas de governo tem ocorrido de maneira pontual e sob formatos campanhistas.

As adaptações produzidas para enfrentamento das questões oriundas da migração em massa e da pandemia foram organizadas, neste relato, a partir dos três níveis de esfera de governo. Preferiu-se tal disposição por facilitar a compreensão das ações disponibilizadas e seus impactos sobre os serviços de saúde e social públicos locais. Assim, na esfera Federal, reforça-se a importância e o protagonismo da OA, destacando as instituições que cooperam com as ações nesse nível. Para além das entidades da ONU, elencadas anteriormente, destaca-se o Fundo das Nações Unidas para Populações (UNFPA). O foco das ações da UNFPA está na saúde sexual e reprodutiva das migrantes venezuelanas em Roraima. Ações voltadas à realização de exames de prevenção de câncer cérvico-uterino e consultas de pré-natal, representam o “carro chefe” das atribuições da UNFPA na região⁽²⁶⁾.

Em que pese a importância das ações de saúde realizadas pela ACNUR e suas parceiras filiadas à ONU, o papel da rede de saúde pública local ainda é predominante e observa-se uma relevante dependência quanto a essas instituições. Apenas atendimentos de menor complexidade são realizados pela Acolhida, em caso de doenças ou agravos que exijam um atendimento médico de maior complexidade, os migrantes venezuelanos abrigados são orientados a procurar a Atenção Primária (APS) do município para posteriores encaminhamentos, se necessário. Nenhum atendimento de nível secundário ou terciário é realizado pela Acolhida.

Ainda que a OA não realize atendimentos em saúde de elevada complexidade, ela teve papel fundamental no enfrentamento da pandemia de Covid-19 e na reforma e ampliação da única maternidade local. A Área de Proteção e Cuidados (APC), espaço físico destinado, inicialmente, ao atendimento dos imigrantes, desde março de 2020 passou a ser usado como hospital de campanha e posteriormente como estrutura que abriga a maternidade enquanto o prédio original passa por reforma e ampliação.

No âmbito estadual e municipal as adaptações produzidas para enfrentar os fenômenos da pandemia e da migração em massa possuem significativas semelhanças, todas elas baseadas em uma premissa: a ampliação de serviços que já existiam. Destacam-se o aumento no número de vagas para consultas médicas e exames na APS, aumento das vagas para consultas com especialistas e aumento das vagas em leitos clínicos, cirúrgicos e de UTI⁽²⁵⁾. Ademais, na área social, destaca-se a ampliação de programas como o Família que Acolhe, da prefeitura de Boa Vista, criado em 2013. Como medidas de inovação, apenas adaptações nas unidades de saúde, para inclusão do imigrante venezuelano (cartazes e avisos em espanhol), cursos de espanhol básico para profissionais de saúde, instalação de banheiros públicos e distribuição de alimentos e roupas, foram evidenciadas⁽²³⁾.



Fonte: <https://boavista.rr.gov.br/noticias/2021/10/vou-levar-para-sao-paulo-uma-impressao-incrivel-de-boa-vista-disse-secretaria-municipal-de-sao-paulo-claudia-carletto>
 Figura 2: Compartilhamento de experiências entre Prefeitura de Boa Vista e Organizações Internacionais. Boa Vista, RR, Brasil, 2022

A prefeitura de Boa Vista protagonizou uma parceria exitosa com a Fundo das Nações Unidas para Infância e Adolescência (UNICEF). A UNICEF passou a entrar nas Unidades Básicas de Saúde e no Hospital da Criança Sant Antônio com objetivo de estimular políticas de saúde voltadas à imunização, prevenção das doenças diarreicas, respiratórias e desnutrição calórico-proteicas. Em contrapartida, a prefeitura entrou nos abrigos com ações de educação em saúde voltadas para aleitamento materno exclusivo e enfrentamento a doenças infecto contagiosas. Essas experiências foram compartilhadas em 2021 numa série de Seminários de Boas Práticas voltados aos profissionais de saúde da APS local⁽²⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E DESAFIOS PARA O FUTURO

Como desafios para o futuro, no enfrentamento às questões sociais e de saúde oriundas da pandemia de Covid-19 e da migração em massa venezuelana, destaca-se a necessidade de vencer as forças políticas que trabalham em oposição à manutenção da Acolhida aos migrantes. Em 2016, o Governo de Roraima, num esforço para dirimir os impactos da crise provocada pelo fenômeno migratório, criou o Gabinete Integrado de Gestão Migratória (GIGM). O gabinete foi criado com o intuito de fornecer serviços básicos e abrigo aos migrantes e articulava 25 secretarias, entre elas a Secretaria do Trabalho e Bem-Estar Social (SETRABES). No entanto, foi extinto após o início da Operação Acolhida.

Ademais, a força de trabalho ainda é pouco qualificada para identificar as necessidades de saúde e vulnerabilidades da população imigrante venezuelana. Há carência de pessoal de saúde para participar das diversas operações, o que muitas vezes leva à necessidade de contratação emergencial. Identifica-se a falta de conhecimento do idioma hispânico por parte dos profissionais de saúde, o que dificulta a comunicação com os migrantes. A burocracia do processo público de aquisição de bens e serviços mostra-se outro entrave a ser superado, além da distância física entre o estado de Roraima e os grandes centros do país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Simões GF. Perfil Sociodemográfico e Laboral da Imigração Venezuelana no Brasil [Internet]. Brasília, DF: Observatório das Migrações Internacionais; 2018. Available from: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/Publicacoes/2017/Perfil_imigracao_ven_Roraima_resumo.pdf
2. Bastos JPB, Obregón MFQ. Venezuela em crise: o que mudou com Maduro. Rev Derecho y Cambio Soc [Internet]. 2018;52(2224–4131):1–16. Available from: https://www.derechoycambiosocial.com/revista052/VENEZUELA_EM_CRISE.pdf
3. Human Rights Watch. O êxodo venezuelano: A necessidade de uma resposta regional a uma crise migratória sem precedentes [Internet]. 2021. 2021 [cited 2022 Oct 25]. p. 1. Available from: <https://www.hrw.org/pt/report/2018/09/03/322156>
4. O Globo. Equador e Peru vão restringir entrada de venezuelanos, exigindo passaportes. 2018 [Internet]. 2018 Aug 16;1. Available from: <https://oglobo.globo.com/mundo/equador-peru-vaao-restringir-entrada-de-venezuelanos-exigindo-passaportes-22985169>
5. UNHCR. R4V - Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela [Internet]. R4V. 2022 [cited 2022 Oct 25]. Available from: <https://r4v.info/es/situations/platform/location/7509>
6. ACNUR R4V. EVOLUCIÓN DE LAS CIFRAS EN LOS 17 PAÍSES R4V [Internet]. Lima, PE; 2022. Available from: <https://www.r4v.info/es/refugiadosymigrantes>
7. Beyers C, Nicholls E. Government through Inaction: The Venezuelan Migratory Crisis in Ecuador. J Lat Am Stud [Internet]. 2020;1–25. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0022216X20000607>
8. Leonova OG. Migration crisis in Latin America. Iberoamerica (Russian Fed [Internet]. 2019;2019(3):104–24. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85076432953&partnerID=40&md5=73b1fcf8e14fabd4858dc7209e8e1a24>
9. Baeninger R, Vedovato LR, Nandy S. Migrações internacionais e a pandemia de Covid-19 [Internet]. 1a edição. Zuben C von, Magalhães LF, Parise P, Demétrio N, Domeniconi J, editors. Campinas, SP: NEPO/UNICAMP; 2020. 638 p. Available from: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/livro-migrações-internacionais-e-pandemia-de-covid-19>

10. Brasil. Operação Acolhida [Internet]. Governo Federal. 2022 [cited 2022 Oct 25]. Available from: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/acolhida>
11. ADRA. ADRA em Roraima [Internet]. ADRA-RR. 2022 [cited 2022 Oct 25]. Available from: <https://adra.org.br/estado/roraima/>
12. Waldman TC. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. *Rev Direito Sanitário*. 2011;12(1):90.
13. Smith MJ, Thompson A, Upshur REG. Is health equity bad for our health? A qualitative empirical ethics study of public health policy-makers' perspectives. *Can J Public Heal* [Internet]. 2018;109(5–6):633–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.17269/s41997-018-0128-4>
14. Aiza SU. Xenofobia y discriminación. *Rev Ensayos Pedagógicos* [Internet]. 2002;1(1):175–98. Available from: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/ensayospedagogicos/article/view/4534>
15. CFDES. Série Assistente Social no Combate ao Preconceito. Brasília (DF). 2016;30.
16. Amaral APM, Costa LR. A (não) criminalização das migrações e políticas migratórias no Brasil: do Estatuto do Estrangeiro à nova Lei de Migração. *Rev Justiça do Direito, Passo Fundo* [Internet]. 2017;31(2):208–28. Available from: http://www.academia.edu/download/55583650/1_Do_estatuto_do_estrangeiro_a_lei_de_imigracao.pdf
17. Ahmed R. Challenges of migration and culture in a public health communication context. *J Public health Res* [Internet]. 2018;7(2). Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85065739890&doi=10.4081%2Fjphr.2018.1508&partnerID=40&md5=8c6c11ccc227ae0d56b44be762e027f7>
18. Farah PD. Combates à xenofobia, ao racismo e à intolerância. *Rev USP* [Internet]. 2017;(114):11–30. Available from: <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/142365/137497>
19. O Globo. OMS admite possibilidade de transmissão aérea da covid-19 [Internet]. São Paulo, SP, Brazil; 2020. Available from: <https://valor.globo.com/mundo/noticia/2020/07/07/oms-admite-possibilidade-de-transmissao-area-da-covid-19.ghtml>
20. RORAIMA. Boletim Epidemiológico para Atualização sobre a Doença pelo Coronavírus 2022 - No 905 (COVID-19). Boa Vista: Secretaria de Estado da Saúde - SESAU; 2022. p. 07. Available from: <https://saude.rr.gov.br/index.php/transparencia/transparencia-saude/coronavirus/informacoes-coronavirus?download=5752:boletim-epidemiologico-coronavirus-0905-2022>
21. Roraima. Plano de Contingência do Estado de Roraima para Enfrentamento da Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) [Internet]. Vol. 01. Boa Vista: Secretaria de Estado da Saúde - SESAU; 2020. p. 1–47. Available from: <https://saude.rr.gov.br/index.php/informacoesx/coronavirus/plano-de-contingencia-estadual/file/1053-plano-de-contingencia-estadual-do-coronavirus-2020-2-versao>
22. OIM. Brazil — Situação dos refugiados e migrantes venezuelanos desabrigados em Boa Vista (Agosto 2022) [Internet]. Displacement Tracking Matrix. 2021 [cited 2022 Oct 26]. p. 1–4. Available from: <https://displacement.iom.int/system/tdf/reports/OIM-0621-informe-desabrigados-boa-vista-rodoviaria-acolhida-1.pdf?file=1&type=node&id=12462>
23. Boa Vista. Relatório Anual de Gestão Municipal de Saúde [Internet]. Boa Vista, RR; 2022. Available from: <https://portalsage.saude.gov.br/painelInstrumentoPlanejamento>
24. Roraima. Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima [Internet]. Boa Vista, RR; 2019. (1). Report No.: 1. Available from: <https://saude.rr.gov.br/cgvs/index.php/sport/travel/relatorios-epidemiologicos?download=75:relatorio-epidemiologico-anual-2019>
25. Boa Vista. Plano Municipal de Saúde de Boa Vista - Quadriênio 2018 a 2021 [Internet]. Boa Vista: Secretaria Municipal de Saúde; 2017. Available from: <https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=14&codTpRel=01>
26. ACNUR. Em Roraima, ONU Mulheres, ACNUR e UNFPA anunciam programa para empoderamento econômico de mulheres venezuelanas [Internet]. ONU Mulheres. 2021 [cited 2022 Oct 26]. Available from: <https://www.acnur.org/portugues/2021/11/23/em-roraima-onu-mulheres-acnur-e-unfpa-anunciam-programa-para-empoderamento-economico-de-mulheres-venezuelanas/>
27. Boa Vista. Observatório de Boa Vista [Internet]. Prefeitura Municipal de Boa Vista. 2021 [cited 2022 Oct 26]. Available from: https://observatorio.prefeitura.boavista.br/indicadores/proporcao-de-gestantes-que-iniciaram-acompanhamento-de-prenatal-no-1-trimestre-de-gestacao?from_public_policy=plano-municipal-de-saude&filters=137,1400100,228

BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE E DESAFIOS COM POPULAÇÃO DE RUA E POPULAÇÃO VULNERÁVEL COM AGRAVO NA SAÚDE MENTAL



BOAS PRÁTICAS E DESAFIOS NA ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Carmen Lúcia Albuquerque de Santana ORCID: 0000-0002-6148-6230
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Marta Regina Marques Akiyama
Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto

INTRODUÇÃO

A Pandemia da Covid-19 exacerbou a crise habitacional, evidenciando a falta de moradia como um drama social crescente no Brasil e no mundo. Viver em situação de rua é um marcador de risco para exclusão social extrema e está associado a vários problemas de saúde física e mental. Ter um local seguro para morar é necessidade básica para manter a saúde e a dignidade de qualquer pessoa.

Relatórios internacionais apontam que cerca de 2% da população do mundo vive sem um teto para morar. Outros 20% carecem de moradia adequada. A obtenção de números precisos sobre “Pessoas em Situação de Rua” (PSR) é difícil, principalmente devido a grandes variações nas metodologias de contagem utilizadas nos diversos países. Existem inúmeras barreiras para avaliar as dimensões e implicações da falta de moradia. A primeira delas é o alto custo das pesquisas censitárias. Além disso, as PSR muitas vezes evitam as pesquisas por vergonha ou medo de serem presas e assediadas⁽¹⁾. Atualmente, estima-se que 150 milhões de pessoas em todo o mundo vivem em situação de rua.

A saúde da PSR reflete a precariedade de suas condições de vida: a falta de moradia, uso abusivo de álcool e outras drogas, dificuldades de acesso a trabalho formal, baixos níveis de escolaridade, elevada exposição à violência doméstica, inexistência de políticas de inclusão social para egressos do sistema penitenciário e pobreza. As pessoas em situação de rua (PRS) têm grandes necessidades de cuidados de saúde e sociais.

A literatura internacional apresenta inúmeras intervenções para melhorar a saúde física e mental das Pessoas em Situação de Rua (PSR), no entanto poucas práticas são baseadas em evidências ou incidem diretamente na elaboração de políticas públicas sustentáveis. Ao pensarmos o cuidado para esse grupo social é importante lembrar que atrás de cada número, estatística, perfil e porcentagem existe alguém, um rosto, um nome, uma história. São corpos atravessados pelo preconceito, pela vulnerabilidade social e econômica, vínculos familiares rompidos ou fragilizados, dependência, abusos e violência.

O conceito de “lar” é amplo, estendendo-se para além do abrigo físico para ser um lugar de segurança e pertencimento, central para o engajamento social e cultural⁽²⁾. Assim, as respostas políticas podem favorecer a abordagem dos determinantes estruturais como por exemplo, ofertas de habitação ou emprego; ou centrar-se em intervenções no comportamento individual que procuram tornar os indivíduos aptos a saírem da situação de rua quando têm alguma oportunidade.

Considerando a importância de um cuidado integral e longitudinal, o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil prevê a existência de equipes de atenção primária específicas para a PSR: os Consultórios na Rua (CnaR). Nesse relato de experiência, apresentaremos uma inovação social que foi implementada no contexto dos CnaR da cidade de São Paulo, anterior à pandemia da COVID 19: a contratação de pessoas com experiência de vida nas ruas como parte da equipe de saúde. A prática aborda tanto o nível individual quanto os elementos estruturais da saúde, fornecendo emprego às PSR, assim como permitindo um cuidado culturalmente sensível aos usuários dos serviços na atenção primária.

A POPULACAO EM SITUACAO DE RUA NO BRASIL

As definições de PSR variam enormemente entre os países. No Brasil utilizamos a definição da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR). Segundo a PNPR¹ a população em situação de rua é:

“grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória”

A PNPR utiliza o termo “situação de rua”, ao invés de morador de rua. Esta escolha foi feita a partir do entendimento de que “viver na rua” não deve ser definitivo, mas apenas uma situação transitória. “Situação de Rua” refere-se, portanto, a um estado pontual, em oposição ao “Morador de Rua”, que remete à ideia de permanência, condição definitiva de morar na rua.

O Brasil nunca realizou uma contagem oficial da população em situação de rua em nível nacional. A averiguação do número total da população não-domiciliada não é incluída no censo demográfico decenal, nem nas contagens populacionais periódicas. A falta de informações é uma barreira para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas a este grupo, reproduzindo sua invisibilidade nas políticas sociais. No entanto, com base nas informações do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) em 2020 foram estimadas mais de 221.869 pessoas vivendo em situação de rua no Brasil⁽³⁾.

Na ausência de dados nacionais, alguns municípios do país realizam suas próprias pesquisas específicas censitárias e de caracterização das PSR. A mais recente foi realizada em 2021 pelo Município de São Paulo, capital brasileira com maior número de pessoas em situação de rua. São Paulo tem realizado pesquisas censitárias desde o ano 2000, seguidas dos censos de 2009, 2011, 2015, 2019 e 2021 com resultados iniciais publicados em 2022. Dados do censo da PSR de São Paulo confirmam a magnitude do problema⁽⁴⁾.

Como veremos no quadro 01, entre 2019 e 2021 houve um aumento de 31% de pessoas em situação de rua em relação ao censo anterior, enquanto a população domiciliada cresceu 1,2% no mesmo período.

Quadro 1. População em Situação de Rua em São Paulo 2000-2021 (SMADS,2021)

Características	2000	2009	2011	2015	2019	2021
Pessoas em situação de rua	8.706	13.666	14.478	15.906	24.344	31.884
Acréscimo em relação ao censo anterior		57,0%	5,9%	9,9%	53,0%	31,0%
População do município de São Paulo	10.434.252	11.037.590	11.303.626	11.504.120	12.252.023	12.396.372
Acréscimo da pop em relação ao ano anterior		5,8%	2,4%	1,8%	6,5%	1,2%
Pessoas em situação de rua por 100 mil/hab.	83	124	128	138	199	257

Fontes: Censos da População em situação de rua - SMADS e censos/estimativas IBGE.

1 Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm

A SAÚDE DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

A mortalidade prematura da população em situação de rua é alta² com taxas de mortalidade estimadas entre três e dez vezes maiores do que na população geral. A prevalência de doenças físicas, mentais e de uso indevido de drogas e álcool são as mais altas, mesmo quando comparadas a outros grupos sociais marcados pela pobreza (Reilly & Williamson, 2022). As causas de morte incluem infecções, doenças cardiovasculares, transtornos por uso de substâncias e acidentes⁽²⁾.

As pessoas em situação de rua são vulneráveis à exposição e a contraírem várias doenças infecciosas. Isso se deve às dificuldades relacionadas aos modos de vida na rua, incluem por exemplo:

- Dificuldade em manter a higiene pessoal,
- Dificuldade em obter alimentação adequada,
- Privação do sono
- Exposição às variações climáticas,
- Necessidade de permanecer em ambientes lotados e mal ventilados como por exemplo nos Centro de Acolhida,
- Pobreza extrema,
- Envolver-se em trabalho sexual,
- Baixa procura e dificuldade de acesso aos serviços públicos,
- Usar de forma nociva o álcool e outras substâncias psicoativas,
- História de vida no sistema prisional,
- Falta de moradia,

As pesquisas sobre doenças infecciosas na população em situação de rua (PSR) têm seu maior foco em Hepatite, Tuberculose (TB), Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Pouco se estuda sobre a hanseníase na PSR.⁽⁵⁾

Por outro lado, a falta de moradia em si é um fator de risco para transtornos mentais e de uso de substâncias. Viver nas ruas significa enfrentar constantes fatores de estresse, perda de conectividade social, ameaças constantes à integridade física e vitimização. Os efeitos podem ser especialmente negativos em crianças, para as quais a falta de moradia pode significar perda da estabilidade familiar, interrupções na frequência escolar ou no desempenho escolar e isolamento de colegas. O acesso a local para morar durante e após o tratamento reduz o risco de recaídas, as situações de violência, hipotermia ou hipertermia, doenças infecciosas e outros riscos.

No Município de São Paulo mais da metade dos acolhidos e dos moradores de calçada passou por internação em alguma instituição (54% e 64% respectivamente). Entre os acolhidos destacam-se as clínicas de recuperação de dependência de drogas ou álcool (30%) e o sistema prisional (28%), além de instituições psiquiátricas (11%) e Fundação Casa (10%)³.

A violência é fator determinante para vários diagnósticos de saúde das PSR. O termo “Violência estrutural” descreve os arranjos sociais que colocam a pessoa em perigo devido à exclusão sistemática ao longo do tempo. Esses arranjos são considerados estruturais porque estão embutidos na organização política e econômica de nossa sociedade; eles são violentos porque causam danos às pessoas. A violência estrutural se manifesta como acesso desigual aos sistemas sociais de apoio, à moradia, assistência médica, educação e emprego. Apesar do impacto dessas estruturas sobre os pacientes, com poucas exceções, os profissionais

2 Taxa de mortalidade prematura refere-se à mortalidade de pessoas entre 30 a 69 anos pelos principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis – DCNTs: doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)

3 Disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/censo/1862%20-%20PRODUTO%209%20-JUL%2015.pdf

de atenção primária não são treinados para atuar neste contexto. Reduzir a violência estrutural é um passo importante no sentido de alcançar a equidade na saúde⁽⁶⁾.

O CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

A ausência de moradia afeta todos os aspectos da vida de qualquer pessoa, é considerada determinante da saúde e elemento estruturante cuidado em saúde das PSR. Ter um lugar para morar significa contar com abrigo nas intempéries, possuir local para estocar alimentos, ter acesso a água, um espaço seguro para reunião familiar e integração social. A falta de moradia adequada tem impacto direto no acesso à educação, trabalho e segurança. Ter um local para morar é primordial para sensação de estabilidade, fundamental para o senso de pertencimento e identidade. Pessoas em situação de rua têm difícil acesso aos benefícios garantidos pelas políticas públicas, inclusive os recursos de saúde⁽⁷⁾.

No Brasil temos uma Política Nacional de Saúde que prevê a existência de equipes de atenção primária à saúde específicas para as PSR: os Consultórios na Rua (CnaR). As equipes de CnaR tem objetivo de ampliar o acesso aos serviços da saúde e da rede intersetorial, operando o cuidado longitudinal das pessoas em seus processos de vida, integrando e articulando ações com diferentes equipamentos da rede, constituindo uma porta de entrada para o SUS⁽⁸⁾.

As equipes de Consultórios na Rua foram instituídas pela Política Nacional de Atenção Básica por meio da Portaria nº 122 de 2012, e fundamentadas na Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR) de 2009. A PNPR assegura os direitos das pessoas em situação de rua no país a acessarem serviços e programas que integram diversas políticas públicas (Akyama et al 2021). Os CnaR desenvolvem suas atividades “in loco”, de forma itinerante, com ações compartilhadas e integradas às UBS, aos CAPS, Serviços de Urgência e Emergência entre outros pontos de atenção. São equipes multiprofissionais geralmente compostas por: médico generalista, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de enfermagem, psicólogo, assistente social, agentes sociais e agentes de saúde, profissional administrativo e motorista⁽⁹⁾.

O CnaR deve atuar como elo entre a população em situação de rua e os diversos serviços que podem compor a rede de cuidado. As ações e os diferentes serviços de saúde e da rede intersetorial devem ser articulados a partir das demandas e necessidades individuais e coletivas, considerando o território que habitam nas ruas e os recursos nele existentes. A Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência será aquela mais próxima do local de permanência da pessoa em situação de rua, ou, do local de atuação⁽¹⁰⁾.

O trabalho se desenvolve com base na escuta qualificada, e no acolhimento às demandas trazidas pelas pessoas em situação de rua. Os CnaR se constituem portanto, como uma “porta de entrada” para o SUS a partir do encontro entre o profissional da equipe de saúde e a pessoa na rua. Após esse primeiro contato se inicia o processo de cuidado individual, as articulações com a rede intra e intersetorial, e o planejamento das ações de prevenção e promoção de saúde Akyama, 2021

No âmbito do cuidado à saúde mental, os CnaR também integram o componente “atenção básica” na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) operando frente aos problemas relacionados ao álcool, crack e outras drogas⁽¹⁰⁾.

A assistência em saúde oferecida pelo CnaR está direcionada para acolher demandas diversificadas e complexas, considerando a “saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção de saúde e no resgate da qualidade de vida, com intervenção nos fatores que a colocam em risco”, abrangendo também atendimento para problemas ou complicações advindas do abuso de álcool e outras drogas.

A PSR atendida pelo CnaR tem acessado os serviços com mais frequência nos últimos anos, porém ainda se depara com grandes desafios para a efetivação do acesso. Barreiras encontradas são de diversas ordens como: dificuldade de chegar ao serviço por não ter dinheiro para transporte público, dificuldade para realizar matrícula nos serviços pela ausência de comprovante de residência, dificuldade para agendar consultas pela

ausência de documentos de identificação, atendimento negado pelo profissional de saúde pela ausência de banho, maus tratos relacionados por estigma e preconceito dos profissionais de saúde, entre outras violações de direitos humanos⁽¹¹⁾.

Além da humilhação e discriminação, outros tipos de violência moral e física são frequentes entre as PSR. Os moradores de calçada são vítimas de violência sempre em maior proporção que os acolhidos. Entre os autores dos diversos tipos de violência destacam-se: agentes de segurança pública e privada, traficantes, transeuntes, e comerciantes. Muitas pessoas em situação de rua praticam agressões contra seus pares. Eles são acusados de todos os tipos de violência, em proporções elevadas, como a prática de roubos/furtos; o espancamento/luta corporal, tentativa de homicídio e abuso sexual. As equipes de CnaR são fundamentais para denunciar violações de direitos humanos vividas cotidianamente dentro e fora dos serviços de saúde.

Para saber mais sobre o processo de trabalho das equipes de consultório na rua consulte o Documento Norteador dos Consultórios na Rua. Trata-se de um documento referência, produzido de forma participativa por diversos atores sociais envolvidos na atenção primária às PSR, contendo diretrizes e princípios para organização do processo de trabalho das equipes CnaR. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/documento%20norteador%20Consultorio%20na%20Rua%20Versao%20Final.pdf>

O trabalho com PSR impõe desafios e desloca os limites do espaço terapêutico para um contexto não-estruturado, que frequentemente apresenta situações imprevistas. A literatura não traz abordagem terapêutica única, e recomenda uma oferta variada de serviços. Lidar com esta complexidade exige muita flexibilidade, especialmente nos contatos iniciais, e um plano de tratamento ou prevenção centrado na pessoa, que alcance às diferentes dimensões do sujeito. O sucesso terapêutico deve ser definido individualmente. A abordagem multidisciplinar é fundamental nestes casos, pois cada área do conhecimento é dotada de perspectivas e possibilidades de intervenções singulares. Além do conhecimento técnico, o auto-conhecimento, capacidade de trabalhar em equipe, humanização, criatividade e flexibilidade são elementos essenciais nos processos de trabalho⁽¹²⁾.

TRABALHO COM PARES NO ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DOS CONSULTÓRIOS NA RUA NA CIDADE DE SÃO PAULO

A inserção do apoio de pares (peer support) tem sido descrita na literatura internacional como estratégia positiva para promoção de mudanças de comportamento em vários setores por décadas. Nos cuidados de saúde em geral, contamos com definições e modelos muito claros de apoio dos pares. Nos cuidados de HIV em particular, existem estratégias padronizadas de apoio de pares com base em duas décadas de pesquisa. Na área da saúde mental, por outro lado, temos evidências crescentes dos benefícios do trabalho com pares (Peer Support Workers), indicando uma melhora significativa nos atendidos especialmente na visão de si mesmo, do processo de recuperação e no senso de empoderamento para as pessoas que receberam apoio de pares em comparação com os cuidados habitual⁽¹³⁾.

Um conjunto de evidências mostra a importância dos determinantes sociais da saúde (DSS), como moradia, educação, emprego e posição social para alcançarmos uma boa saúde, e há um consenso global em torno da urgência da ação nesses determinantes⁽²⁾. O trabalho e / ou a educação são metas básicas para a maioria das PSR. São fontes de novos significados para vida, promovem uma autoestima positiva, neutralizando a desmoralização cotidiana que acomete este grupo. Uma rotina de trabalho fornece uma estrutura diária e condições pessoais e financeiras para que a pessoa não volte para rua⁽¹⁴⁾.

A maioria das PSR, incluindo aquelas com transtornos mentais severos, gostaria de trabalhar. A iniciativa pioneira de contratar pessoas que estiveram ou ainda se encontram em situação de rua como parte das equipes de Consultório na Rua geridas pelo Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto (BOM PAR) em Parceria com a Secretaria Municipal da Saúde da cidade de São Paulo (SMS-SP) constitui uma inovação social testada com potencial de incidir na construção de uma política pública para a PSR verdadeiramente intersectorial, na medida em que integra saúde, educação e trabalho.

A Stanford Social Innovation Review⁴ conceituou a inovação social como “o processo de inventar, garantir apoio e implementar novas soluções para necessidades e problemas sociais, dissolvendo fronteiras e intermediando o diálogo entre os setores público, privado e o terceiro setor”. Murray et al definem inovação social como um conjunto de novas ideias (produtos, serviços e modelos) que simultaneamente satisfazem necessidades sociais e criam relações ou colaborações sociais. Em outras palavras, são inovações que, ao mesmo tempo, são boas para a sociedade e aumentam a capacidade da sociedade de agir⁽¹⁵⁾.

A inovação social aqui consiste em oferecer (como parte de uma política única de contratação) a oportunidade de empregabilidade às pessoas que estiveram ou ainda se encontram em situação de rua. No Bom Par a contratação para o cargo de Agente de Saúde (ACS) envolve processo seletivo, e os selecionados seguem os critérios necessários para admissão. Ao serem admitidos com contrato formal de trabalho muitas oportunidades e acessos de bens e serviços se tornam possíveis, através de apoio institucional e parcerias da instituição como por exemplo a possibilidade de voltar a estudar e até mesmo cursar uma universidade.

Após 14 anos de trabalho obtivemos os seguintes resultados:

- 80% dos ACS saíram das ruas e hoje moram por conta própria,
- 28% ACSR ingressaram na Faculdade,
- 95% retomaram contato com a família,
- 70% voltaram a estudar/ cursos,
- 75% retomaram seus projetos de vida. ⁽¹⁶⁾

MARCOS INICIAIS

“O trabalho do agente comunitário é uma resposta de oração minha, pois já vi muitos amigos meus morrerem nas ruas. E as pessoas passando assistindo tudo e ninguém fazia nada. Muitos dos meus amigos morreram como animais na rua, ninguém chegava nem perto”.

(Agente de saúde – Bom Par)

Essa iniciativa teve seu início como um projeto piloto, em outubro de 2004: O “Projeto A Gente na Rua”. Na ocasião foi assinado o primeiro protocolo intersetorial para atendimento à saúde na atenção Básica em São Paulo. O projeto foi desenhado a partir de uma ação voluntária de dois professores da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) na Casa Restaura-me: o enfermeiro Queiroz (Enfermeiro Filadelfo Queiroz Santos) e o médico Nunes Abreu.

O Projeto A Gente da Rua vinha para suprir necessidades em saúde específica para pessoas em situação de rua. Também foi uma resposta da sociedade ao “Massacre da Sé” (uma série de atentados que causaram a morte de 7 pessoas em situação de rua da Praça da Sé), na cidade de São Paulo. Os crimes ocorreram entre os dias 19 e 22 de agosto de 2004. As vítimas foram assassinadas enquanto dormiam na praça, outras oito pessoas ficaram gravemente feridas.

A partir desse evento foi firmado um “protocolo de compromissos” das Secretarias Municipais da Saúde e da Assistência Social com o movimento organizado da população em situação de rua, constituindo-se um “Grupo de Trabalho Intersecretarial” com funções de formular uma política pública específica, visando garantir o acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do poder público municipal. Na época o Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto e a Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo buscavam estruturar, recuperar e entender a heterogeneidade dessa população que vivia nos limites da sobrevivência. Foram contratados 11 Agentes de Saúde e um estagiário de serviço social – modalidade Programa de

4 https://www.socioeco.org/bdf_dossier-5_pt.html

Agentes Comunitários de Saúde (PACS), para atuar em sete Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas regiões das Subprefeituras Sé, Mooca e Pinheiros⁽¹⁶⁾.

Em Dezembro 2005 o Projeto passa a ser Programa, e Integra na Política Nacional de Atenção Básica, com a contratação de três enfermeiros.

Em 2009 foi implementada a Política Nacional de População de Rua, garantindo o repasse de recursos aos Municípios e Organizações Sociais para implantação e/ou implementação de Programas, Projetos e Serviços para a referida população.

Um grande avanço nas Políticas Públicas para População em Situação de Rua foi a constituição do Comitê Intersetorial da Política Municipal para a População em Situação de Rua. Sob a Coordenação da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania e seguindo diretriz da Política Nacional para a População em Situação de Rua, esse comitê foi instituído por meio do Decreto Municipal nº 53.795, de 25 de março de 2013, e, dentre as suas atribuições, está “elaborar o Plano Municipal da Política para a População em Situação de Rua, especialmente quanto às metas, objetivos, responsabilidades e orçamentos” (art. 3º, inciso I). O Comitê, composto por representantes do poder público e da sociedade civil, de forma paritária, possui o objetivo de ampliar o diálogo com as organizações da sociedade civil e movimentos sociais, garantir a participação dessas entidades nas decisões do poder público e monitorar a correta execução do Plano Municipal da Política para a População em Situação de Rua.

Esse monitoramento tem a finalidade de impedir violações de direitos fundamentais e assegurar o amplo acesso, simplificado e seguro, da população em situação de rua aos serviços e programas que integram as diversas políticas públicas.

AS EQUIPES DO CONSULTÓRIO NA RUA DO CENTRO SOCIAL NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

As equipes de CnaR do Bom Par tem sua formação conforme previsto na Política Nacional, e são compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, agentes sociais, agentes de saúde, assistente técnico administrativo e motoristas com seus veículos. Considerando sua dimensão de alcance, as equipes de Consultório na Rua/Bompar configuraram a “linha de frente” no enfrentamento contra a COVID-19 junto à população em situação de rua no município⁽¹⁰⁾.

O cuidado acontece de forma itinerante, respeitando o perfil de seu público alvo. Preparado para atuar em toda a cidade de São Paulo, possui uma rede de comunicação eficiente que permite a troca de informações entre os profissionais sobre os pacientes de risco em tempo real. O Programa é baseado no documento norteador construído pelos profissionais que atuam diretamente com as pessoas que vivem em situação de rua, fundamentando nos princípios do SUS de integralidade, universalidade e equidade. O trabalho que se desenvolve em ações amplas, compreendendo as necessidades específicas desta população⁽¹⁷⁾.

As equipes realizam diretamente o atendimento integral da saúde da população de seu território, bem como auxiliam o acesso da mesma nos serviços de especificidades em saúde da região, para um cuidado emergencial ou um seguimento longitudinal.

No desenvolvimento do trabalho os Agentes de Saúde baseiam-se em sua própria experiência pessoal para fornecer engajamento e apoio autênticos às pessoas que acessam os cuidados de saúde. A experiência de vida nas ruas coloca esses agentes em uma posição única para construir conexões e relacionamento com as pessoas em situação de rua, inspirando esperança e modelos de recuperação. Além disso os agentes de saúde com histórico de situação de rua contribuem para a educação permanente dos demais profissionais das equipes de CnaR, ensinam sobre modos de vida na rua ao mesmo tempo que são formados por esses profissionais em um fluxo contínuo de troca de experiências e saberes.

Embora tenham inúmeras necessidades complexas em saúde as PSR valorizam as relações de confiança no cuidado⁽⁵⁾.

Os agentes de saúde apoiados pelos profissionais da equipe CnaR desenvolvem intervenções e reflexões com a comunidade, como a discussão do uso do espaço público, produções artísticas e culturais, dando visibilidade às grandes injustiças sociais. Seu trabalho proporciona novas formas de cuidar, com ações articuladas a partir das demandas e necessidades individuais e coletivas, considerando o território que habitam nas ruas e os recursos potentes nele existente⁽¹⁷⁾.

Embora a inclusão sistemática da experiência vivida para contratar agentes de saúde de CnaR seja restrita à experiência do Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto, a inclusão das PSR no planejamento e formulação de políticas aumentou significativamente nos últimos anos em São Paulo. Envolver os usuários do serviço na formulação de políticas não só possibilita respostas pragmáticas do serviço que atendem às necessidades de sua população-alvo, mas também aborda o imperativo normativo da inclusão social ao trabalhar com grupos marginalizados. Os sistemas de governança orientados para a equidade em saúde requerem mecanismos para envolver significativamente as comunidades na definição de problemas e no desenvolvimento de soluções⁽²⁾.

Pessoas em situação de rua geralmente relatam experiências estigmatizantes quando acessam os cuidados de saúde. Por outro lado, a percepção do estigma nos serviços de saúde está associada a uma piora importante nos resultados alcançados (Reilly & Williamson, 2022). Muitas vezes os trabalhadores da saúde não levam em consideração a realidade e os modos de vida na rua ao fazerem suas recomendações, e são até rudes quando os usuários não seguem suas orientações. Tais atitudes resultam em afastamento e recusa aos serviços.

O estigma é uma causa significativa de morbidade e mortalidade para pessoas em situação de rua além de ser barreira para um cuidado adequado. A linguagem utilizada para descrevê-las impacta negativamente e torna suas vidas ainda mais difíceis. Esta visão construída a partir de processos históricos de estigma e discriminação se expressa na maneira de interagir da sociedade, legisladores, polícia e alguns dispositivos do sistema de saúde com as PSR. Nas calçadas muitas vezes as PSR são ignoradas, isoladas, exploradas ou até se tornam vítimas de diversas formas de violência; o que amplia mais ainda as barreiras à moradia e ao trabalho estável, e piora os problemas de saúde mental.

Com a experiência da trajetória de atenção à saúde à população em situação de rua no município de São Paulo, as equipes de Consultórios na Rua consolidam suas ações criando redes e vínculos que permitem o enfretamento das condições estigmatizantes. Através das experiências adquiridas nestes anos de trabalho é possível afirmar que a presença desse Agente de Saúde com a vivência de rua contribui para uma nova visão da sociedade para da PSR, além de ser um elemento de facilitação na entrada das equipes nos territórios em um campo muitas vezes inacessível a outros atores sociais, por medo de represália e da violência por parte da polícia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado em saúde das PSR deve ser organizado e realizado prioritariamente na atenção primária, mas é na intersetorialidade que temos a possibilidade de abordar dificuldades sociais complexas, em suas múltiplas dimensões. É muito importante que pessoas com histórico de vida nas ruas possam compor equipes de atenção primária, pois facilitam a comunicação e o acesso aos sujeitos mais difíceis de alcançar.

Estar em situação de rua influencia de maneira negativa o senso de identidade; muitas destas pessoas sentem-se impotentes e estigmatizadas ao serem impedidas de entrar em certos locais como estabelecimentos comerciais, shopping centers, transporte coletivo, órgãos públicos, inclusive na rede de saúde. Rejeitar os estigmas é um primeiro passo crucial no cuidado às pessoas em situação de rua. Para fazer isso, devemos nos envolver com pessoas em situação de rua para entender melhor o contexto em torno de sua situação. Compreender seu contexto nos permitirá abordar o problema de forma realista, em vez de confiar em suposições baseadas no estigma.

Uma questão-chave para o cuidado às PSR é entender seu papel em um campo relacional composto por vários atores com diferentes prioridades, processos e valores. Isso é especialmente importante, em função da ineficiência dos enfoques biomédicos individuais quando cuidamos dessa população. A contratação de

agentes de saúde para CnaR que tem a experiência pessoal de viver em situação de rua é uma inovação social no âmbito do cuidado em saúde e da oportunidade de inclusão no mercado de trabalho dessa população estigmatizada e excluída. Justifica-se por seu poder de transformação social, alcançando múltiplas dimensões do processo saúde-doença – cuidado das PSR. De um lado oferece uma melhora do cuidado direto aos usuários do serviço, integrando a estratégia de trabalho com pares, baseada em evidências de resultados positivos na área da saúde, como parte importante dos serviços oferecidos. E de outro por atuar na determinação social do adoecimento das PSR incidindo diretamente em determinantes como emprego, posição social, educação e moradia. Apesar disso, melhorar a saúde da PSR por meio da consolidação dessa iniciativa como política pública ainda encontra diversas barreiras à sua sustentabilidade, sendo constantemente ameaçada ao sabor das opiniões que ocupam a arena política do momento.

Condições de vida na rua relacionam-se a processos de saúde-doença-cuidado peculiares, demandando novas formas de atenção e políticas públicas específicas. Reconhecer a diversidade de experiências relacionadas à vida nas ruas, identificar e compreender as barreiras de acesso aos serviços são elementos críticos para uma boa prática. Nesse contexto a contratação de pessoas com experiências vivida em situação de rua é elemento estruturante de um cuidado culturalmente sensível.

Trabalhar com PSR amplia a complexidade do processo de trabalho, pois atuamos com determinantes sociais e ambientais únicos, que requerem cuidados e atenção especiais. A PSR enfrenta cotidianamente a marginalização, a invisibilidade das políticas sociais e a violência estrutural. Profissionais e prestadores de serviços devem promover abordagens não-opressivas e a defesa dos direitos humanos, aceitando e respeitando os outros como são, sem julgamento. O trabalho com pares aliado a uma abordagem intersetorial, de interfaces com as outras políticas, é fundamental para o desenvolvimento das ações de saúde para voltadas às PSR, em contextos emergenciais e não-emergenciais. Estudos que nos permitam conhecer em detalhes a experiência do trabalho com pares no contexto dos atendimentos às PSR podem servir de base para a construção de políticas intersetoriais coerentes com as necessidades sociais desse grupo social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chamie, J. "As Cities Grow, So Do the Numbers of Homeless". YaleGlobal, 2017. Disponível em <https://archive-yaleglobal.yale.edu/content/cities-grow-so-do-numbers-homeless> último acesso em 23 de outubro de 2022
2. Clifford B, Wilson A, Harris P. Homelessness, health and the policy process: A literature review. Health Policy [Internet]. 2019 [citado 14 de novembro de 2022];123(11):1125–32. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168851019302015>
3. Natalino, M. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (Setembro de 2012 a Março de 2020). Nota Técnica 73, IPEA, 2020. Disponível em <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10074> último acesso em 23 de outubro de 2022
4. SMADS. Secretaria Municipal da Assistência e do Desenvolvimento Social. Censo da População em Situação de Rua 2021 disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/observatorio_socioassistencial/pesquisas/index.php?p=18626 último acesso em 23 de outubro de 2022
5. Reilly J, Ho I, Williamson A. A systematic review of the effect of stigma on the health of people experiencing homelessness. Health Soc Care Community. 2022 Jun 28.
6. Magwood O, Leki VY, Kpade V, Saad A, Alkhateeb Q, Gebremeskel A, et al. (2019) Common trust and personal safety issues: A systematic review on the acceptability of health and social interventions for persons with lived experience of homelessness. PLoS ONE 14(12): e0226306. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226306>
7. Kami MTM, Larocca LM, Chaves MMN, Piosiadlo LCM, Albuquerque GS. Tool and ideological knowledge in Street Outreach Office working process. Rev esc enferm USP [Internet]. 2016 [citado 13 de novembro de 2022];50(3):442–9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000300442&lng=en&tng=en
8. São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Documento Norteador dos Consultórios na Rua. Dezembro, 2016. Disponível em <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/documento%20norteador%20Consultorio%20na%20Rua%20Versao%20Final.pdf> ultimo acesso em 24 de outubro de 2022

9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua [Internet]. Brasília: MS; 2012[cited 2020 Jun 01]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf
10. Akiyama MRM, Canônico RP, Sette R, Kawakami MCB. Estratégias de cuidado em saúde realizadas pelas equipes de Consultório na Rua/Bompar/ SMS. Junto à População em situação de rua durante a pandemia no município de São Paulo. Arch Health [Internet]. 23 de junho de 2021 [citado 13 de novembro de 2022];2(3):543–50. Disponível em: <https://latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/391>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS) [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde,Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.
12. Santana, C; Rosa, A. Saúde Mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social. São Paulo: Epidaurus Medicina e Artes, 2016. Disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/desenvolvimento_urbano/saude_mental_pop_rua.pdf ultimo acesso em 24 de outubro de 2022
13. Gillard, S., Foster, R., White, S. et al. The impact of working as a peer worker in mental health services: a longitudinal mixed methods study. BMC Psychiatry 22, 373 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03999-9>
14. SAMHSA- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Behavioral Health Services for People Who Are Homeless. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 55. HHS Publication No. (SMA) 13-4734. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration,2013.
15. MURRAY, R.; CAULIER-GRICE, J.; MULGAN, G. 2010. The Open Book of Social Innovation. London, NESTA - The Young Foundation, 2010. URL: www.nesta.org.uk/publications/assets/features/the_open_book_of_social_innovation. Acesso em 15 de novembro de 2022
16. Akiyama, M O empoderamento através do fomento da resiliência nas pessoas em situação de rua no processo de trabalho. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Especialização Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde, como requisito à obtenção do título de especialista, Universidade Federal Fluminense, Niteroi, 2018
17. Akiyama MRM. População de Rua no Empoderamento do Acesso à Saúde. Arch Health [Internet]. 23 de dezembro de 2020 [citado 13 de novembro de 2022];1(5):341–5. Disponível em: <https://latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/91>

BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE E DESAFIOS COM POPULAÇÃO DE RUA E POPULAÇÃO VULNERÁVEL COM AGRAVO NA SAÚDE MENTAL



A EXPERIÊNCIA DO ADOLESCENTRO NO DISTRITO FEDERAL

Gustavo Nepomuceno ORCID: 0000-0001-7947-2665

Psicólogo do Adolescentro de Brasília

INTRODUÇÃO

A saúde mental de jovens e adolescentes é umas das etapas do desenvolvimento que mais foi afetada no período da pandemia motivada pelo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da doença COVID-19, (OPAS-BRASIL, 2020; WHO, 2020a, b). As medidas de isolamento social impactaram um espectro maior da população, sendo os adolescentes especialmente vulneráveis ao adoecimento mental neste contexto, devido à importância dos pares e do convívio em grupo para essa faixa etária (BOHOSLAVSKY, 2007; BOWEN; WALKER, 2015; LEVY, 2013). As escolas foram fechadas, passando as aulas a serem online, impossibilitando os jovens se socializarem. Estudos apontam para o aumento de depressão, estresse e ansiedade, uso de substâncias psicotrópicas (FEGERT et al., 2020), dentre outros efeitos insalubres à saúde nesse período. Unidades de cuidado em saúde mental têm recebido uma demanda crescente de jovens e adolescentes e seus familiares em sofrimento à procura da ajuda. Esses serviços necessitam se adequar e se organizar para atender uma demanda cada vez maior. Neste capítulo vamos falar de adaptações e reorganizações que um serviço público de saúde mental especializado em atender adolescentes e seus familiares de Brasília realizou e vem realizado para melhorar sua prática assistencial, durante e após a pandemia de COVID 19.

VISÃO GERAL

O Adolescentro é uma unidade de saúde de referência do Distrito Federal para o atendimento de adolescentes (a partir de 12 anos até 17 anos, 11 meses e 29 dias) com transtornos mentais, vítimas de violência sexual ou que façam uso eventual de substâncias psicoativas. O serviço funciona há 24 anos, sendo que a primeira equipe se formou dentro da ala de pediatria do Hospital de Base e depois o serviço foi crescendo e atualmente fica localizado na 605 da Asa Sul, região central do Plano Piloto. O local é uma estrutura similar a de uma Unidade Básica de Saúde e conta com uma área verde ao redor.

O serviço atende toda a população do Distrito Federal e acaba atendendo também alguns adolescentes e familiares do entorno que buscam o serviço por ser referência. O Adolescentro conta com Equipe multiprofissional - Médicos (Pediatras/Hebiatra, Psiquiatras, Ginecologistas, Urologista, Homeopata), Psicólogos, Fonoaudiólogo, Assistente Social, Fisioterapeuta, Terapeuta ocupacional, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem 60 servidores). O Adolescentro conta também com profissionais que promovem as Práticas integrativas (yoga, reiki, homeopatia).

O serviço é um ambulatório que pertence à atenção secundária e atende situações moderadas em saúde mental. Devem ser atendidos na atenção primária e os casos graves na atenção terciária ou em CAPS (que também pertencem a atenção secundária especializada). O serviço tem essa especificidade, é um serviço de saúde mental que atende o adolescente e seus familiares, com casos moderados. No Brasil, temos poucos serviços públicos que atendem esse público especificamente.

Como muitas vezes é difícil definir as situações como leves, moderados e graves, a Secretaria de Saúde do Estado do Distrito Federal publicou uma Nota Técnica que apresentar os principais critérios para o encaminhamento de crianças e adolescentes da Atenção Primária à Saúde para os serviços especializados de Saúde Mental Infanto-Juvenil da Atenção Secundária da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF) (ver ANEXO 1).

Desde 2021, os adolescentes e seus familiares, para acessar o Adolescentro, devem ser consultados primeiramente nas Unidade Básicas de Saúde perto de suas casas. O médico de família deve acompanhar e tratar os casos mais leves e encaminhar por meio da regulação (um sistema informatizado de agendamento) as situações mais complexas e especializadas. Lembrando que o Adolescentro é um ambulatório, um serviço especializado.

Sendo assim o adolescente e seu familiar comparecem ao Adolescentro para Entrevista Inicial em um determinada data e hora. A família então é acolhida pelo profissional de saúde da unidade (normalmente o acolhimento é realizado por um profissional de nível superior) que escuta a família como um todo e depois escuta o adolescente separadamente. Nessa entrevista inicial, acolhe-se suas preocupações e demandas, e já se faz alguns questionamentos interventivos como forma de promoção do cuidado. Orienta-se como o serviço funciona e suas características e mostra-se que muitas vezes o trabalho é coletivo e em grupo, sem perder as necessidades individuais e as especificidades de cada família.

QUESTÕES E DIFICULDADES

O serviço oferecido no Adolescentro passa continuamente por uma reavaliação e por questionamentos. Sempre tentamos escutar os usuários para identificar as principais dificuldades e problemas no atendimento. Sendo assim no período da pandemia utilizamos parte do período dos atendimentos em grupo, que estavam suspensos, e repensamos o formato dos atendimentos, tanto para o período da pandemia, como para o período pós pandemia. Os pontos levantados como mais problemáticos foram:

- O Adolescentro é um serviço que atende toda a população do DF, com uma grande demanda de atendimento e um **território gigante** (atende todo o Distrito Federal), o que dificulta, e de certa forma inviabiliza, ações no território.
- Somos uma equipe relativamente grande, em torno de 60 servidores, o que **dificulta a comunicação entre os membros da equipe**. Normalmente os usuários estão sendo atendidos por mais de um profissional e é necessário, principalmente em saúde mental, a discussão dos casos e o planejamento das ações entre os profissionais.
- O **plano terapêutico e o acompanhamento do adolescente se perdiam** no meio de tantos atendimentos com diferentes profissionais. Não se sabia quem realmente estava responsável pela família e por acompanhar o andamento do plano terapêutico.
- Já tínhamos atendimentos que apresentavam bons resultados que normalmente eram os usuários que estavam sendo **acompanhados em grupos e equipes menores**, os quais eram acompanhados mais de perto por uma pequena equipe em grupos terapêuticos.

Durante a pandemia, o serviço passou por dificuldades devido às medidas sanitárias restritivas de isolamento social, decretada pelo governo. Passamos a ter somente atendimentos individuais presenciais e online. Inicialmente, com o medo de contrair o vírus, muitas famílias pararam de comparecer às consultas e nossa equipe passou a articular mudanças de atendimentos para serem feitas durante a pandemia e após a

pandemia. O serviço passou a discutir alterações na estrutura de funcionamento e construiu-se propostas para corrigir os seguintes pontos:

- Organizar os fluxos de trabalho, de onde vem e para onde vão os adolescentes e seus familiares. Criou-se então as **Linhas de Cuidado** internas dentro do serviço no Adolescentro, em uma lógica flexível de cuidado, mas que orientasse os fluxos de atendimento.
- A construção das linhas de cuidado girou em torno dos **grupos terapêuticos** (que voltariam ao fim da pandemia), que eram trabalhos que de alguma forma já ocorriam anteriormente, potencializando os trabalhos que se faziam dentro do serviço.
- Os trabalhos em equipe que já se faziam nos grupos terapêuticos, onde se discutia os casos, foram ratificados como trabalhos importantes dentro das linhas de cuidado. A ideia era passar a trabalhar com **equipe interdisciplinar**, na qual as diferentes categorias profissionais pudessem trocar saberes.
- Acompanhar, avaliar e encaminhar o adolescente nos grupos quando necessário com foco no seu **Plano Terapêutico Singular**.

LINHAS DE CUIDADO

A partir da reorganização do serviço, criamos as Linhas de cuidado dentro do Adolescentro. Entendemos as linhas de cuidado como o itinerário que o usuário faz dentro do serviço, um contínuo assistencial, fluxos assistenciais que devem ser garantidos aos usuários de acordo com suas necessidades. As principais linhas de cuidado do Adolescentro são descritas a seguir:

1. Transtorno do espectro do **autismo**
2. Transtorno de **aprendizagem**
3. **Deficiência intelectual**
4. Transtorno **depressivo, ansioso e outros transtornos mentais**
5. Transtornos **alimentares**
6. Vítimas de **violência sexual**
7. Sofrimento relacionado à orientação **sexual e/ou identidade de gênero**

Temos também algumas linhas de cuidado transversais como por exemplo, práticas terapêuticas em saúde, proteção e relações saudáveis, saúde bucal, etc. A seguir descrevemos quatro linhas de cuidado que se destacam mais por sua relevância em termos do número de atendimentos e pela especificidade.

As linhas de cuidados são dinâmicas, os adolescentes e seus familiares podem passar de uma linha para outra ou estar em mais de uma linha de cuidado ao mesmo tempo, dependendo da situação. Vale ressaltar que cada linha de cuidado é formada por uma equipe e que por atender diferentes situações de sofrimento vivenciada pelo adolescente e seus familiares, e por possuir diferentes profissionais atuando de diferentes formações, têm-se também diferentes metodologias de atuação, o que configura um serviço diversificado na sua forma de atuar, conforme detalhamento apresentado a seguir.

VÍTIMAS VIOLÊNCIA SEXUAL

De acordo com a Organização Mundial da Saúde & Krug (2002), desde 1996 a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a violência como um problema de saúde pública devido às várias consequências a curto e a longo prazo que ela pode trazer para indivíduos e suas famílias. A vivência de violência sexual traz consequências para a vítima que não podem ser reduzidas às consequências imediatas dos atos violentos. Seus impactos podem ser em diversas áreas, como vida sexual, afetiva e social do sujeito (Oliveira et al., 2005).

Dentro do Adolescentro tem-se o Centro de Especialidade para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV) que é um programa específico do Governo do Distrito Federal para atendimento de pessoa vítimas de violência. O CEPAV que funciona dentro do Adolescentro é especializado no atendimento de vítimas de violência sexual. A metodologia é focada no tratamento do trauma sofrido pelo adolescente e os atendimentos são realizados de forma individual e/ou em grupos.

Inicialmente é realizado um acolhimento individual com o adolescente e sua família. Os atendimentos individuais são feitos por duplas de profissionais. Depois é realizado um atendimento para entender a dinâmica familiar.

São realizados então cinco atendimentos de forma simultânea em grupos separados de adolescentes e pais. No grupo de adolescentes é trabalhado a apropriação, ressignificação, enfrentamento do trauma. Já no grupo de pais trabalha-se as consequências do trauma, importância do BO e relações amorosas e atitudes. Por último são realizados mais dois atendimentos para preparar a família para a alta.

No tratamento do CEPAV Caliandra ????, é observada a forma como os adolescentes e suas famílias interpretam determinadas situações que envolvem a violência e como isso influencia suas relações comportamentais e emocionais. Dessa maneira, umas das estratégias utilizadas no tratamento da vítima de violência é a análise e modificação dos pensamentos e crenças distorcidas (Freitas & Rech, 2010).

DIVERSIDADE SEXUAL E DE GÊNERO

A equipe da diversidade atende adolescentes que apresentam sofrimento relacionados ao preconceito ou discriminação vivenciado por possuir orientações sexuais e/ ou identidades de Gênero diferentes do padrão heterocisnormativo.

Lembramos que a população LGBTQIA+ é uma das mais vulnerabilizadas, sobretudo em suas intersecções (raça, gênero, escolaridade, geração, classe social). As pessoas morrem/são mortas pelo simples fato de serem LGBTQIA+ e muitas vezes elas são assassinadas.

A detecção e a ação contra o isolamento, o sofrimento e discriminação, e crimes contra a cidadania de crianças e adolescentes são o fundamento para ação do poder público: escola, serviços de saúde, Conselho Tutelar, Ministério Público e organizações comunitárias. Lembramos que a criança fora da escola é um crime. Tratar da saúde da população LGBTQIA+ transcende a dimensão biológica, pois consideramos que as desigualdades e as injustiças influenciam diretamente nos processos de adoecimento dessa população.

Tentamos compreender o que se passa nos corpos e nos sentimentos desses adolescentes e manejar os conflitos com responsáveis, na família, na escola. Atuamos também no apoio para a construção de uma identidade e nome diferente daquele dado por responsáveis, buscando o seu reconhecimento/a e a melhora da sua autoimagem. Tentamos evitar a evasão escolar e o isolamento defensivo, a solidão. A ideia é criar ambiência inclusiva, social e programática.

Temos atendimento especializado/sensível para tratar essas dificuldades: psicologia, psiquiatria, serviço social, ginecologia, hebiatria, endocrinologia, áreas de direito. Também fazemos parceria com outros serviços para atender as diferentes demandas dessa população, como o CRAS da diversidade, o Ministério Público, Defensoria Pública e a Conselho Tutelar.

Temos um grupo específico com os adolescentes, que é aberto e quinzenal. O propósito é de empoderamento de adolescentes para lidar com a sociedade heterocisnormativa, para que eles possam ser agentes políticos e articuladores para uma mudança da comunidade ao seu redor e para que possam se defender. O grupo de responsáveis é mensal e aberto. Também trabalhamos o “luto” do filho como expectativa dos pais e o “nascimento” do filho mais autêntico.

Resalta-se a importância da construção do dispositivo a partir de referenciamento teórico psicossocial e integrativo. O trabalho desenvolvido tem como pilares a atenção psicossocial e o trabalho em equipe interdisciplinar; o reconhecimento da importância dos espaços de intervenção e a discussão de casos clínicos para a integralidade da atenção.

Consideramos que a população LGBTQIA possui características de vulnerabilidades e exclusão. Por isso trabalhamos temas como o *bullying* sofrido nas escolas, na comunidade, ou a violência sofrida dentro de casa por familiares. Os conflitos familiares são temas constantes para essa população.

Também abordamos questões relacionadas à escolha do nome social e a dificuldade para realizar a mudança em registros oficiais. Os adolescentes falam da dificuldade do uso do banheiro público que muitas vezes é separado por gênero feminino e masculino e sofrem violência se usam tanto um quanto o outro banheiro.

Falam sobre a dificuldade de encontrar emprego ou de se inserirem na sociedade como um todo, o medo de usarem um transporte público, até mesmo de usarem um uber. Para eles, a *passabilidade* pode ajudar a diminuir o preconceito sofrido, que refere-se, à percepção ou reconhecimento de uma pessoa que transicionou ou em transição como pertencente à identidade de gênero para a qual está transicionando. A dificuldade de lidar com seu corpo e o não reconhecimento do seu próprio corpo em transformação é uma das fontes de sofrimento mais intensos.

ANSIEDADE E DEPRESSÃO E OUTROS TRANSTORNOS

A linha de cuidado de Ansiedade e Depressão e outros transtornos é a mais demandada e é a que tem mais membros da equipe multiprofissional trabalhando. Por isso temos mais dificuldades para acompanhar os adolescentes, pois são muitos. Um aspecto importante a ser destacado é que tentamos trabalhar com a família, pois muitas questões relacionadas à ansiedade e depressão estão relacionadas a conflitos familiares. O atendimento é estruturado da seguinte forma:

1. Grupo dos pais
2. Grupos de adolescentes
3. atendimentos individuais com os adolescentes e pais
4. atendimentos familiares

GRUPO DE ENTRADA

Outro aspecto importante na linha de cuidado da ansiedade e depressão é o Grupo de Entrada. Os usuários que passaram pelo acolhimento e relatam questões relacionadas com ansiedade e depressão, e que não entram nas outras linhas de cuidado, são inseridos no grupo de entrada. Este grupo é fechado, são três encontros, e o grupo de adolescentes ocorre de forma simultânea ao grupo dos pais. Nesses grupos é feito novamente uma escuta da demanda, agora em um formato de grupo e promovemos uma intervenção coletiva e de ajuda mútua entre os participantes. No final, promovemos uma construção do Plano Terapêutico Singular para cada adolescente e sua família.

Durante a fase da adolescência ocorrem muitas mudanças, e a família muitas vezes não está preparada, ou não aceita que seu filho passe a ter mais autonomia. Somando-se a isso, muitas famílias apresentam várias vulnerabilidades de renda, sofrem *bullying*, racismo, LGBTfobia, sexismo, violências, etc. Essas violências muitas vezes estão relacionadas aos sintomas apresentados pelos adolescentes e seus familiares. Os sintomas são ajustamentos criativos para lidar com a realidade. Questões como relacionamento na escola, grupos de amizades, isolamento, conflito com os pais, autolesão, ideação suicida, são abordados nos grupos e nos atendimentos desses jovens.

ATENDIMENTO DOS FAMILIARES

Uma das características dos atendimentos no serviço é o envolvimento dos familiares e responsáveis. Parte-se do pressuposto que a saúde mental está relacionada com questões relacionais e contextos psicossociais, o que a família, no que diz respeito ao processo adolecer, é de fundamental importância. Por isso

no Adolescentro optamos por ter diferentes formatos de atendimento, para lidar com diferentes famílias e situações de sofrimentos/conflitos. Temos, em diferentes turnos (para atender as demandas das famílias), Grupos de Pais ou Responsáveis, que são grupos de falas e orientações para os pais, nos quais eles trocam experiências e se fortalecem para lidar com as dificuldades de seus filhos.

Também se tem a Instrumentalização que é um atendimento aos pais (pai, mãe ou responsável) de um adolescente individualmente. Neste atendimento trabalha-se mais especificamente sobre a dificuldade que uma família tem em lidar com as mudanças que o adolescente tem passado nessa fase da vida e tenta-se escutar e promover uma conscientização e busca de alternativas para melhoria das relações familiares. Uma das ferramentas utilizadas no serviço é a metodologia das 5 atitudes. Essa metodologia foi criada no próprio serviço pelos seus fundadores,

Outra forma de atender a família é o atendimento familiar em si, no qual participam os pais e o adolescente. Neste atendimento o foco é trabalhar os conflitos familiares existentes, buscando a mediação de conflitos e a melhoria da comunicação por meio da comunicação não violenta.

GRUPOS TERAPÊUTICOS

Para o atendimento dos adolescentes da linha de cuidado de ansiedade e depressão temos os grupos Metamorfose, Encontrar-se e Vida Leve, que são grupos abertos, um espaço de troca entre os adolescentes. No grupo são trabalhadas as regras de convivência para que eles possam confiar e se abrirem, compartilharem entre eles suas angústias, medos e desafios e conquistas. A ideia é que o grupo seja de empoderamento para que eles enfrentem as adversidades do dia-a-dia.

ESPECTRO DO AUTISMO

Temos também no Adolescentro uma equipe especializada no atendimento em adolescentes no espectro do autismo. O atendimento adota um método focado mais na psicoeducação do adolescente e seu familiar. São adolescentes com diagnóstico de transtorno do espectro no autismo nível 1, 2 e, quando estável, do nível 3.

Para isso, após avaliação multiprofissional em que é fechado o diagnóstico, o adolescente e sua família são direcionados para o Grupo Interação, no qual os jovens vão para um grupo e os pais para outro que ocorre simultaneamente. São 5 encontros em que os adolescentes ??????

Tem-se dois grupos. O primeiro é para TEA nível 1, no qual tem-se 10 pacientes e o segundo TEA nível 2 e 3 (estável), com 5 pacientes. O foco dos grupos é na interação e comunicação (vícios de linguagem, metáforas, início de amizade, paquera e namoro).

Temas básicos discutidos nos grupos: O que é autismo, quais são as características, porque a comunicação é diferente, direitos dos adolescentes no espectro do autismo, *bullying*, autocuidado, sexualidade. Encerra com show de talentos: Todos temos dificuldades e habilidades.

BOAS PRÁTICAS

Podemos elencar diversas boas práticas, como um resumo de ações que foram desenvolvidas no Adolescentro, e que ajudaram o serviço a direcionar suas ações, os seguintes pontos:

- Sair de uma visão multiprofissional em que cada profissional atende separadamente, e ir para **Atendimentos Interdisciplinares** (atendimentos compartilhados, discussão de caso, atendimento familiar em duplas, etc)
- Ter um olhar sobre a o usuário como um todo, sempre dentro de um contexto/território, família, comunidade, história de vida, e não se limitar a sintomas, ou seja, ter uma **Visão mais psicossocial / Integral**

- Trabalhar sempre com um sistema mais amplo, ou seja, trabalhar com a família como um todo, criar formas diferenciadas para **Atendimento da Família**
- Trabalhar com **Miniequipes** para melhorar a comunicação e o acompanhamento dos usuários.
- Melhorar os fluxos internos dentro do serviço, no caso criamos as **Linhas de Cuidado** - Diversidade, Violência, TEA, etc
- Um diferencial do Adolescentro é o **Grupo de Entrada**, uma estrutura de boas vindas para a família, já sendo uma intervenção terapêutica e ao mesmo tempo é uma construção do Plano Terapêutico Singular do adolescente e sua família.
- Outro diferencial do Adolescentro são as **Práticas Integrativas Diversificadas**, temos grupos de respiração, yoga para adultos e adolescentes, grupos de artes, horta comunitária, homeopatia e reiki. Todas essas práticas auxiliam no tratamento dos adolescentes e de seus familiares.

DESAFIOS E AGENDA FUTURA

Temos diversas boas práticas, mas o atendimento na área de saúde é extremamente dinâmico e desafiador. As demandas estão em constante mudança e refletem o contexto social e econômico no qual os adolescentes e suas famílias estão inseridos. Durante atividade diária do Adolescentro permanecem diversos desafios e os profissionais que atuam no centro procuram melhorar de forma contínua os serviços prestados. Podemos elencar alguns pontos que tem sido discutidos pelo centro:

1. Ainda não conseguimos realizar um Plano Terapêutico Singular que contemple atividades externas e mesmo em relação as atividades dentro do Adolescentro as vezes não fica claro quais o usuário está frequentando.
2. A linha de cuidado Depressão, Ansiedade e outros transtornos precisa de ajustes. Por se tratar da linha de cuidado mais ampla, temos muitos profissionais atuando e às vezes a comunicação fica falha. Os grupos terapêuticos não dão conta da demanda que cresce a cada dia.
3. O Adolescentro trabalha com um território muito extenso o que inviabiliza a realização de Matriciamento para o estabelecimento de diálogo com as escolas. Atualmente atendemos a demandas específicas quando são solicitadas.
4. Mesmo o Adolescentro tendo caminhado para um atendimento mais psicossocial, ainda faltam vários pontos para serem melhorados. Ainda temos muitos atendimentos individuais, alguns profissionais ainda atuam em um modelo ambulatorial.
5. O Adolescentro já realizou assembleia e tenta envolver os usuários em suas decisões, mas ainda falta envolver mais os usuários. Não há periodicidade para as assembleias, algumas decisões são impostas, a participação dos usuários em alguns eventos ainda é baixa.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Adriana de Andrade, D. A., Linhares, A. C. B., da Cunha, A. L. G., Bernardino, A. Q., Monteiro, B. C., Passarela, C. D. F. T., ... & de Souza, V. R. (2021). Relato de Experiência: Grupos Terapêuticos com Adolescentes Vítimas de Violência Sexual. Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental, 10(2), 77-86.
2. Sousa, P. S. D. M. (2020). Adolescência e atos autoagressivos: o grupo da diversidade como dispositivo de cuidado em saúde mental.



BENEFICIÁRIOS DAS AÇÕES AFIRMATIVAS: IMPACTO DAS BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE COM POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

Nádile Juliane Costa de Castro^I ORCID: 0000-0002-7675-5106

Raimundo Abreu dos Santos^I ORCID: 0000-0001-8161-9056

Jainara de Souza Araújo^I ORCID: 0000-0002-2923-3081

Nyvia Cristina dos Santos Lima^I ORCID: 0000-0002-4335-6715

Deisiane da Silva Mesquita^{II} ORCID: 0000-0001-8724-0282

^I Universidade Federal do Pará (UFPA)

^{II} Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)



Autora Correspondente

Nádile Juliane Costa de Castro

nadiledecastro@ufpa.br

RESUMO

Objetivo: Relatar atividades sobre beneficiários de ações afirmativas e os impactos das ações para as populações vulneráveis. **Método:** Relato descritivo sobre webinar realizada no mês de outubro de 2022. Participaram dois facilitadores e um coordenador no tempo de 90 minutos. **Resultado:** Foram realizadas exposição das ações de adaptação promovidas na graduação, para disseminação sobre o combate ao racismo e acompanhamento por projeto de extensão no período da pandemia. **Considerações finais:** A partir dos processos verificou-se a necessidade de implementações para o acompanhamento dos discentes no percurso da graduação, assim como da inclusão destes na pós-graduação, a fim de ampliar o protagonismo na pesquisa e possibilitar discussão sobre peculiaridades das populações em situação de vulnerabilidade social. Quanto o papel da universidade conclui-se que tem o papel social de acompanhar os vulneráveis o que foi identificado no percurso da adaptação

Descritores: Populações Vulneráveis; Políticas Públicas; Estudantes; Pandemia; Grupos Étnicos.

INTRODUÇÃO

As ações afirmativas são políticas públicas que visam a democratização do acesso ao emprego e educação e o combate à discriminação que ocorrem com grupos historicamente excluídos por questões étnicas, racial e de gênero. Nota-se que promove a inclusão socioeconômica em virtude de possibilitar melhores condições de vida e qualificação profissional, subsidia reconhecimento e continuidade de culturas, combate ao racismo e preconceito, e, sobretudo, possibilita uma formação profissional equânime^(1,2).

Os beneficiários são principalmente negros, indígenas, quilombolas, pessoa com deficiência e mulheres. Esses grupos devem ser percebidos a partir de suas peculiaridades sociais e especificidades, considerando o respeito a diferença e à diversidade^(3,4). Também vai ao encontro da justiça social, pela exigência da redistribuição e reconhecimento de identidades⁽⁵⁾. Oportunizam acesso à educação, saúde, redes de proteção social, transformam vidas, oportunizam diminuição de iniquidades sociais e combatem o racismo^(6,7).

Na educação superior, tem se efetivado por meio da Lei de Cotas e essencialmente possibilita a diversidade e a pluralidade nos espaços acadêmicos, promovendo interação entre discentes, docentes e comunidade em geral, por meio de um movimento importante pela inserção de pautas específicas sobre questões étnicas-raciais na graduação⁽⁴⁾. Não obstante, geram polêmicas, debates sobre constituição de identidades e estimulam reflexão sobre os constructos das políticas públicas e seus desdobramentos, como, por exemplo, os instrumentos que subsidiam as suas ações^(8,2).

Nessa perspectiva, provocam desafios que devem ser implementados por projetos de extensão, pesquisa e ensino, e são importantes para incluir debates, desconstruir padrões, acolher diversidade de experiências, elucidar referências teóricas e pedagógicas e romper padrões desiguais e discriminatórios^(9,10). Tem-se apontado ações diversas que tem subsidiado reflexões acerca da inclusão, permanência dos discentes e dos auxílios para diminuir a evasão^(11,2).

Na formação em saúde, é uma dinâmica que possibilita dialogar sobre ações e instrumentos engessados pelo modelo biomédico e eurocêntrico, desconstruindo conceitos e sinalizando necessidades e especificidades nos produtos técnicos e tecnológicos e na assistência direta⁽¹²⁾. Destaca-se que esses instrumentos, potencialmente usados para treinamento dos futuros profissionais, registram perfis, agravos e ações da rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS). Logo, a discussão dos elementos que compõe sua estrutura possibilita refletir sobre modelos e processos.

O desenvolvimento, portanto, destes subsídios em conjunto com discentes de PAA dentro das universidades, ganha outra dimensão, haja vista que inseri novos olhares sinalizando a necessidade de um modelo diverso e plural, previsto das Constituição Federal e no SUS, ratificando um dos pilares do SUS, a equidade⁽³⁾. Embora tenha se avançado em políticas e ações específicas para grupos em situação de vulnerabilidade, como saúde da população negra, indígenas e ribeirinhos, ressalta-se que há uma lacuna quanto discussões sobre a formação e acompanhamento desses grupos no ensino superior em cursos da área da saúde, haja vista que em sua maioria, os estudos discorrem sobre atuação dos profissionais nos serviços, com raras exceções⁽¹³⁾.

Nesse sentido, questionou-se sobre como a inclusão de tais discentes no ensino superior pode beneficiar a formação e atuação dos profissionais de saúde nos serviços, na atenção à saúde de populações vulneráveis e na construção de políticas públicas. Logo, o objetivo deste estudo foi relatar boas práticas na formação em saúde com beneficiários das ações afirmativas no percurso da pandemia e seus desdobramentos.

PERCURSO DO RELATO

Este capítulo discorre sobre uma webinar apresentada no período pós-pandemia a partir do conjunto de *lives* intitulada: “Mapeamento e sistematização de exemplos de boas práticas de adaptação de ações de saúde pública em grupos e territórios em situação de vulnerabilidade”, realizada no mês de outubro de 2022, por meio de uma plataforma virtual do Youtube: Canal ABEn Nacional. Participaram dois facilitadores e um coordenador de mesa. Teve a duração de 90 minutos.

A descrição aqui apresentada refere-se à segunda apresentação da webinar referente as ações realizadas em projetos de extensão universitária da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará e que se dividiu em dois momentos: Processo histórico e contextualização das Políticas de Ação Afirmativas (PAA) e Adaptações realizadas no contexto da Universidade Federal do Pará (UFPA).

PROCESSO HISTÓRICO E CONTEXTUALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE AÇÃO AFIRMATIVAS

Durante a webinar foi apresentado alguns pontos importantes quanto a igualdade e equidade na Constituição Federal de 1988, as legislações pertinentes no Brasil que irão subsidiar as PAA com destaque para a Lei Nº 12.711, de 29 de agosto de 2012- Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais. Decreto Nº 7.824, de 11 de outubro de 2012- Regulamenta a Lei no 12.711, de 29 de agosto de 2012,

que dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio. Portaria Normativa Nº 18, de 11 de outubro de 2012 que dispõe sobre a implementação das reservas de vagas em instituições federais.

Destacou-se, em paralelo, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) via Organização das Nações Unidas (ONU) como resposta ao combate à pobreza, questões ambientais e a paz mundial. Os 17 Objetivos das ODS surgem em 2012, no rio de Janeiro. Entre os objetivos há o de número 4 que trata da educação de qualidade, que sinaliza assegurar a educação inclusiva, e equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos ⁽¹⁴⁾.

Diante desse cenário, as instituições de ensino superior iniciaram a inclusão da “Lei de cotas” nos editais, mobilizando os grupos envolvidos e desenvolvendo estratégias para manutenção dos beneficiários das ações afirmativas. Nesse sentido, entre as iniciativas, podemos mencionar a mobilização de entidades estudantis, desenvolvimento de assessorias, entre outras iniciativas, como a exemplo de auxílios financeiros para manutenção no percurso da formação ⁽¹⁵⁾.

Na UFPA, identifica-se as primeiras proposições e discussões para implementação das PAA por meio da resolução de nº 3.361/2005, com reserva de vagas nos cursos de graduação a estudantes de escola pública. Fato implementado a partir de 2009 por meio da reserva de vagas para Indígenas e Pessoas com deficiência, e, em 2012, reserva de vagas para quilombolas, ações realizadas pelo Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFPA (CONSEPE) ⁽¹⁶⁾.

No ano de 2017 foi instituída, por meio das PAA, a Assessoria de Diversidade e Inclusão Social (ADIS) que atua nas unidades da UFPA, e veio como resposta da necessidade de promover igualdade. Sua função é assessorar questões sobre PAA e inclusão social com funções como planejar, coordenar e definir ações nesse pleito a partir do acompanhando políticas relativas às suas coordenadorias. Entre suas competências identifica-se programas e projetos que implementem as PAA de modo a apoiar demandas de grupos vulneráveis no âmbito da graduação e pós-graduação ⁽¹⁵⁾.

No processo de estruturação das ações e como resultado da inserção das PAA nota-se a criação da Associação de Estudantes Quilombola (AEQ), Associação dos Povos Indígenas Estudantes da Universidade Federal do Pará (APYEUFPA) e Associação de Estudantes Estrangeiros (AEE). Lateralmente foi disponibilizado curso sobre heteroidentificação a fim de subsidiar processos seletivos especiais, que é fundamental para a homologação da autodeclaração de candidatos negros ⁽¹⁵⁾.

É possível identificar ações para além da graduação. Atualmente há PAA nos programas de pós-graduação para Residências Médicas, Multi e Uniprofissionais e nos programas de Pós-Graduação em Direito e Antropologia. As dinâmicas são resultadas de diálogos pela CONSEPE que tem identificado a demanda e subsidiado resoluções para promover a inclusão para além da graduação, subsidiando a continuidade do processo de qualificação profissional e possibilidade de diminuir as iniquidades sociais.

No entanto, percebe-se desafios enfrentados para implementação das PAA, em virtude da discriminação, déficit no preparo do corpo docente e burocracia relativas à assistência estudantil. Fatos importantes para superar a integração dos estudantes, suas diversidades e o racismo. Tais ações são identificadas no percurso da formação e potencialmente evidenciadas no período da pandemia da COVID-19 ⁽¹⁷⁾.

ADAPTAÇÕES REALIZADAS NO CONTEXTO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ POR MEIO DO CURSO DE ENFERMAGEM

Em fevereiro de 2020 foi iniciado as atividades do Projeto de Extensão Práticas de Educação em Saúde com e para Populações Tradicionais (PESPOT) por meio da Faculdade de Enfermagem da UFPA. O projeto tinha como objetivo fomentar o treinamento de discentes para as práticas de educação em saúde por meio da construção e tecnologias educativas. Em virtude da pandemia da COVID-19, instituída em março de 2020, o

projeto que tinha como bolsista um discente indígena da etnia Tembé, necessitou adaptar-se a nova realidade. Do mesmo modo foi necessária adaptação de outro projeto intitulado “Amazônidas”, que tinha o objetivo de treinar competências e habilidades de comunicação e de tecnologia por meio da divulgação científica.

Diante das dificuldades encontradas em virtude do isolamento social, o do perfil de discentes envolvidos (indígenas e quilombolas) foi necessário realizar capacitações para o docente e treinamento dos discentes para manuseio de tecnologias digitais, assim como dos colaboradores e demais envolvidos⁽¹⁸⁾. As limitações pontuais foram: dificuldade de acesso à internet, déficit de letramento digital dos discentes e isolamento social do público-alvo do projeto PESPOT, a dizer povos indígenas e comunidades quilombolas. Destaca-se que como o objetivo era realizar treinamento de discentes para fins de alcançar competências e habilidades, notou-se que as salas virtuais e webinars tinham potencialidades para interação entre pares e disseminação de informações das políticas específicas para grupos em situação de vulnerabilidade, reflexo do contexto vivenciado⁽¹⁹⁾.

Outro ponto pertinente, foi compreender o papel do discente que estava dentro do seu território, organizando e enfrentando com seus pares a pandemia. Logo, a participação dos discentes nas atividades relacionadas a divulgação das políticas de saúde, enfrentamento da pandemia e construção de tecnologias no formato digital foi fundamental para dar continuidade ao processo de formação em saúde e enfrentamento da COVID-19 nos territórios^(18,7).

O processo de adaptação foi promovido inicialmente pelo coordenador do projeto e implementado pelos colaboradores envolvidos, considerando a condição sanitária, o entendimento que o letramento digital é fundamental no percurso da formação no ensino superior e na necessidade de continuidade das ações de educação em saúde pré-estabelecidas. É fundamental destacar que a integração com a Associação Brasileira de Enfermagem, seção Pará, foi oportuno para divulgar as ações em nível nacional, oportunizando interações para além da UFPA e oportunizando debates sobre populações em situação de vulnerabilidade social⁽²⁰⁾.

A adaptação consistiu em adoção de novas tecnologias para mediar o ensino e a educação em saúde; reconsiderar a interação com o público-alvo a partir de uma realidade de modalidade remota. Com as novas possibilidades foi possível identificar que as práticas realizadas podem ser implementadas em treinamentos das equipes de saúde, para letramento digital e acadêmico e principalmente para divulgação científica^(18,7).

Nota-se que o impacto pode ser percebido a curto e médio prazo na formação em Enfermagem, sobretudo quanto o uso de recursos digitais para mediar treinamento, sensibilizar para os instrumentos digitais do SUS e a longo prazo em uma formação equânime, com interação entre pares e para atuação profissional, haja vista que, entende-se que houve um processo de sensibilização pela trocas realizadas nos espaços midiáticos, subsidiando novas posturas, tomadas de decisão e possibilidades de mudança de vida dos envolvidos para enfrentamento do racismo, sofrimento mental e indicadores de saúde^(18,7).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas ações afirmativas trazem inúmeros benefícios, pois sua dimensão é ampla observada desde a promoção para mudança de perfil socioeconômico dos discentes, como da formação equânime pela interação dos discentes cotistas, discentes não-cotistas, docentes, gestão acadêmica e dos usuários do serviço público de saúde pela receptibilidade dos futuros profissionais formados em um cenário plural e diverso.

A partir dos processos verificou-se a necessidade de implementações para o acompanhamento dos discentes no percurso da graduação, assim como da inclusão destes na pós-graduação, a fim de ampliar o protagonismo na pesquisa e possibilitar discussão sobre peculiaridades das populações em situação de vulnerabilidade social. Quanto o papel da universidade conclui-se que tem o papel social de acompanhar os vulneráveis o que foi identificado no percurso da adaptação

AGRADECIMENTOS

A Pró-reitora de Extensão Universitária da Universidade Federal do Pará e Associação Brasileira de Enfermagem Seção Pará.

REFERÊNCIAS

1. Acosta, A. O Bem Viver: Uma Oportunidade para Imaginar Outros Mundos. São Paulo: Autonomia Literária, Elefante, 2016.
2. Freitas, et al. As Políticas de Ação Afirmativa nas Universidades Federais e Estaduais (2013-2019). Levantamento das políticas de ação afirmativa (GEMAA), IESP-UERJ, 2021, p. 1-33.
3. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.
4. Brasil. Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 ago. 2012. Seção 1, p. 1-2.
5. Santo BS. Introdução: para ampliar o cânone do reconhecimento, da diferença e da igualdade. In: Santos, Boaventura S. Reconhecer para libertar: os caminhos para o cosmopolitanismo multicultural. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. pág 56
6. Deus, ZAD. Caminhos Trilhados na Luta Antirracista. 1ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.
7. Araújo JS et al. Public policy for social inclusion in higher education and extension practices with ethnic groups. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2022, v. 75, (Suppl 2): e20210970. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0970>
8. Bergamaschi MA, Doebber MB, Brito PO. Estudantes indígenas em universidades brasileiras: um estudo das políticas de acesso e permanência. Rev Bras Estud Pedagog.2018;99(251):37-53. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742013000100015>
9. Chauí M. Escritos sobre a universidade. São Paulo: Editora Unesp; 2001
10. Rodrigues et al. Ações afirmativas e formação de professores: diálogos e perspectivas a partir do NEAB/UFSCar. Roteiro. 2019; 44 (2):1-24. <https://doi.org/10.18593/r.v44i2.17417>
11. Lima, ACDS. A Educação Superior de Indígenas no Brasil Contemporâneo: Reflexões sobre Ações do Projeto Trilhas do Conhecimento. Revista História, v.1, n.2, p.169-193 [Internet]. 2012 [cited 2021 Set 13] Disponível em: <https://rhhj.anpuh.org/RHHJ/article/view/46>
12. Krenak, A. Reflexão sobre a saúde indígena e os desafios atuais em diálogo com a tese “Tem que ser do nosso jeito”: participação e protagonismo do movimento indígena na construção da política de saúde no Brasil. Saúde e Sociedade [online]. 2020; 29(3). Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200711>.
13. Nascimento VF, Hattori TY, Terças-Trettel ACP. Desafios na formação de enfermeiros indígenas em Mato Grosso, Brasil. Ciên Saúde Col. 2020; 25(1):47-56. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28952019>
14. Nações Unidas no Brasil [Internet]. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável; 2022 [cited 5 nov 22]. Available from:<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>
15. Assessoria de desenvolvimento de inclusão social(ADIS), Universidade Federal do Pará[Internet]. Sobre a ADIS; c2019 [cited 5 Ago 22]. Available from: <https://adis.ufpa.br/index.php/en/editoria-a>
16. Lobato SC. A Assistência Estudantil da UFPA: reflexão da condicionalidade no Programa permanência. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal do Pará, Pará, 2011
17. Braga GS, Cardoso DM. Políticas públicas de ações afirmativas: desafios enfrentados por indígenas discentes na graduação da Universidade Federal do Pará. Rev Educ Pol Deb. 2022; 11(1), 362–382. <https://doi.org/10.14393/REPOD-v11n1a2022-64005>
18. Castro NJC et al . Development of digital communication and information technologies in the training of indigenous and quilombola nurses. Rev Enferm UFPI. 2021; 10(1). <https://doi.org/10.26694/reufpi.v10i1.972>
19. Teixeira E et al. Technologies in pandemic times: acceleration in the processes of production and publication. Rev Enferm UFPI. 2021; 10(1). <https://doi.org/10.26694/reufpi.v10i1.802>
20. Castro NJC et al. Ações político-sociais frente à COVID-19: colaboração e produção de produtos tecnológicos. Amazonia Investiga. 2022; 11(55), 19-28. <https://doi.org/10.34069/AI/2022.55.07.2>



<https://doi.org/10.51234/aben.23.e21.c08>

BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE E DESAFIOS COM POPULAÇÃO DE INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA E TRANSPLANTADOS DE ÓRGÃOS

BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE E DESAFIOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA PESSOAS IDOSAS

Meiry Fernanda Pinto Okuno¹ ORCID: 0000-0003-4200-1186

Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem. Departamento de Saúde Coletiva. São Paulo, São Paulo, Brasil.
mf.pinto@unifesp.br

INTRODUÇÃO

A Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 502, de 27 de maio de 2021 defini Instituição de Longa Permanência para Pessoas Idosa (ILPI) como sendo *“instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania”*.⁽¹⁾

Para que se possa compreender melhor a definição de ILPI nos dias atuais é necessário lembrarmos de alguns fatos históricos. As primeiras instituições filantrópicas destinadas a abrigar pessoas idosas surgiram no Império Bizantino, no século V da era Cristã. No ocidente, o primeiro asilo foi fundado pelo Papa Pelágio II (520-590), que transformou a sua casa em um hospital para pessoas idosas. No Brasil colonial, em 1794 no Rio de Janeiro, construiu-se a Casa dos Inválidos, não como ação de caridade, mas como oferta de dignidade aos soldados idosos. No século XX, passam a ser denominados “asilos” e os idosos em estado de vulnerabilidade eram mantidos em sua grande maioria por instituições religiosas.⁽²⁾

Mesmo com tantos avanços, ainda hoje no Brasil, a institucionalização remete a pobreza, abandono, sofrimento e maus tratos. Apenas nas últimas décadas, as ILPIs passaram a ser espaços reconhecidos de acolhimento e atenção à população idosa.⁽²⁾

O *World Population Prospects 2022*, levantamento anual feito pela Organização das Nações Unidas (ONU), estima que, apesar de a população mundial ter levado 12 anos para crescer de 7 bilhões para 8 bilhões de pessoas, em 2030, o globo atingirá a marca de 8,5 bilhões de habitantes. Em 2080, esse número pode chegar a 10,4 bilhões.⁽³⁾

Durante esse período, o número de pessoas com mais de 65 anos deve ter um aumento acentuado. “Deverá aumentar de 10% em 2022 para 16% em 2050. Espera-se que o número de pessoas com 65 anos ou mais em todo o mundo seja mais do que o dobro do número de crianças com menos de cinco anos, e aproximadamente o mesmo que o número de crianças com menos de 12 anos”.⁽³⁾

Envelhecer envolve mudança e aquisição de conhecimentos e experiências que requerem adaptação e desenvolvimento a nível pessoal e social. Nesse processo que muitas vezes está associado a doenças crônicas, ocorrem alterações que pioram o estado de saúde e a aptidão física, causando deterioração de funções

orgânicas como a funcionalidade física, psicológica e social. O envelhecimento não é determinado apenas por fatores biológicos, mas também por fatores psicológicos, sociais e ecológicos. O envelhecimento saudável dependerá da capacidade de adaptação de cada pessoa às mudanças que ocorrem, uma vez que esta adaptação é um fator de proteção face ao declínio físico, mental e emocional.⁽⁴⁾

Em situações em que a pessoa idosa encontra-se com a capacidade funcional prejudica faz-se necessário a presença de um cuidador. No Brasil frequentemente o cuidador é familiar o que nos dias atuais torna-se um desafio o cuidado à pessoa idosa, uma vez que impõe à família o dilema de conciliar e reordenar as demandas do cotidiano do cuidado e as tarefas domésticas, sociais e profissionais.⁽⁵⁾

A Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa diz em seu artigo 3º que *“é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar à pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”* e seu parágrafo 1º e inciso V que *“a garantia de prioridade compreende: priorização do atendimento da pessoa idosa por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência”*.⁽⁶⁾

A família vem sofrendo transformações significativas em sua estruturação e nas relações internas entre os membros. Essas transformações estão ligadas à fecundidade, à relação entre os sexos e entre às gerações, à educação, à socialização dos filhos, ao aumento da expectativa de vida, à organização do trabalho e da vida produtiva, à crescente urbanização e industrialização, ao avanço tecnológico, ao aumento da presença das mulheres no mercado de trabalho, entre as principais, tem impactado com densidade as famílias, levando-as a se “adaptarem” a tais mudanças. São mudanças socioculturais e trabalhistas, portanto, que incidem na relação entre gêneros e os sexos, nas relações intergeracionais e que implicam modificações nas relações de poder no seio familiar e nos papéis e funções entre os membros.⁽⁷⁾

Com as transformações que a família vem sofrendo, muitas vezes, não é possível ter um membro da família para exercer a função de cuidador familiar da pessoa idosa com comprometimento da capacidade funcional seja ela física ou cognitiva; e a institucionalização passa a ser uma alternativa.

CORPO DO CAPÍTULO

O Manual Qualidade do Cuidado em ILPI traz os princípios gerais da qualidade: foco no idoso, liderança, engajamento de pessoas, abordagem de processos, melhoria contínua, tomada de decisão baseada em evidência e gestão de relacionamento.⁽⁸⁾

A Resolução RDC nº 502, de 27 de maio de 2021 diz que compete às ILPIs a realização continuada de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento da instituição por meio dos seguintes indicadores: taxa de mortalidade, taxa de incidência de doença diarreica aguda, taxa de incidência de escabiose, taxa de incidência de desidratação, taxa de prevalência de lesão por pressão e taxa de prevalência de desnutrição.⁽¹⁾

De acordo com a RDC nº 502 a ILPI deve elaborar, a cada 2 (dois) anos, um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, em articulação com o gestor local de saúde. O Plano de Atenção à Saúde deve contar com as seguintes características: ser compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade; indicar os recursos de saúde disponíveis para cada residente, em todos os níveis de atenção, sejam eles públicos ou privados, bem como referências, caso se faça necessário; prever a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção; e conter informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes.⁽¹⁾

A ILPI deve avaliar anualmente a implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização. Deve comprovar, quando solicitada, a vacinação obrigatória dos residentes conforme estipulado pelo Plano Nacional de Imunização de Ministério da Saúde. Cabe ao Responsável Técnico - RT da ILPI a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos idosos, respeitados os

regulamentos de vigilância sanitária quanto à guarda e administração, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica. A ILPI deve dispor de rotinas e procedimentos escritos, referente ao cuidado com o idoso e em caso de intercorrência médica, cabe ao RT providenciar o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência previsto no plano de atenção e comunicar a sua família ou representante legal.⁽¹⁾

Nos casos de encaminhamento das pessoas idosas para outros serviços de saúde, a ILPI deve dispor de um serviço de remoção destinado a transportar o idoso, segundo o estabelecido no Plano de Atenção à Saúde. A equipe de saúde responsável pelos residentes deverá notificar à vigilância epidemiológica a suspeita de doença de notificação compulsória. A ILPI deverá notificar imediatamente à autoridade sanitária local, a ocorrência de queda com lesão e tentativa de suicídio.⁽¹⁾

A ILPI deve garantir aos idosos a alimentação, respeitando os aspectos culturais locais, oferecendo, no mínimo, seis refeições diárias. A manipulação, preparação, fracionamento, armazenamento e distribuição dos alimentos devem seguir o estabelecido na Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004, que dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação. A ILPI deve manter disponíveis normas e rotinas técnicas quanto aos seguintes procedimentos: limpeza e descontaminação dos alimentos, armazenagem de alimentos, preparo dos alimentos com enfoque nas boas práticas de manipulação, boas práticas para prevenção e controle de vetores; e acondicionamento dos resíduos.⁽¹⁾

A ILPI deve manter disponíveis as rotinas técnicas do processamento de roupas de uso pessoal e coletivo, que contemple: lavar, secar, passar e reparar as roupas; e guarda e troca de roupas de uso coletivo. Deve possibilitar aos idosos independentes efetuarem todo o processamento de roupas de uso pessoal. As roupas de uso pessoal devem ser identificadas, visando a manutenção da individualidade e humanização. Os produtos utilizados no processamento de roupa devem ser registrados ou notificados na Anvisa.⁽¹⁾

A ILPI deve manter os ambientes limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade. A ILPI deve manter disponíveis as rotinas quanto à limpeza e higienização de artigos e ambientes. Os produtos utilizados no processamento de roupa devem ser registrados ou notificados na Anvisa. A Instituição poderá terceirizar os serviços de alimentação, limpeza e lavanderia, sendo obrigatória a apresentação do contrato e da cópia do alvará sanitário da empresa terceirizada. A ILPI que terceirizar estes serviços está dispensada de manter quadro de pessoal próprio e área física específica para os respectivos serviços.⁽¹⁾

A pandemia da Covid-19 tornou visível uma população que vive nas ILPI e trouxe à tona a necessidade de uma reflexão sobre as suas condições de funcionamento, suas práticas de atendimento e formas de financiamento, independentemente de sua condição jurídica. A Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI preocupa com a qualidade do cuidado à pessoa idosa institucionalizada e visando apoiar pessoas que ali trabalham, a rede sociofamiliar dos residentes elaborou no ano de 2020 o e-book sobre Boas práticas para as Instituições de Longa Permanência para Idosos no enfrentamento da pandemia de Covid-19: estratégias e protocolos.⁽⁹⁾

Em relação as boas práticas da equipe em ILPI merece destaque o aspecto gerencial e financeiro. No contexto da pandemia da Covid-19, as políticas gerenciais administrativas deveriam incluir, nas ILPIs: a oferta de educação e treinamento para o pessoal e para os residentes, para monitorar a aderência às precauções padrão, juntamente com os mecanismos de melhoria, conforme necessário; a provisão de colocação adequada dos residentes com o distanciamento recomendado, nos diversos espaços da instituição; o investimento no treinamento intensivo da equipe para o uso de EPI e precauções de controle de infecção, considerado uma prioridade absoluta; e a organização, em caráter de urgência, dos arquivos com identificação das pessoas idosas, principais comorbidades, medicação que utilizam, contatos familiares ou institucionais. Isso facilita o processo de trabalho, caso seja necessária a transferência do residente para uma unidade de saúde ou hospitalar ou de urgência e que a pessoa idosa seja transferida com o maior número de informações relevantes possível.⁽⁹⁾

No Brasil, a equipe das ILPIs inclui muitas pessoas sem formação na área da saúde, assim, recomenda-se que um profissional da saúde, no caso sugere-se um enfermeiro, deve participar desse processo de treinamento da equipe para o manejo das doenças infecciosas e a covid-19. Neste eixo recomenda-se abordar sobre:

o que é o novo coronavírus; infecção por vírus (conceito e história), epidemiologia da doença; a doença da covid-19 (fisiopatologia, meios de transmissão, manifestações clínicas, complicações, testes a serem feitos); a importância do isolamento social e as referências de contato; as medidas de prevenção baseadas na higiene das mãos, na desinfecção do ambiente, no distanciamento social da pessoa idosa e da própria equipe, o uso de equipamento de proteção individual (EPI), com o cuidado individual dos residentes e o seu próprio autocuidado.⁽⁹⁾

Em relação ao cuidado direto ao residente é importante o estabelecimento e a adesão rigorosa aos protocolos de cuidado, especialmente no cuidado direto ao paciente, desde o banho no leito, os cuidados com a pele até troca de roupas pessoais, de cama e de banho. Manter os cuidados para prevenir infecções no momento de administrar medicação, na troca de soros, na realização de curativos diversos, seguindo rigorosamente as técnicas não invasivas e as invasivas. Para o uso de nebulizadores ou no cuidado com traqueostomias, tanto na troca quanto na aspiração, deve-se usar os EPI recomendados. A limpeza e a desinfecção devem ser rigorosas nos equipamentos utilizados para medida dos sinais vitais, tais como termômetro, estetoscópio, manguitos de controle de pressão arterial, oxímetros (saturímetros), antes e após cada uso em cada residente.⁽⁹⁾

Para favorecer o controle do cuidado direto aos residentes, sugere-se o estabelecimento de escalas para cuidado direto e individualizado de cada membro da equipe/residente; a manutenção da relação diária entre equipe e número de pessoas cuidadas e de um controle de entrada e saída do quarto, se for o caso; o uso de EPI debatido e treinado com todos na ILPI, inclusive o uso de máscaras pelos residentes, sendo necessário garantir a comunicação com eles durante esse processo. Vários protocolos devem ser estabelecidos, conforme a população de residentes em cada ILPI, sabendo que eles podem ser modificados, a depender da condição clínica e epidemiológica dos residentes. Assegurar a avaliação clínica, a medida dos sinais vitais e o registro diário da pesquisa de sintomas dos residentes como: tosse, dor de garganta, febre, e encaminhamentos necessários na própria ILPI (isolamento de quarto), avaliação pelo médico que atende a ILPI (se houver) ou encaminhamento a uma instituição de serviço de saúde para avaliação.⁽⁹⁾

As ILPIs devem se apropriar das medidas de segurança recomendadas na Norma Regulamentadora NR 32 diante da pandemia da Covid-19. Essas medidas devem ser seguidas pela equipe de cuidados, de serviços gerais e pelos gestores, uma vez que todos podem estar expostos ao vírus. Assegurar a avaliação clínica, a medida dos sinais vitais e o registro diário da pesquisa de sintomas dos residentes como: tosse, dor de garganta, febre, e encaminhamentos necessários na própria ILPI (isolamento de quarto), avaliação pelo médico que atende a ILPI (se houver) ou encaminhamento a uma instituição de serviço de saúde para avaliação. Os gestores das ILPIs devem rever o esquema de vacinação dos residentes e de sua equipe de trabalho. Caso haja pessoas não vacinadas, recomenda-se recorrer aos serviços de saúde para atualização do esquema de vacinação.⁽⁹⁾

O Ministério da Saúde também estabeleceu protocolos que deverão ser seguidos nas ILPIs, especialmente quanto a: usar EPI e as Precauções Padrão de proteção pessoal, como a higienização rigorosa das mãos e a etiqueta da tosse; evitar levar mãos na boca, nariz e rosto e olhos e máscara; orientar quanto a colocação e retirada das máscaras e armazenamento; usar avental e gorro, sapatos próprios; estar atento aos cuidados básicos com a administração de medicamentos que porventura possuam objetos cortantes, assim como os de curativos, soros, dentre outros.⁽⁹⁾

CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Alguns desafios com população de ILPI podem ser apontados como:

- De acordo com a RDC 502/2021, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as ILPIs públicas, privadas ou sem fins lucrativos são reconhecidas como instituições de assistência social. No entanto sabe-se as ILPIs fornecem cuidados de longo prazo à população idosa, portanto é necessário que

- sejam consideradas sócio sanitárias, isto é, de saúde e de assistência social, com piso de financiamento adequado e fluxo bem definido para acesso aos recursos de custeio e capital.
- Outra questão é a criação de políticas da saúde e da assistência social para abordar as questões relacionadas ao cuidado e atuação de modo georreferenciado pelas Unidades Básicas de Saúde e de Assistência Social.

AGRADECIMENTOS

À Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn Nacional e à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

REFERÊNCIAS

1. Resolução RDC Nº 502, de 27 de maio de 2021 [citado 2022 dez 16]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0502_27_05_2021.pdf
2. Fagundes KVDL, Esteves MR, Ribeiro JHM, Siepinski CT, Silva JV, Mendes MA. Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas. *Rev Salud Pública*. 2017;19(2):210-214.
3. United Nations. *World Population Prospects 2022* [citado 2022 dez 16]. Department of Economic and Social Affairs, 2022. Disponível em: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf
4. Tornero-Quiñones I, Sáez-Padilla J, Espina Díaz A, Abad Robles MT, Sierra Robles Á. Functional Ability, Frailty and Risk of Falls in the Elderly: Relations with Autonomy in Daily Living. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(3):1006.
5. Sousa GS, Silva RM, Reinaldo AMS, Soares SM, Gutierrez DM, Figueiredo MLF. A gente não é de ferro": Vivências de cuidadores familiares sobre o cuidado com idosos dependentes no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(1):27-36.
6. Brasil. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003 [citado 2022 dez 16]. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm
7. Souza FK, Storino C, Melo AKL. Olhares interdisciplinares sobre famílias no contemporâneo. *Revista Humanidades e Inovação*. 2021;8(57):429-442.
8. Villas Boas PJF, Abdalla C, Carvalho AS, Giacomini KC. Manual: qualidade do cuidado em instituição de longa permanência para idoso, 2021. Belo Horizonte (MG): ILPI. Disponível em: <http://www.frentenacionalilpi.com.br>
9. Rodrigues RAP. Boas práticas para as Instituições de Longa Permanência para Idosos no enfrentamento da pandemia de Covid-19 [recurso eletrônico]: estratégias e protocolos. Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos, 2020. Brasília: FN-ILPI.



BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE E DESAFIOS COM A POPULAÇÃO LGBTQIA+

João Grandi ORCID: 0000-0002-6522-7754
Unifesp

O recorte populacional que mais em sofrido de violência, estigma e preconceito foi também o segmento social que mais tem se beneficiado de políticas públicas nas últimas décadas no Brasil. O movimento nascido da repressão policial em Stonewall, na cidade de Nova York na década dos anos de 1960, quando então, dá-se início a construção da identidade social de grupo.

Inicialmente, conhecido apenas pelas siglas GLS (Gays, Lésbicas e Simpatizantes), mas que agregavam todas as demais formas de sexualidade, o movimento foi ganhando força e novas reivindicações surgiam com o passar dos tempos. Nesse contexto, e com o despertar de novas formas de expressão do corpo e da sexualidade, além de gays e lésbicas, foram incorporados os bissexuais, travestis e transexuais, formando assim a sigla que os identifica com a forma mais ampla da diversidade sexual – LGBTQIA+.

Apesar de identificar e agregar a comunidade homossexual há várias décadas, a sigla só foi incorporada no Brasil, em 2008, passando a ser reconhecida e utilizada em documentos oficiais, quando da realização da Conferência Nacional de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, que teve como finalidade discutir direitos humanos e políticas públicas para esta população.

No Brasil, não há estimativas do quantitativo de pessoas LGBTQIA+, o que dificulta sobremaneira a adoção de políticas públicas e de enfrentamento das desigualdades sociais, culturais e econômicas deste grupo populacional nos diferentes cenários regionais do território continental do país. Um recente avanço para começar a reconhecer a população LGBTQIA+ foi a inclusão da pesquisa sobre união estável homoafetiva, na contagem populacional realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir de 2007, e que se manteve no censo de 2022, fato que se repete na Pesquisa Nacional de Saúde, a partir de 2019.

Nas últimas décadas, foram realizados vários estudos sobre a população LGBTQIA+, tanto nas questões sociais quanto de saúde desta população, o que ainda é insipiente dada a magnitude da invisibilidade e da violação dos direitos humanos a que foram submetidos, em quase todas as sociedades por várias décadas.

Contudo, o advento da infecção pelo HIV/Aids nos anos da década de 1980, foi o divisor de águas para o fortalecimento dos movimentos GLS na conquista de políticas públicas. As reivindicações deste movimento fizeram com que o Ministério da Saúde, criasse no Sistema Único de Saúde (SUS), um dos mais importantes e complexos programas de prevenção e combate à doença do mundo, de acesso universal e gratuito. Boa parte deste programa deve-se a luta de uma minoria de homens gays que lutavam pelo direito à saúde integral. Luta que mais tarde viria a ser encapada, também por travestis e transexuais, já que a aids teve surgimento tardio neste recorte populacional, apenas cinco casos nos 250 primeiros casos notificados.

Transexuais e travestis ganharam o direito a transexualização em 2008, no âmbito do SUS, podendo exercer livre e gratuitamente nos serviços de saúde o processo integral de reafirmação de gênero, pelo uso de hormônios ou pela cirurgia de resignação sexual. (Portarias MS de No, 457\2008 e 2.803\2013).

Entre as políticas pública e as boas práticas de saúde, para a comunidade LGBTQIA+, podemos citar ainda a assistência as infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e a infecção pelo HIV/Aids. Em reunião realizada

em outubro de 2022, solicitada ao governo brasileiro, que contou com a participação, entre outros, da Rede nacional de Mulheres, travestis, Transexuais e Homens Trans Vivendo e Convivendo com HIV\Aids, que teve como pauta a alteração da nomenclatura das siglas de Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV), para Pessoas vivendo com HIV\Aids (PVHA), e a alteração de doenças Avançadas pelo HIV\Aids para Cuidado das Pessoas com Aids Avançada, as quais foram aceitas e acatadas pelo Ministério da Saúde, sem alterações das reinvidicações (Of. No. 1808\22\CGAHIV\DCCI\SVS\MS).

Embora, a Infecção por HIV e Aids estejam presentes em todas os segmentos da população, no Brasil, alguns grupos respondem pela maioria dos casos novos da infecção, como homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas transgêneros e profissionais do sexo. Para esses e outros grupos com exposição sexual de risco, o Ministério da Saúde disponibiliza a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), com a distribuição gratuita de antirretrovirais orais para reduzir as chances de transmissão do HIV. A PrEP ainda de maneira geral atende especificamente a comunidade LGBTQIA+, já a PEP vem sendo amplamente utilizada por todos e cresce a demanda por homens e mulheres com práticas heterossexuais que tiveram exposição de risco sexual. Mais recentemente, o Ministério da Saúde ampliou a PrEP para jovens e adolescentes em situações de risco ou de maior vulnerabilidade.

As boas práticas de saúde e as políticas públicas, não param na prevenção, elas se estendem nos serviços especializados de IST, com a formação de parcerias entre médicos e enfermeiros que atendem e prescrevem de maneira conjunta para atender de maneira global a população, especialmente o segmento LGBTQIA+. A parceria de médicos e enfermeiros no enfrentamento das IST se faz de maneira a agregar esforços e não na substituição de profissionais. Incluindo maior tempo de atendimento.

Na parceria, para agregar esforços temos a prescrição tanto de médicos e enfermeiros da Abordagem Síndromica para tratar a infecção por gonococo ou chlamidia e o diagnóstico e tratamento da sífilis, no momento em que o indivíduo chega ao serviço, não havendo médico cabe ao enfermeiro fazer a prescrição e o tratamento do indivíduo com alternativa de ser esta a única oportunidade do indivíduo estar no serviço de saúde e poder ser tratada adequadamente.

Como contraponto das boas práticas, temos a questão da violência contra a população LGBTQIA+, tanto em relação a violência física, quanto a psicológica. Criar ambientes de acolhimento as pessoas vítimas de violência doméstica independentemente da identidade de gênero, é essencial para se reduzir as taxas de criminalidade e de abusos sexuais a esta população. Faz-se necessário a ampliação dos protocolos de Atendimento as Vítimas de Violência em todos os serviços de saúde.

Concluindo nas últimas décadas muitos avanços e esforços foram alcançados junto a população LGBTQIA+, contudo, ainda há muito a ser conquistado. O uso de nome social em documentos e fichas de atendimento nos serviços públicos é outro fator importante de boas práticas para inclusão da população de transgêneros na assistência à saúde, mas não resolve por si só, ainda temos muitos desafios para acabar com o estigma e o preconceito dos próprios profissionais de saúde que atendem este segmento populacional. A criação de serviços específicos para trans, embora tenham suas especificidades, não garantem acesso universal a todos. Cabe, nesse sentido a inclusão de todos os grupos nos serviços especializados de IST\Aids em que o atendimento seja realizado sem julgamentos de valores, étnicos religiosos, culturais, sociais e econômicos e que a abordagem seja integral para atender o indivíduo em sua diversidade.

REFERÊNCIAS

1. Conferência nacional de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/LGBT/texto_base_1_lgbt.pdf, (2007).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS No. 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). DOU de 21\11\2013 (no. 226, seção 1, pág 25). Brasília, 2013. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV. Brasília, DF, 2022. 49p.:Il
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilâncias em Saúde. Ofício No. 1808\2022\CGAHV\DCCI\SVS\MS, Substituição do termo "Doenças Avançada e PVHIV". Brasília, DF, 2022. http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id-orgao-externo=0.



BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE E DESAFIOS COM A POPULAÇÃO LGBTQIA+

COMO UMA ORGANIZAÇÃO NÃO-GOVERNAMENTAL PODE CONTRIBUIR PARA AS BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE COM A POPULAÇÃO LGBTI+?

Manoela Coimbra de Medeiros ORCID: 0000-0003-4263-3538

Para iniciarmos a reflexão acerca do trabalho com a população LGBTI+, cabe termos a dimensão do contexto sócio-histórico envolvido na trajetória da pauta nas últimas décadas, os ganhos de direitos e inserções do debate sobre o tema em diversas áreas. O movimento social de luta por direitos da população LGBTI+, possui como significativo marco organizativo a Revolta de Stonewall. O episódio, que dá início a movimentações em vários países do mundo, ocorreu nos Estados Unidos em 1969, e desencadeou a organização das Paradas do Orgulho Gay (nomenclatura utilizada na época), e o surgimento de grupos organizados que se articularam de forma mais intensa e estratégica, buscando reivindicações de direitos sociais para a comunidade. No Brasil, o final de década de 1970 marca a fundação do “movimento homossexual brasileiro”, que desde então vem ampliando sua atuação, conquistas e visibilidade.

A Constituição Federal de 1988 inclui a saúde como um direito social assegurado pelo Estado, e a partir disso temos a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que é regulamentado pela Lei nº. 8080 em 1990. O SUS, em seus princípios básicos que orientam não só a dinâmica do sistema como um todo, mas também todas e todos os profissionais que nele atuam, afirma que seu acesso deve ser (i) universal, ou seja, a saúde é um direito, e todas as pessoas, independente de suas características, devem ter acesso garantido aos serviços; também que deve ser pautado pela (ii) equidade enquanto um compromisso social, diminuindo as desigualdades, tendo em mente que todas as pessoas possuem suas especificidades e que o atendimento deve ser direcionado para atender às distintas necessidades trazidas, investindo onde se identifica maior desigualdade; e por fim, é um princípio do SUS a (iii) integralidade, isto é, os serviços devem ter diferentes linhas de atuação, entendendo que as pessoas devem ser vistas em um todo, vinculando a área da saúde com outras políticas públicas, assegurando a qualidade de vida da população.

Na lei que regulamenta o SUS também são citados determinantes e condicionantes, trazendo uma perspectiva mais complexa do que é saúde e ligando a diversas questões sociais, tais como a moradia, o trabalho, a renda, a alimentação, dentre outros. Ou seja, não podemos desconectar as possibilidades de bem-estar e saúde, sem nos atentarmos em como essas vidas são experienciadas e qual local social é ocupado. Entendendo essa demanda, na 13ª Conferência Nacional de Saúde, em 2007, foram incluídas a orientação sexual e a identidade de gênero na análise dos determinantes sociais de saúde. Para construirmos boas práticas é necessário considerarmos a vulnerabilização e marginalização na qual a população LGBTI+ muitas vezes se encontra em nossa sociedade.

Importante também destacar construções no âmbito da saúde no Brasil envolvendo a pauta LGBTI+. Ao passar dos anos, essas adaptações vem direcionando o trabalho de profissionais do SUS, possibilitando a ampliação do acesso desse público aos serviços de saúde já existentes e a construção de novas possibilidades de acesso, qualificando o que já existia, pautando uma atuação que se proponha a não ser cisheteronormativa e que promova o respeito à diversidade sexual e de gênero. Podemos, como exemplo, citar:

- A Portaria Nº 457, de 19 de agosto de 2008, que regulamenta o Processo Transexualizador no âmbito do SUS e que é atualizada pela Portaria Nº 2.803, de 19 de novembro de 2013;¹
- A Portaria nº 1.820/2009 do Ministério da Saúde que orienta sobre o direito e respeito à utilização do nome social;²
- A constituição da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, publicada pela Portaria GM/MS nº 2.837 de 1º de dezembro de 2011, que busca a eliminação do preconceito institucionalizado e reforçar a universalidade, integralidade e equanimidade do SUS, e o I Seminário de Saúde LGBT realizado em 2013;³
- A LGBTfobia é um agravo de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), importante instrumento da área da saúde que possibilita o levantamento de dados de violência com essa população;⁴
- Em 2019, por determinação do Supremo Tribunal Federal, a LGBTfobia é equiparada ao crime de racismo, até que seja produzida legislação específica.⁵

Pensando que a seguir falaremos sobre a atuação de uma instituição que é localizada em Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul, é pertinente trazer algumas construções estaduais:

- O nome social é um direito garantido também pelo decreto Estadual Nº 48.118 de 2011;
- Em 2013 é formalizado pela Portaria nº 592 o Comitê Técnico Estadual de Saúde LGBTI+ do Rio Grande do Sul;
- Em 2014 é instituída a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População LGBT no Rio Grande do Sul, pela Portaria SES/RS nº 343;
- É instituída em 2020 a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde pela Portaria SES/RS nº 512.

Como também traremos o relato sobre a experiência da construção de um serviço de Psicologia em uma Organização Não-Governamental, cabe destacar que, neste campo de atuação, os princípios fundamentais do código de ética profissional da área orientam que profissionais da psicologia devem promover a dignidade e igualdade, basear o exercício profissional nos valores da Declaração Universal dos Direitos Humanos, contribuir para a eliminação de discriminações, violências e opressões e atuar com responsabilidade social, dentre tantos outros direcionamentos à categoria⁶. O Conselho Federal de Psicologia no Brasil, a partir das Resoluções nº. 01/1999⁷, nº. 01/2018⁸ e 08/2022⁹, orienta diretamente como o trabalho com a população LGBTI+ deve ser conduzido, sendo explicitamente proibidas tentativas de conversão de orientações sexuais ou identidades de gênero ou o exercício de práticas discriminatórias ou preconceituosas. Partindo disso, o próprio conselho da classe propõe que a categoria seja um agente de mudança social e promotor dos direitos humanos.

Contextualizando a trajetória da pauta socialmente na área da saúde, entende-se que as conquistas ao longo dos anos se dão a partir do tensionamento do movimento social LGBTI+ e dos governos, desencadeando assim a construção de políticas públicas destinadas a essa população, para que de fato o SUS seja universal e equânime. Devemos sempre salientar que ainda é necessária a ampliação das estratégias e atuações para a promoção da equidade no acesso à saúde dessa. A participação popular sempre foi preconizada no SUS desde sua formação e o movimento organizado de luta LGBTI+ é protagonista nas ações e ganhos de inserção da pauta em diversas áreas, principalmente na construção de políticas públicas.

A SOMOS - Comunicação, Saúde e Sexualidade é uma organização não-governamental fundada em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no ano de 2001, e permanece com sede na capital gaúcha nos dias atuais.

A ONG realiza ações transdisciplinares em direitos humanos com ênfase em direitos sexuais e direitos reprodutivos, tendo como público-alvo pessoas LGBTI+ e vivendo com HIV/aids. Além disso, atua nas áreas de justiça e direitos humanos, educação, saúde, comunicação, cultura e *advocacy* e possui em seu histórico a execução de diversos projetos nas áreas de atuação, com financiamentos de instituições públicas e privadas nacionais e internacionais. Atualmente, conta com uma equipe de profissionais de diversas áreas, sendo em sua maioria pessoas voluntárias.

A chegada da pandemia de Covid-19 demandou uma reorganização social e também provocou instituições para que se reformulassem para suprir as demandas que emergiram. As populações que historicamente já passavam por um processo de vulnerabilização social sentiram os impactos da pandemia de maneira mais expressiva e passaram a sofrer uma nova marginalização social. Percebemos uma intensa precarização da vida e o quanto os ganhos conquistados por populações vulnerabilizadas são frágeis e devem constantemente ser protegidos e reivindicados.

Concomitantemente, revelou-se a fragilidade dos serviços públicos, sejam da saúde ou socioassistenciais, que antes mesmo da covid-19 já operavam com diversas limitações pelo escasso investimento público. Com esse cenário, a ONG Somos, passou a ofertar atendimento de base, direto ao público alvo com equipe multiprofissional incluindo as áreas do direito, serviço social e psicologia. Os atendimentos acontecem desde então nas modalidades presencial, na sede da instituição, com um formato de portas abertas, de segunda a quinta-feira no turno da tarde, e on-line por agendamento. As pessoas usuárias têm suas demandas escutadas, a partir disso são pensadas estratégias dentro da própria instituição e/ou direcionadas para outros serviços da rede pública que necessitem. Priorizasse uma escuta acolhedora e ativa, que para além da queixa inicial entenda aquela pessoa num todo, seu contexto e rede de apoio.

A equipe voluntária atual, neste mês de outubro de 2022, é composta por 16 profissionais e 4 estagiárias graduandas do curso de Psicologia. Ao longo dos últimos meses percebemos demandas de necessidades mais básicas, relacionadas a intensa insegurança alimentar que a população vem sofrendo. A partir disso, houve uma reorganização do trabalho e passamos a arrecadar alimentos, roupas e calçados para distribuição às usuárias. Outro viés que entendemos como possibilidade, foi a elaboração de projetos para editais que pudessem contemplar recursos para o Serviço de Atendimento garantindo a compra de cestas básicas e itens de higiene e limpeza que são distribuídos. Além disso, os editais propiciaram a oferta de cartões de passe livre assistencial, auxiliando na mobilidade urbana de nossas usuárias. Também passamos a ser uma instituição que encaminha o cartão de passe livre municipal para pessoas vivendo com HIV/AIDS, garantido por legislação. Cabe trazer alguns dados breves sobre o Serviço de Atendimento da ONG Somos: em levantamento realizado na primeira quinzena de outubro de 2022, desde o início do trabalho foram realizados 2070 atendimentos, sendo 619 no ano de 2021 e 1451 no ano de 2022. Nesse período foram abertos 453 prontuários, o que configura o mesmo número de pessoas que acessaram seja de maneira presencial ou on-line. A principal faixa etária atendida é a de 26 aos 35 anos, mas atendemos pessoas de 13 até 79 anos. Como principais demandas tivemos: (i) insegurança alimentar e renda, (ii) acesso a serviços da rede pública seja de justiça, saúde ou socioassistencial e (iii) saúde mental.

Com a ampliação da demanda de saúde mental da população LGBTI+, entendeu-se a necessidade da criação de um outro serviço, que funciona como uma extensão do serviço de atendimento. De maio a julho de 2021, organizou-se o serviço com chamamento de profissionais da Psicologia voluntárias e organização dos materiais pertinentes, e em julho de 2021 o ambulatório da ONG iniciou os atendimentos de psicoterapia, na modalidade breve focal, com a oferta de um contrato de 16 sessões de psicoterapia para as usuárias e usuários. Após entrevista de triagem, a pessoa é encaminhada para acompanhamento.

Estabelecido o serviço de atendimento, percebemos uma resposta muito clara da severa fragilidade emocional que a pandemia de Covid-19 propiciou, e que se atenuou com sucateamento dos serviços públicos e dificuldade de acesso aos serviços de saúde mental do SUS. Outro fator importante é a insegurança econômica atual, que rompe a possibilidade de as pessoas arcarem com o investimento em psicoterapia

privada. Desde o início do Ambulatório de Psicologia da SOMOS tivemos 12 pessoas já acompanhadas que tiveram seu processo psicoterapêutico finalizado e 15 pessoas em acompanhamento atual, totalizando 27 pessoas contempladas pelo serviço em 16 meses. Atualmente contamos com uma equipe de 8 profissionais de Psicologia voluntárias e estagiárias da graduação de Psicologia de diferentes instituições de ensino. A possibilidade de atuação como estágio foi pensada como estratégia de inserir a temática da população LGBTI+ e do HIV/AIDS na formação profissional de estudantes, que instigue uma postura crítica e ética com os temas, criando assim uma base cada vez maior de profissionais que entendam a linguagem, e as necessidades dessa população. Destacando assim a importância da educação permanente, pois há grande necessidade de que gestões e coordenações ofereçam espaços de formação continuada e reflexão para as profissionais da saúde, quebrando assim com o ciclo LGBTI+fóbico estrutural e institucionalizado. Considerando que os cursos de graduação acabam não sendo suficientes para instrumentalizar as futuras trabalhadoras sobre diversos assuntos, que ao longo do exercício profissional vão sendo demandados.

A construção do serviço parte da proposta de um outro fazer psi, que seja crítico, posicionado, acolhedor, atento às especificidades da população LGBTI+ e PVHA, validador das existências. Recorrentemente pessoas procuram a ONG com um discurso da identificação, usuárias que se sentem seguras em nosso espaço, que a partir disso, confiam nas e nos profissionais ali inseridos, reforçando um espaço acolhedor, de encontro entre pares, e de formação de rede. Por serem tratadas com respeito a identidade de gênero e sexual, respeito aos pronomes e nomes, com uma escuta que busca não ser cisheteronormativa e que é comprometida em não invalidar ou diminuir os sofrimentos causados pela LGBTIfobia ou sorofobia.

Outras iniciativas são construídas diariamente no espaço, tais como: o grupo de convivência on-line intitulado LGBTencontros+ que ocorreu de março à dezembro de 2021; o Grupo de Saúde Mental para pessoas LGBTI+, iniciado em março de 2022 no formato presencial e o Grupo ConvHIVendo, iniciado em maio de 2022 também presencialmente.

E então, podemos pensar “Como ofertar um bom acolhimento para pessoas LGBTI+?”, existem elementos básicos que podemos nos atentar para boas práticas em saúde com essa população:

- Cuidado com uma escuta cisheteronormativa - não pressupor que as pessoas sejam cisgênero ou heterossexuais ao iniciar um atendimento. Questionar identidade de gênero, pronomes, orientação sexual;
- Respeitar o nome social ou retificado;
- Não invalidar situações de preconceito e/ou discriminação trazidas;
- Não invalidar o sofrimento;
- Não tratar com moralismo e/ou dogmas pessoais;
- Conhecer a rede de serviços destinados à população LGBTI+ de sua região, sejam ongs, coletivos ou outros serviços públicos direcionados para essas pessoas;
- Complexificar o debate da temática LGBTI+, interseccionalizá-lo com outros temas tendo em mente que não existe uma existência LGBTI+ universal, muitas experiências são compartilhadas entre os pares, porém existem muitas especificidades individuais;
- Atentar a quem é a pessoa LGBTI+ que estou atendendo: questões de raça, gênero, renda, território de pertencimento e mobilidade urbana, escolaridade, profissão, desemprego ou condições de trabalho, geração, corporalidade, deficiência, dentre outras.

É necessário que independentemente do campo de atuação, enquanto profissionais da saúde estejamos comprometidas com um exercício crítico e pautado por uma ética profissional. Tendo em vista a responsabilidade do papel de profissional de saúde, nos lembrarmos que lidamos com vidas e que muitas vezes nossa postura está diretamente ligada ao êxito do nosso trabalho.

Na história do campo da saúde relacionado aos temas da população LGBTI+ e do HIV/AIDS é indiscutível o quanto o movimento social e a participação popular foram importantes para a construção de políticas mais

eficientes. Portanto, os serviços de saúde e suas profissionais devem ter as organizações e/ou outros grupos e coletivos como aliadas, pois essas atingem populações e espaços que os serviços não conseguem alcançar. A formação de parcerias e a prática da solidariedade é uma importante estratégia no trabalho com a população LGBTI+, oportunizando um atendimento de melhor qualidade para essas pessoas. A coletividade é uma via potente para a construção de uma mudança social e um campo da saúde que respeite as diversidades de ser e existir. O assunto não se encerra e o texto trazido tem como proposta instigar a(o) leitora que busque outras fontes e se aproprie e aproxime mais da temática.

Em vista do que foi elucidado acima é possível considerar que uma boa prática no trabalho no campo da saúde com a população LGBTI+ deve alicerçar-se nas premissas do SUS, estar comprometida com o estudo das demandas específicas dessas pessoas, atentar-se aos impactos que o estigma e discriminação sofridos pela comunidade interferem no acesso à saúde ou impactam na saúde individual dos sujeitos, seja ela a saúde física ou mental. É importantíssimo o trabalho em rede e conhecer instituições, grupos e coletivos que trabalham com a pauta, fortalecê-los e criar vínculos para encaminhamentos e discussões de caso.

Ampliar nossas possibilidades de atuação e fazer uso da criatividade de forma estratégica pode ser um caminho potente. Como pensarmos saúde sem refletirmos sobre moradia, alimentação, saneamento básico, trabalho e/ou condições de trabalho, rede de apoio afetiva (familiares, amigadas, instituições e outras pessoas de referência), mobilidade urbana, território de pertencimento, escolaridade? São elementos que poderão ser promotores de saúde ou não e a partir do conhecimento destes, podemos pensar oficinas, projetos, grupos, parcerias, campanhas, dentre outros. Possuindo em mente que muitas pessoas LGBTI+ acabando por ter diversos âmbitos da vida, dos citados acima, afetados pelo preconceito. Cabe também, valorizarmos as experiências e conhecimentos das usuárias que nos acessam, ter essas pessoas como parceiras, fortalecendo laços, muitas vezes conseguimos chegar em espaços e indivíduos que previamente enquanto serviço ou trabalhadora da saúde não conseguiríamos nos aproximar.

O compartilhamento de experiências é uma interessante maneira de qualificar o trabalho exercido. Conhecer outros projetos ou serviços faz com que consigamos visualizar de maneira mais concreta possibilidades de atuação. Que a experiência apresentada possa servir de subsídio para a construção de outras estratégias de trabalho com a população LGBTI+ e que uma postura ética e crítica possa ter sido fomentada na(o) leitora. Que tenha sido possível instigar a necessidade de nos posicionarmos no exercício profissional pela luta dos direitos humanos de pessoas LGBTI+, que estejamos comprometidas em ofertar um atendimento acolhedor e sensível, que de fato supra de forma qualificada às demandas que nos são trazidas. Por fim, cabem breves agradecimentos: de pronto às instituições que estão promovendo o presente e-book e todas as pessoas envolvidas em sua execução, considerando a importância de que materiais como este sejam elaborados e disponibilizados para profissionais da área da saúde. Também agradecer a possibilidade de exercer uma Psicologia de pessoas LGBTI+ para pessoas LGBTI+, assim agradecer a ONG Somos e todas as profissionais, ativistas e pessoas voluntárias que estiveram e que estão envolvidas com a instituição nestes mais de 20 anos de existência. E não menos importante, agradecer todas as pessoas LGBTI+ que compartilham suas existências e possibilitam a construção de uma outra experiência profissional, acreditando na criação de um campo saúde que seja compartilhado com todas as pessoas que fazem parte dele, sejam usuárias ou profissionais.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de Agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. 1 ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf>
5. BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação direta de inconstitucionalidade por omissão nº26/DF – Distrito Federal. Relator: Ministro Celso de Mello. Pesquisa de Jurisprudência, Acórdãos,13 de junho de 2019. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=414010>>
6. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. (2005). Código de Ética Profissional do Psicólogo. Recuperado de <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>.
7. Resolução CFP n. 1, de 22 de março de 1999. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da orientação sexual. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf
8. Resolução n. 1, de 19 de janeiro de 2018. Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia. Recuperado de <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-01-2018.pdf>
9. Resolução n. 8, de 17 de maio de 2022. Estabelece normas de atuação para profissionais da psicologia em relação às bissexualidades e demais orientações não monossexuais. Diário Oficial da União. <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Resolucao-CFP-008-2022-05-17.pdf>



BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PROTEÇÃO A MULHERES E CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

GRUPO VID@ EM AÇÃO: CUIDADO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA

Nadirlene Pereira Gomes ORCID: 0000-0002-6043-3997

Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia

Ações de prevenção e enfrentamento da violência doméstica são objeto de interesse e intervenção do Laboratório “Violência, Saúde e Qualidade de Vida”. Criado em 2004, o Grupo Vid@, como é conhecido, vincula-se à Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Centradas no cuidado, as ações primam pela promoção de reflexão acerca das diversas formas de expressão da violência, da importância da família na formação do indivíduo e impactos da desigualdade de gênero para a sociedade, como também do estímulo à prática do autocuidado, inclusive por meio de métodos pacíficos de resolução de conflitos (ESTRELA *et al.*, 2020).

Muitos estudos, inclusive realizados pelo Grupo Vid@, sinalizam o comprometimento da vivência de violência doméstica e conjugal para a saúde física e mental das mulheres e seus filhos, decorrentes da agressão física e à somatização do evento violento, como hematomas, baixa autoestima, tristeza, medo, depressão e ideação suicida. Para crianças e adolescentes, tais implicações trazem prejuízos para o rendimento escolar, bem como vulnerabilidade para o uso de álcool e outras drogas (CARNEIRO *et al.*, 2017; MAGALHÃES *et al.*, 2020).

Diante da magnitude e complexidade desse agravado, que acomete sobremaneira crianças, adolescentes e mulheres, estar confinada com o agressor, como consequência das medidas sanitárias estabelecidas governamentalmente para mitigar a disseminação da Covid-19 (AQUINO *et al.*, 2020), desvela-se como medida que precipita e intensifica o experienciamento de abusos intrafamiliares. Tão grave quanto os índices de violência, são os impactos da Covid-19 nos múltiplos aspectos: emocional, jurídico, policial, de saúde, socioeconômico, entre outros. Isso porque o contexto de distanciamento social e rápida disseminação da doença interfere no acesso das mulheres a familiares, amigos como também a profissionais das mais diversas áreas de atuação, não apenas pelo acometimento da doença, como pela necessidade imposta de adaptação ao contexto de distanciamento, comprometendo seriamente o suporte institucional necessário.

Nesta conjuntura, o Grupo Vid@ vem desenvolvendo tecnologias sociais, terminologia que consiste em metodologia passível de ser aplicada na comunidade e gerar transformação social (ESTRELA *et al.*, 2020). Algumas das tecnologias desenvolvidas foram adequadas para o contexto de distanciamento, como as atividades com escolares, e outras foram elaboradas para atender às demandas suscitadas pela pandemia.

Uma das tecnologias sociais implementadas no contexto de pandemia foi o Vid@ na Covid, projeto decorrente da preocupação com a saúde física, mental, psicológica, religiosa/espiritual e social das mulheres com história de violência conjugal que passaram a conviver com duas pandemias, a da violência e a da COVID 19. O referido projeto foi realizado com cerca de 300 mulheres assistidas pela Ronda Maria da Penha da Polícia Militar da Bahia, vinculadas à Vara de Violência e à comunidade do Coletivo de Mulheres do Calafate.

A partir de parceria prévia com a Ronda, foi possível acessar as mulheres assistidas por meio de contatos telefônicos. As ligações eram realizadas por telemonitoras voluntárias, recrutadas entre profissionais e estudantes das áreas de saúde, jurídico, social e da educação. Estas realizavam o curso para telemonitoras e, desejando atuar, eram acompanhadas por integrantes do LabVid@, responsável pelo acompanhamento das ligações.

Para o telemonitoramento, foi usado um guia estruturado com perguntas referentes a situações de sintomatologia para Covid, questões de doenças crônicas e medicações, qualidade do sono, outras queixas clínicas, demandas psicológicas, religiosas, espirituais e econômicas. Não havia questões diretamente sobre violência haja vista entendermos que as telemonitoras não necessariamente estariam preparadas para acolhimento e orientações específicas, além do fato de serem mulheres assistidas pela Ronda, o que significa dizer que já se encontravam afastadas de seus companheiros e sob proteção policial. Contudo, ainda assim, houve relatos de violência, que foram direcionados a uma das doutorandas do LabVid@, responsável pelo contato direto com a Ronda.

O protocolo consistiu em três ligações telefônicas, realizadas uma a cada semana, ou, em caso de sintomatologia gripal, com menor intervalo, de um ou dois dias. Após as ligações, as telemonitoras registravam os dados no prontuário. Diariamente os prontuários eram consultados pela equipe de encaminhamento, que era responsável pelo contato com as pessoas de referência para cada caso. Dentre as demandas, destacaram-se: sintomatologia da covid, questões ginecológicas e obstétricas, aspectos psicoemocionais e descumprimento da medida protetiva.

As ações foram bem avaliadas pelas telemonitoras: “As vivências obtidas, mesmo que de maneira remota, têm oportunizado compreender a realidade dessas mulheres e assim poder intervir com humanização e escuta qualificada”; “Precisamos ter essa sensibilidade de deixá-las falar um pouco. Eu estou amando essa experiência”; “Esse processo está sendo muito enriquecedor e gratificante. Sou apaixonada por educação em saúde e poder fazer isso durante a pandemia traz uma satisfação enorme”.

Outra tecnologia desenvolvida durante a pandemia remete ao Espaço Terapêutico Remoto, de apoio a questões decorrentes do impacto da COVID 19 para a ocorrência de estresse, ansiedade e sofrimento emocional das pessoas. Como se sabe, toda a problemática decorrente da pandemia comprometeu grandemente a saúde mental das pessoas, sendo notórias a necessidade de estratégias de cuidados para esse enfrentamento (SILVA, RODRIGUES, 2021).

Diante disso, o LabVid@, em parceria com o CURARTE, organizou encontros de meditação com finalidade de proporcionar autoconhecimento, gestão emocional e bem-estar. As sessões ocorriam durante dez semanas, sendo que cada atividade durava em média 50 minutos. A condução era feita por profissionais com experiência em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), como terapia da respiração, yoga do riso e meditação guiada.

No total, foram ofertados 5 ciclos do Espaço Terapêutico Remoto, sendo o primeiro iniciado em março de 2021. Na avaliação, os participantes referiram, dentre outras falas: “melhora na sensação de bem estar” e “aumento das práticas de autocuidado”.

Foram realizadas ainda atividades de prevenção e enfrentamento de violências (violência contra a mulher, violência contra criança e adolescente, violência contra a pessoa idosa) junto a crianças e adolescentes de escolas públicas. Essa atividade vincula-se à Atividade Curricular em Comunidade e Sociedade (ACCS), intitulada “Abordagem interdisciplinar e transdisciplinar dos problemas de saúde relacionados à violência na comunidade”.

O objetivo é promover reflexões acerca da naturalização e reprodução da violência nas relações pessoais, transversalizando o fenômeno com as questões da saúde mental, bullying e uso problemático de álcool e drogas. A atividade é realizada por estudantes vinculados a diversos cursos da Universidade Federal da Bahia como enfermagem, psicologia, medicina, direito, pedagogia, bacharelado interdisciplinar, entre outros.

Nesse âmbito, também é incentivada a construção de seminários sobre a temática, feitas orientações quanto ao preenchimento da ficha de notificação de violência a partir de casos simulados e viabilizadas visitas

técnicas a serviços de atendimento a pessoas em situação de violência, como delegacia do idoso, centro de referência a mulheres, conselho tutelar, entre outros. Durante a pandemia, as atividades centraram-se em visitas guiadas por meio de site dos serviços e produção de tecnologias sociais possíveis de serem acessadas remotamente, como cartilhas educativas.

Essas tecnologias sociais implementadas pelo LabVid@ em parceria com outros serviços, embora elaboradas por integrantes cuja maioria são enfermeiras e focarem no cuidado às pessoas em situação de violência, podem ser aplicadas aos mais diversos grupos populacionais e desenvolvidas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento.

REFERÊNCIAS

1. AQUINO, Estela Maria Leão, et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, suppl 1, p. 2423-2446. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>>. acesso em: 7 nov. 2022
2. CARNEIRO, Jordana Brock, et al. Domestic violence: repercussions for women and children. *Escola Anna Nery* [online]. 2017, v. 21, n. 4, e20160346. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0346>>. Acesso em: 6 nov. 2022.
3. ESTRELA, Fernanda Matheus, et al. Social technology to prevent intimate partner violence: the VID@ Group in actions with men. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2020, v. 54, e03545. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018040803545>>. Acesso em: 7 nov. 2022.
4. MAGALHÃES, Júlia Renata Fernandes, et al. Repercussions of family violence: oral history of adolescents. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2020, v. 73, n. 1, e20180228. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0228>>. acesso em: 6 nov. 2022.
5. SILVA, Cristiane Moreira; RODRIGUES, Rafael Coelho. Pandemia de Covid-19 e sofrimento psíquico: alguns elementos para uma problematização do Brasil contemporâneo. *Rev. psicol. polít.*, São Paulo, v. 21, n. 51, p. 322-339, ago. 2021. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2021000200003&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: 10 nov. 2022.



IMPACTO ECONÔMICO DAS BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE

Luciana Rosa de Souza ORCID: 0000-0003-4581-094X

Professora do departamento de Economia da Unifesp

luciana.rosa@unifesp.br

A apresentação foi iniciada pela definição do que são boas práticas em saúde. Segundo (Hino et al, 2022) as boas práticas englobam “identificar, implementar, avaliar e divulgar informações, assim como monitorar os resultados das intervenções nos serviços de saúde”.

Assim, é importante estabelecer critérios para fundamentar a construção de indicadores para parametrizar as intervenções nos serviços de saúde (Hino et al, 2022). Na sequência, perguntamos quais os indicadores são usados para mapear as boas práticas em saúde? Os indicadores englobam: a) Relação do usuário com o serviço de atendimento; b) Avaliação das condições de saúde e doença; c) Avaliação da inclusão social; d) Avaliação das mudanças nas características comportamentais e psicológicas (Hino et al, 2022).

Assim, engloba “parâmetros qualitativos ou quantitativos que visam detalhar se os objetivos de uma proposta estão sendo bem conduzidos (avaliação de processo) ou foram alcançados (avaliação de resultados), além de serem um dispositivo para a medição e avaliação” (Hino et al, 2022).

Existem outros meios para avaliar as boas práticas em saúde, são eles, Modelo de Matriz e modelo de Markov.

O modelo de Matriz produz um mapa que auxilia a formular metas e passos necessários para implementar serviços e também diagnosticar suas disfuncionalidades (THORNICROFT; TANSELLA, 2008). O quadro que compõe o mapa é construído a partir da articulação concomitante de 3 níveis: Nacional/regional (no qual são formuladas as políticas, por exemplo); Local (onde devem estar localizados os serviços comunitários) e Individual (no qual há maior necessidade de desenvolvermos ações e práticas baseadas em princípios éticos, evidências e experiências).

Já o modelo de Markov é uma ferramenta analítica amplamente utilizada na área da saúde para avaliações de doenças por meio de um ponto de vista econômico (Sato e Zouan, 2010). Os Modelos de Markov aplicados à saúde seguem os seguintes passos:

1. Estrutura;
2. Evidência;
3. Avaliação;
4. Incerteza e variabilidade;
5. Pesquisas futuras;

Outra discussão importante é o impacto de fatores externos sobre os serviços de saúde, o que segundo Saraceno (2000) “... não se pode mais discutir tratamentos fora do contexto dos serviços onde eles acontecem”. Nesse sentido: Pobreza, fome, violência, são contextos externos que afetam os serviços de saúde, por aumentar a demanda pelos serviços de saúde.

Dados recentes, coletados em 5 territórios de comunidades da Região Metropolitana de São Paulo, mostram que no mês anterior a entrevista, 63,11% dos entrevistados ficaram preocupados com a possibilidade dos alimentos acabarem antes de comprarem mais ou receberem mais alimentos, enquanto 36,31% afirmaram que não ficaram preocupadas. Em relação à preocupação pela fome, 55,3% dos entrevistados. Dentre as pessoas que sentem preocupação pela fome, 76,04% são negras (pretas e pardas) e 21,35% são brancas.

O texto termina provocando os leitores a pensar:

Como a fome pode alterar os atendimentos na assistência básica?

Quais boas práticas poderiam ser adotadas para minorar os impactos da fome sobre a assistência básica?

Qual o papel das boas práticas em saúde para aprimorar o atendimento básico nas Unidades Básicas de Saúde?

REFERÊNCIAS

1. Hino, Paula et al. Indicadores de boas práticas em saúde para a população de rua: revisão de escopo. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2022, v. 35 [Acessado 24 Outubro 2022], eAPE00476. Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR004766>>. Epub 29 Ago 2022. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR004766>.
2. GRONITA, Joaquim et al. Intervenção precoce: o processo de construção de boas práticas: relatório final. 2011.
3. MÂNGIA, Elisabete Ferreira; MURAMOTO, Melissa Tieko. Modelo de matriz: ferramenta para a construção de boas práticas em saúde mental comunitária. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 20, n. 2, p. 118-125, 2009.
4. Sato, Renato Cesar e Zouain, Désirée Moraes. Markov Models in healthcare. *Einstein (São Paulo)* [online]. 2010, v. 8, n. 3 [Acessado 26 Outubro 2022], pp. 376-379. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RB1567>>. ISSN 2317-6385. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RB1567>. [<https://www.scielo.br/j/eins/a/bfLZKsX4z4F7fgM76RfWfJN/?lang=pt&format=pdf>]
5. THORNICROFT, Graham; TANSELLA, Michele. Boas práticas em saúde mental comunitária. In: *Boas práticas em saúde mental comunitária*. 2010. p. xvi, 179-xvi, 179.
6. Vanni, Tazio et al. Avaliação econômica em saúde: aplicações em doenças infecciosas. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2009, v. 25, n. 12 [Acessado 26 Outubro 2022], pp. 2543-2552. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200002>>. Epub 19 Feb 2010. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200002> [<https://www.scielo.br/j/csp/a/NDGvLh9Yw7nGBxwFqnWYtkK/?lang=pt&format=pdf>]



IMPACTOS ECONÔMICOS DA SAÚDE PARA POPULAÇÕES VULNERÁVEIS: UMA VISÃO PANORÂMICA

José Henrique Bassi Souza Sperancini ORCID: 0000-0002-7846-6711

Graduado em Ciências Econômicas, Mestre e Doutor em Política Científica e Tecnológica pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e em História pela Universidade de Sorocaba (UNISO). Professor e pesquisador dos Cursos de graduação e mestrado em Ciências Econômicas do Centro de Engenharia, Modelagem e Ciências Sociais Aplicadas (CECS) da Universidade Federal do ABC (UFABC). Editor Científico do Periódico "Revista de Empreendedorismo, Negócios e Inovação".

josehenrique.souza@ufabc.edu.br

INTRODUÇÃO

Para a Comissão de Alto Nível sobre Emprego em Saúde e Economia das Nações Unidas (*High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth*), criada em 2016, "O crescimento e o desenvolvimento econômico dependem de uma população saudável" (WHO, 2016a, p. 09). Premissa defendida por diversos autores (WHO, 2016b, p. 01; Buchan, Dhillon e Campbell, 2017, p. xvi). A saúde "é vital para o crescimento econômico" (OECD, 2016, p. 28). Não existe desenvolvimento econômico sem saúde humana, logo, os trabalhadores da saúde são absolutamente indispensáveis para a economia moderna. Segundo a Comissão citada acima, "Os profissionais de saúde são a espinha dorsal de sistemas de saúde fortes e resilientes. A cobertura universal de saúde e a segurança global de saúde garantida só são possíveis com investimento adequado na força de trabalho da saúde" (WHO, 2016a, p. 09 e WHO, 2016b, p. 01). Entretanto, como demonstra o "Efeito Baumol" (Baumol, 2012 e WHO, 2016b, p. 10), o custo da saúde tende a crescer acima da inflação. Tal característica pode levar a conclusão de que o sistema de saúde seria, então, ineficiente. Mas, muito além de uma visão puramente contábil, é preciso compreender o sistema de saúde como um subsistema essencial para a economia moderna. Suas contribuições vão muito além da oferta de produtos e serviços e da demanda por bens e trabalho.

Em janeiro de 2000, Gro Harlem Brundtland, médica e primeira mulher a ocupar o cargo de primeiro ministro na Noruega, então Diretora-Geral da Organização Mundial da Saúde, criou a Comissão de Macroeconomia e Saúde (CMH) para avaliar o lugar da saúde no desenvolvimento econômico global. Naquele momento, embora a saúde fosse reconhecida como um objetivo central, sua importância para promover o desenvolvimento econômico e a redução da pobreza não era devidamente considerada. A CMH, descobriu que "estender a cobertura de serviços cruciais de saúde, incluindo um número relativamente pequeno de intervenções específicas, para os pobres do mundo poderia salvar milhões de vidas a cada ano, reduzir pobreza, estimular o desenvolvimento econômico e promover a segurança global" (Sachs, 2001).

Nessa mesma perspectiva, em 2016, a "*High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth*" afirmava que é preciso posicionar a economia da saúde como um gerador de crescimento econômico inclusivo para enfrentar dois grandes desafios.

“O primeiro é mudar a mentalidade daqueles líderes políticos, formuladores de políticas e economistas que ainda veem o emprego na saúde como um fardo para a economia: ineficiente, resistente a ganhos de produtividade e uma despesa a ser rigorosamente controlada. O emprego na saúde é muitas vezes mal interpretado como “consumo” em oposição a “investimento”, criando assim uma dicotomia inútil. A segunda é convencer os governos e as partes interessadas relevantes de que a situação atual é insustentável e que é urgentemente necessário um maior investimento” (WHO, 2016a, p. 16 e WHO, 2016b, p. 01)

No próximo item tentamos defender a visão de que a área da saúde é um subsistema especial e fundamental para a manutenção e evolução do sistema produtivo.

“A DOENÇA DOS CUSTOS” E O CUSTO DA DOENÇA

O aumento rápido da participação dos gastos com saúde no PIB em praticamente todos os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) é motivo de preocupação para políticos e para o público em geral. Alguns economistas como William Baumol, por exemplo, acreditam que talvez não seja possível para o setor de saúde acompanhar o crescimento da produtividade no resto da economia. Isto porque, na maioria dos segmentos produtivos, a mudança tecnológica e a automação desempenham um papel fundamental no aumento da produtividade. No caso da saúde, os gastos são impulsionados por aumentos salariais que excedem o crescimento da produtividade, é o chamado “Efeito Baumol” ou “Doença dos Custos”.

“.. o custo dos cuidados de saúde está aumentando mais rápido do que a taxa média de inflação de hoje, e podemos estar razoavelmente confiantes de que continuará a fazê-lo amanhã, bem como no dia seguinte. O inverso ocorre com os computadores, cujo custo continuará abaixo da inflação média da economia. O motivo não é difícil de identificar. Os itens do grupo de custo crescente geralmente possuem um elemento artesanal – isto é, um elemento humano não prontamente substituível por máquinas – em seu processo de produção, o que dificulta a redução do conteúdo de mão-de-obra.” (Baumol, 2012, p. 19)

Entretanto, pesquisas recentes mostram resultados contraditórios. Hartwig (2007 e 2008, p. 620), por exemplo, acredita que os salários no setor crescem acima da produtividade e não há muito o que fazer para evitar esse problema. Outros estudiosos acreditam que uma força de trabalho de saúde adequada pode ser uma estratégia altamente econômica. “Por exemplo, investir na educação em obstetrícia e enviar graduados para a prestação de serviços baseados na comunidade poderia render um retorno de 16 vezes sobre o investimento em termos de vidas salvas e custos de cesarianas evitados” (Lauer et al., 2017, p. 180).

Um estudo do Banco Mundial ainda não publicado (Arcand, Araujo, Menkulasic e Weber, in press citado por Lauer et al., 2017, p. 180 e WHO, 2016c, p. 26) argumenta que países com sistemas de saúde mais desenvolvidos estão relacionados a maiores produtividades manufatureiras. Desse modo, um setor de saúde desenvolvido atua da mesma forma que uma mudança tecnológica que aumenta a produtividade (Lauer et al., 2017, p. 181). Ambas as descobertas constituem evidências independentes contra a ideia de que o setor da saúde é improdutivo, ineficiente ou um entrave à economia.

“Se este argumento estiver correto, pode ser um grande problema político e econômico ... Testes anteriores da hipótese de Baumol no setor de saúde encontraram evidências robustas a favor do argumento do custo da doença em um grupo de países da OCDE (WHO, 2010). Mas, novas evidências sugerem que o efeito Baumol pode não se sustentar quando testado em um grupo maior de outros países, incluindo países de baixa e média renda. Um relatório recente do Banco Mundial reexaminou as ligações entre emprego no setor da saúde, gastos com saúde e crescimento econômico (Perry and Zulliger, 2012, p. 11). As descobertas deste relatório são empolgantes, embora preliminares, e contradizem o pensamento convencional. A análise expandiu testes anteriores do argumento da doença de custo de Baumol no setor de saúde (com base em países da OCDE) para uma amostra maior de nações (incluindo de regiões de baixa e média renda). Os autores descobriram que, ao contrário das descobertas

anteriores de Baumol, os gastos com saúde não são impulsionados por aumentos nos salários em excesso ao crescimento da produtividade, rejeitando assim o argumento da doença do custo. O relatório também estimou a contribuição do emprego na área da saúde para a taxa de crescimento de outros setores, como a manufatura. Os autores descobriram que os ganhos potenciais de produtividade no setor manufatureiro, derivados de um maior emprego, pode ser grande – principalmente por meio de melhorias nos resultados de saúde da população, incluindo o estado de saúde das pessoas que trabalham no setor manufatureiro. Com efeito, os efeitos do emprego no setor da saúde são significativamente maiores do que, por exemplo, o desenvolvimento financeiro (12). Embora esses achados precisem de confirmação, eles fornecem uma nova perspectiva importante e plausível sobre o valor do investimento na força de trabalho em saúde” (WHO, 2016b, p. 10)

Assim, caso o setor de saúde não seja um investimento eficiente, seu crescimento deveria ser reduzido e seus custos contidos; mas, sendo eficiente, seu crescimento promoverá um crescimento econômico mais amplo. Desse modo, a visão do sistema de saúde

“como um setor improdutivo que sofre de uma doença de custo está sendo revisitada, principalmente no que diz respeito à situação em países de baixa e média renda, onde o sistema de saúde é muito menos desenvolvido do que em países mais ricos e onde as melhorias no sistema de saúde têm potencialmente um impacto muito maior, tanto em termos de renda total quanto em termos de valor de mercado” (Lauer et al., 2017, p. 181).

Para compreender mais profundamente a função do gasto em saúde na economia, é preciso levar em conta o efeito **multiplicador** do próprio gasto em saúde, do aumento da **produtividade** geral da economia e da melhoria no **bem-estar social**, que é, este na verdade, o objetivo final do desenvolvimento econômico.

Analisando dezenove países, € 1,0 adicional gasto no setor de saúde gera € 2,7 de impactos diretos e indiretos na economia nacional. De mais de sessenta setores analisados, o setor saúde tem o décimo maior impacto na renda familiar. O investimento de um euro no setor de saúde tem um impacto de € 0,7 no rendimento médio do agregado familiar (Boyce and Brown, 2016, p. 09).

Os investimentos no sistema de saúde têm efeitos multiplicadores que reforçam o crescimento econômico, a inclusão econômica, a criação de empregos dignos e qualificados, os ganhos de produtividades em diversos setores, a proteção e a coesão social, a inovação e a segurança da saúde (WHO, 2016a, p. 09 e 18, WHO, 2016b, p. 15; Buchan, Dhillon e Campbell, 2017, p. xviii, 04, 27 e 51 e Boyce and Brown, 2016, p. 01 e 02). Mas qual seriam as dimensões do setor de saúde?

Em oposição ao “Efeito Baumol” também temos que levar em conta os “Custos da Doença”. Famílias que não dispõem de serviços de saúde sofrem uma série de perdas econômicas, algumas delas catastróficas. No final da década de 1990 o extinto *Global Fórum for Health Research* (2002) já destacava o impacto da saúde no desempenho econômico. Sobretudo nos países pobres estaria ocorrendo um “círculo vicioso da doença-pobreza” com efeitos macroeconômicos. Os efeitos econômicos dos agravos e doenças podem ser representados na figura abaixo adaptada do pensamento do *Global Forum for Health Research* (GFHR) entre 2001 e 2004 (GFHR, 2002 e 2004).

“Para avançar no combate à pobreza, a promoção da saúde desempenha um papel central por meio da melhoria dos determinantes da saúde” (WHO, 2022a, p. 09). Famílias pobres que são forçadas a desviar renda com gastos com doenças abaixam ainda mais seus padrões de vida, incluindo alimentação e a habitação. Nessas circunstâncias, os pobres “provavelmente entrarão em um ciclo interminável de problemas de saúde que podem levar a mais gastos no futuro ... Por exemplo, em países como Butão, Mianmar e Sri Lanka, políticas direcionadas aos pobres é essencial para eliminar as possibilidades desses grupos populacionais serem empurrados para a pobreza extrema pelos gastos com saúde” (WHO, 2022b, pg. 21 e 31). A seguir um detalhamento de alguns impactos negativos segundo o “*Global Forum For Health Research*” e outras publicações.

- Doença significa aumento dos gastos das famílias (GFHR, 2004, p. 03). Pesquisas em oitenta e nove países (89% da população mundial) sugerem que 150 milhões de pessoas globalmente sofrem catástrofes financeiras anualmente porque precisam arcar com serviços de saúde. (WHO, 2022b, pg. 20; Xu et al., 2007).;
- a desnutrição aumenta o risco de desemprego ou subemprego, reduzindo ainda mais a renda familiar;
- uma situação habitacional já precária corre o risco de maior deterioração;
- os doentes e os familiares cuidadores perdem oportunidades de educação/formação (profissional) ...;
- no longo prazo, o já baixo nível de produtividade da família pode diminuir ainda mais ...;
- o acesso a serviços de saúde, água potável e serviços sociais em geral pode tornar-se ainda mais precário como resultado de menores receitas e menos educação;
- famílias pobres tendem a ter mais filhos, na esperança de que pelo menos um deles apoie os pais na velhice;
- existe um risco elevado de gravidez indesejada e abuso de substâncias;
- (o empobrecimento) pode obrigar a família a se mudar para um ambiente mais degradado;
- o impacto geral reforça a impotência dos familiares (garantir) a sobrevivência da família” (GFHR, 2004, p. 03)

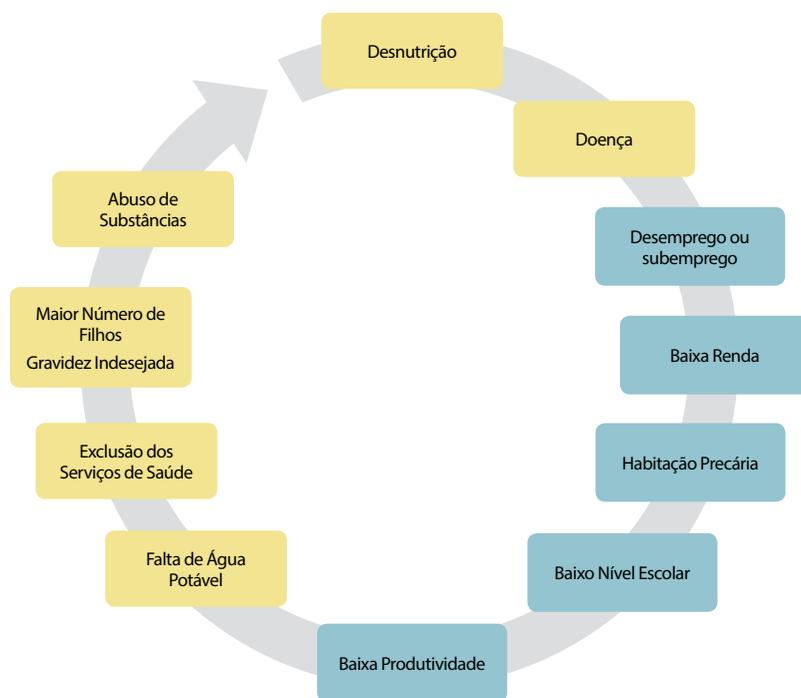


Figura 1: O Círculo Vicioso da Doença-Pobreza do GFHR

Fonte: GFHR, 2004. Adaptado pelo autor.

Aumento de déficits fiscais também é um efeito negativo das doenças. Por exemplo, a pandemia de Ebola reduziu a arrecadação e aumentou as despesas na Guiné, na Libéria e em Serra Leoa (Panzer et al., 2015). Assim, quanto mais pobreza, menos recursos para defender e promover a saúde e superar a pobreza. A deficiência nos serviços de saúde opera como uma barreira impedindo a expansão e diversificação da economia do país pobre. Para quebrar esse círculo vicioso seria necessário que os países ricos e pobres elevassem os investimentos em pesquisa e desenvolvimento voltados para solucionar os problemas de saúde que atingem mais acentuadamente os países pobres. Mas qual seria o poder econômico do setor de saúde? É o que pretende demonstrar o próximo item?

AS DIMENSÕES DO SETOR DE SAÚDE

Segundo o Relatório da Comissão de Alto Nível sobre Emprego em Saúde e Economia das Nações Unidas (Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth” publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2016 (WHO, 2016a), o “tamanho agregado do setor de saúde mundial é superior a US\$ 5,8 trilhões por ano” (WHO, 2016a, p. 09) levando em conta, apenas, os 34 países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (WHO, 2016a, p. 09, 21). Esse volume representava algo como 7,58% do PIB mundial em 2016 (US\$ 76,470 trilhões) (World Bank, 2022b). A OECD afirma que

“As últimas estimativas da OCDE apontam para um crescimento médio dos gastos com saúde de 5% em 2020, impulsionado pelo crescimento excepcionalmente alto dos gastos do governo e dos regimes obrigatórios (+8,1%) em resposta às necessidades adicionais para enfrentar a pandemia de COVID-19. ... Como resultado do crescimento substancial dos gastos e da desaceleração econômica generalizada, os gastos com saúde como proporção do PIB saltaram para 9,7% nos países da OCDE em 2020, acima dos 8,8% em 2019. As estimativas preliminares para um grupo de 17 países da OCDE sugerem que a saúde os gastos continuaram a crescer fortemente em 2021 – cerca de 6%.” (OECD, 2022a)

Portanto, o “tamanho da saúde” na OCDE ficaria em torno de 8,7%, como pode ser visto no gráfico abaixo. Nesse momento (01/11/2022) os dados estão indisponíveis, provavelmente para revisão. Mas, imaginando que o setor de saúde fosse um país, ele representaria mais de 8% de toda a economia somada dos países mais ricos do mundo. Seu poder econômico seria imenso como podemos comprovar na tabela a seguir.

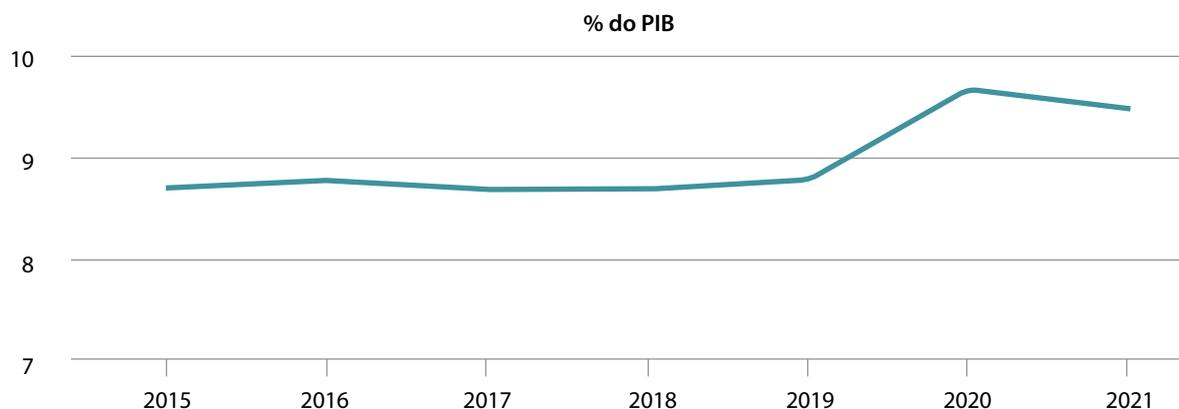


Gráfico 1: Gasto em Saúde como Porcentagem do PIB na OCDE entre 2015 e 2021

Fonte: OECD, 2022a.

Mesmo imaginando que não cresceu nada desde 2016, poderíamos dizer que o “País Saúde” seria, hoje, a 3º maior economia do mundo ficando atrás apenas dos EUA e da China. Mas, para Lauer et al. (2017, p. 183), em termos ampliados, isto é, considerando bens e serviços relacionados às indústrias de nutrição, esportes e condicionamento físico, medicamentos de venda livre ou gastos com serviços de assistência domiciliar, chegaríamos a segunda maior economia do planeta.

Figura 2: As 15 Maiores Economias do Mundo em 2016 e o Setor de Saúde

País	PIB (US\$ Corrente) 2016
Mundo	76.465.590.005.079
Estados Unidos	18.695.110.842.000
China	11.233.276.536.745
Setor da Saúde	5.800.000.000.000
Japão	5.003.677.627.544
Alemanha	3.469.853.463.946
Reino Unido	2.722.851.958.486
França	2.472.964.344.587
Índia	2.294.797.980.509
Itália	1.877.071.687.634
Brasil	1.795.693.265.810
Canadá	1.527.994.741.907
Coréia do Sul	1.500.111.596.236
Rússia	1.276.786.979.222
Espanha	1.232.912.963.206
Austrália	1.206.685.107.002
México	1.078.490.651.625

Fonte: Dados World Bank, WDI, 2022b. Cálculos dos autores.

Considerando um PIB mundial, e aplicando grosseiramente a participação da saúde no PIB da OCDE em 2021, o "País Saúde" representaria US\$ 8,4 trilhões dos US\$ 96,1 trilhões ou US\$ 12,7 trilhões de US\$ 145,9 trilhões, pelo conceito de paridade de poder de compra (World Bank, 2022a e c). É um volume gigantesco maior do que toda a riqueza produzida pelo Japão, Alemanha e França, juntos (US\$ 14.061 bilhões).

"PIB da Saúde" e as Maiores Economias em 2016 (US\$)

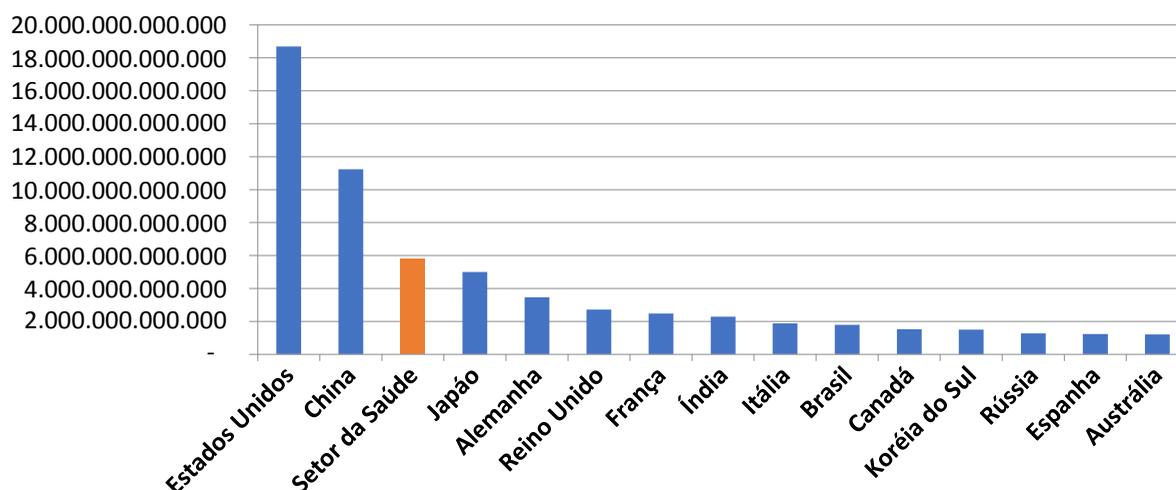


Figura 3: O Tamanho do Setor de Saúde no Mundo

Fonte: World Bank, WDI, 2022b, WHO, 2016a e OECD, 2022a. Elaboração do autor.

Tabela 1: Participação do Gasto em Saúde no PIB de Países Selecionados da OCDE e Brasil.

País/Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Austrália	8,4	8,5	8,7	8,8	9,8	10,2	10,1	10,1	10,1	10,2	10,6
Áustria	10,2	10,0	10,2	10,3	10,4	10,4	10,4	10,4	10,3	10,5	11,5
Bélgica	10,2	10,4	10,5	10,5	10,6	10,8	10,8	10,8	10,8	10,7	10,8
Canadá	10,7	10,4	10,5	10,4	10,3	10,7	11,0	10,9	10,8	11,0	12,9
Chile	6,8	6,8	7,0	7,4	7,8	8,3	8,5	9,1	9,2	9,3	9,8
Colômbia	7,1	6,8	6,7	7,0	7,2	7,5	7,5	7,7	7,6	8,1	9,0
Costa Rica	8,0	8,1	7,8	7,7	7,7	7,6	7,3	7,0	7,3	7,2	7,9
Dinamarca	10,6	10,4	10,5	10,3	10,3	10,3	10,3	10,1	10,1	10,1	10,5
Estônia	6,3	5,8	5,8	6,0	6,4	6,6	6,7	6,6	6,7	6,8	7,8
Finlândia	9,1	9,2	9,6	9,8	9,8	9,6	9,4	9,1	9,0	9,2	9,5
França	11,2	11,2	11,3	11,4	11,5	11,4	11,5	11,4	11,2	11,1	12,2
Alemanha	11,1	10,8	10,9	11,0	11,0	11,2	11,2	11,3	11,5	11,7	12,8
Grécia	9,6	9,2	8,9	8,4	7,9	8,2	8,4	8,1	8,1	8,2	9,5
Hungria	7,4	7,5	7,4	7,2	7,0	6,9	7,0	6,7	6,6	6,3	7,3
Islândia	8,4	8,2	8,2	8,2	8,2	8,1	8,1	8,3	8,4	8,5	9,5
Irlanda	10,5	10,6	10,6	10,3	9,5	7,3	7,4	7,1	6,9	6,7	7,1
Itália	8,9	8,8	8,8	8,8	8,9	8,9	8,7	8,7	8,7	8,7	9,6
Japão	9,1	10,5	10,7	10,7	10,7	10,8	10,7	10,7	10,7	11,0	11,1
Coréia	5,9	6,0	6,1	6,2	6,5	6,7	6,9	7,1	7,5	8,1	8,4
México	5,7	5,5	5,7	5,8	5,6	5,7	5,6	5,5	5,4	5,4	6,2
Holanda	10,2	10,2	10,5	10,6	10,6	10,3	10,3	10,1	10,0	10,2	11,2
Noruega	8,9	8,8	8,8	8,9	9,3	10,1	10,6	10,3	10,0	10,5	11,3
Polônia	6,4	6,2	6,2	6,4	6,3	6,4	6,5	6,6	6,3	6,4	6,5
Portugal	10,0	9,7	9,7	9,4	9,3	9,3	9,4	9,3	9,4	9,5	10,5
Spain	9,1	9,2	9,2	9,1	9,1	9,1	9,0	9,0	9,0	9,1	10,7
Suécia	8,3	10,4	10,7	10,9	10,9	10,8	10,9	10,8	10,9	10,8	11,5
Suíça	9,9	10,0	10,2	10,5	10,6	11,0	11,3	11,5	11,2	11,3	11,8
Turquia	5,0	4,7	4,4	4,4	4,3	4,1	4,3	4,2	4,1	4,4	4,6
Reino Unido	10,0	9,9	9,9	9,8	9,8	9,8	9,7	9,6	9,7	9,9	12,0
Estados Unidos	16,2	16,1	16,1	16,0	16,2	16,5	16,8	16,8	16,6	16,7	18,8
Não-OECD											
Argentina	9,4	9,4	9,8	9,8	9,7	10,2	9,0	10,4	9,7	9,5	..
Brasil	7,9	7,8	7,7	8,0	8,4	8,9	9,2	9,5	9,5	9,6	..
Bulgária	7,1	7,1	7,5	7,1	7,7	7,4	7,5	7,5	7,3	7,1	8,5
China (RP)	4,2	4,3	4,6	4,7	4,8	5,0	5,0	5,0	5,1	5,3	..
Índia	3,4	3,2	3,3	3,7	3,6	3,6	3,5	2,9	3,0	3,0	..

Fonte: OECD, 2022b.

Pode-se argumentar que esses números estejam superestimados, já que a porcentagem de gasto em saúde nos países pobres em relação ao PIB é menor. Entretanto, os números acima representam apenas

“bens e serviços faturados no setor de saúde e, portanto, não incluem bens e serviços relacionados às indústrias de nutrição, esportes e fitness, produtos farmacêuticos, dispositivos e equipamentos médicos para exportação, receitas de mais de medicamentos de balcão, gastos com serviços de assistência domiciliar e demanda induzida em outros setores, todos eles partes importantes da economia da saúde mais ampla. Estima-se que a economia de saúde expandida na Alemanha, por exemplo, contribua com quase 11% do valor agregado bruto (uma estimativa comparável aos números acima) e um adicional de 8% em termos de efeitos indiretos e induzidos” (WHO, 2016a, p. 21)

Na tabela 1 podemos ver que o gasto em saúde no Brasil vem se aproximando dos 10% do PIB. Tem permanecido ligeiramente abaixo dos gastos nos países mais desenvolvidos nas últimas décadas (OECD, 2015, p. 28)¹, mas apresenta movimento de alta e “*catching up*”.

OS PROFISSIONAIS NO SISTEMA DE SAÚDE

Considerando apenas a participação do setor de saúde no PIB podemos imaginar o poder de impacto do sistema de saúde sobre as economias nacionais. Mas, é preciso levar em conta, também, que o setor é um grande gerador de postos de trabalhos.

O setor da saúde e assistência social é um dos maiores empregadores da economia. Em 2015, nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), ocupava cerca de 10% do emprego total (Boyce and Brown, 2016, p. 02). Todavia, A escassez de mão de obra de saúde está aumentando as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, causando doenças, incapacidades e mortes evitáveis e ameaçando a saúde pública, o crescimento econômico e o desenvolvimento (WHO, 2016a, p. 10). A crise global da força de trabalho em saúde chamou a atenção do mundo em 2004 no relatório da *Joint Learning Initiative* (Chen et al., 2004) e no Relatório Mundial de Saúde 2006 (WHO, 2006 e WHO, 2016a, p. 10).

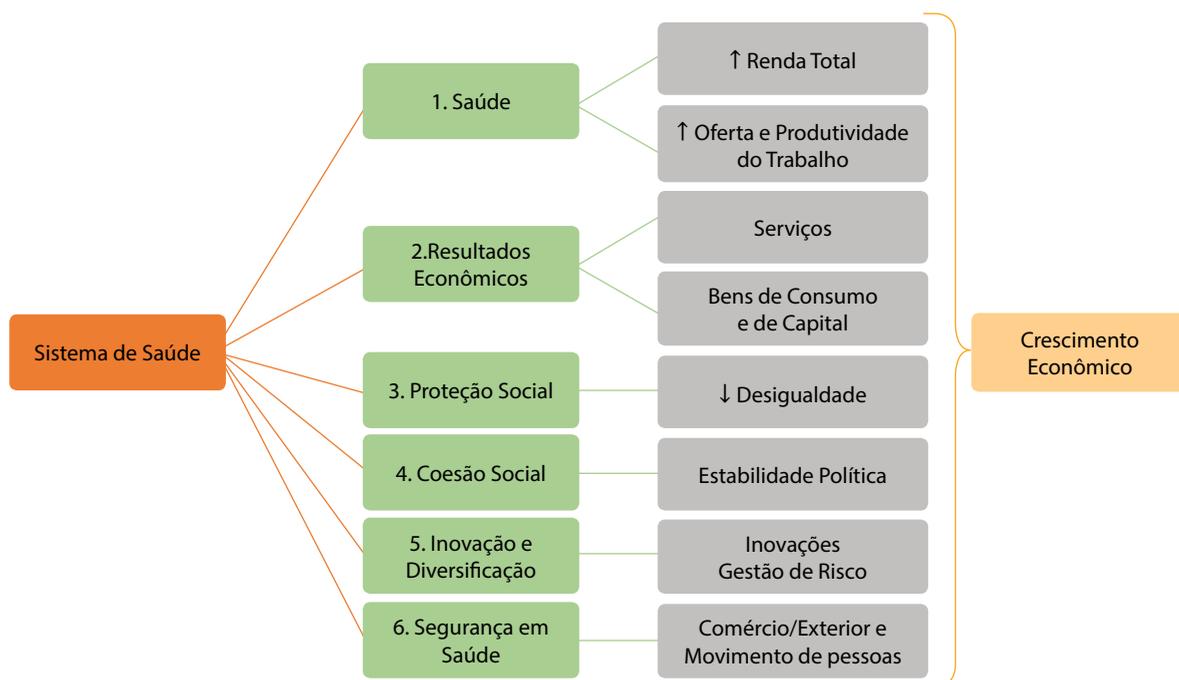
Apesar do mundo enfrentar uma escassez global de profissionais de saúde, entre 2000 e 2014, na OCDE, o emprego em saúde e serviço social cresceu 48%, enquanto os empregos na indústria e na agricultura diminuíram. Além disso, estimativas sugerem que, globalmente, cada trabalhador treinado em uma ocupação de saúde é apoiado por um ou dois outros trabalhadores (WHO, 2016a, p. 09).

Outro aspecto importante é que o emprego na saúde é fundamental para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) em países de baixa e média renda. Entre eles, uma saúde melhor (ODS 3), trabalho decente, crescimento econômico (ODS 8), e vários outros ODS. (WHO, 2016a, p. 10; Buchan, Dhillon e Campbell, 2017, p. 173; Boyce and Brown, 2016, p. 01). Para tanto, deverão ser criados cerca de 40 milhões de novos empregos no setor, principalmente em países de renda média até 2030 (WHO, 2016a, p. 10 e 66).

IMPACTOS ECONÔMICOS DAS BOAS PRÁTICAS DE SAÚDE

Para Lauer et al, a figura abaixo apresenta os seis caminhos para o crescimento econômico derivados dos investimentos na saúde: 1. o caminho da saúde; 2. o caminho da produção econômica; 3. o caminho da proteção social; 4. o caminho da coesão social; 5. o caminho da inovação e diversificação; e 6. o caminho da segurança sanitária.

1 A publicação “*Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*” faz um mapeamento das práticas orçamentárias e estruturas de governança e apresenta uma visão detalhada das estruturas institucionais voltadas para o financiamento da saúde na OCDE.



Fonte: Lauer et al., 2017, p. 176.

Quanto ao **“Caminho da Saúde”** os autores consideram a saúde como um bem em si mesmo necessário à vida humana. Em outras palavras,

“... a saúde é concebida como um benefício intrínseco (algo bom por si mesmo), e não como um benefício instrumental (algo bom por outra coisa qualquer, como renda monetária). Em termos de teoria econômica, isso significa que a saúde é considerada nesta via como argumento direto na função de preferência dos indivíduos. Esse papel da saúde, como bem de consumo direto, justifica a importância central dessa via na maioria das análises relacionadas à saúde: a saúde é parte fundamental do que as pessoas valorizam como uma boa vida; desempenha um papel fundamental nas teorias do bem-estar humano; e aparece com destaque nas discussões sobre bem-estar social.”

Como valor instrumental, os ganhos econômicos da longevidade e da redução do risco de mortalidade são benéficos, tanto para o indivíduo quanto para a sociedade. A melhoria da saúde implica que os indivíduos podem aumentar suas atividades. Além de desfrutar de maior longevidade e qualidade de vida, os indivíduos também “podem fazer mais de todas as coisas que desejam fazer como produzir bens e serviços, obter renda salarial, usufruir do lazer, do tempo com a família e os com amigos, além de outras formas de participação social e cultural (Lauer et al., 2017, p. 178).

Estima-se que cerca de 24% do crescimento econômico entre 2000 e 2011 em países de baixa e média renda resulte do valor das melhorias na saúde (Jamison et al, 2013, p. 1944, WHO, 2016a, p. 09). Um ano extra de expectativa de vida mostrou aumentar o PIB per capita em cerca de 4% (WHO, 2016a, p. 09). Em países com altas taxas de fecundidade, uma probabilidade reduzida de mortalidade infantil também pode influenciar positivamente as decisões familiares sobre planejamento familiar. Isso contribui para uma transição demográfica mais rápida e seus benefícios econômicos associados, muitas vezes chamados de “dividendo demográfico”. (WHO, 2016a, p. 09).

O “Caminho da produção econômica” se refere ao complexo industrial da saúde, isto é, a oferta de produtos farmacêuticos, médicos e nutricionais, insumos e bens de capital.

O paradigma -“ecossocial” – que evoluiu a partir do movimento ambientalista e da saúde pública, procura gerar um conjunto integrado de princípios e ligações entre saúde, meio ambiente, processos sociais e desenvolvimento econômico que fossem úteis para a investigação e para a ação pública (Freitas, 2003; Porto e Martinez-Alier 2007; Krieger, 2001). Com isso, a saúde pública passou ...

“...a incorporar, além da biomédica restrita, dimensões políticas, econômicas, culturais e ecológicas na compreensão dos problemas de saúde das populações, vistos cada vez mais como fenômenos complexos e multidimensionais, exigindo novas estratégias de intervenção.” (Porto e Martinez-Alier, 2007, p. 504).

Entretanto, o sistema de saúde não apenas elimina fatores de empobrecimento, como, também, cria vetores de enriquecimento. Além dele próprio ser um segmento produtivo dinâmico e inovador capaz de criar oportunidades profissionais e de negócios e elevar a demanda e a oferta de produtos e serviços, também aumenta a produtividade geral da economia e a inclusão econômica (WHO, 2016b, p. 15; Buchan, Dhillion e Campbell, 2017, p. xviii e Boyce and Brown, 2016, p. 01 e 02).

Os sistemas de saúde são importantes demandantes de serviços e produtos, proporcionando negócios às empresas locais. Na União Europeia (UE), o poder de compra do sistema chega a 2 trilhões de euros por ano (14% do produto interno bruto), segundo Boyce e Brown (2016, p. 02). Assim, desempenham um papel importante como campo fértil para a inovação e diversificação econômica, como sugere o “caminho da inovação e diversificação”

O “Caminho da segurança sanitária”, diz respeito à disponibilidade de vigilância sanitária e respostas às epidemias. Assim, promove uma segurança social e econômica sem a qual não seria possível obter crescimento econômico sustentável. Os investimentos no sistema de saúde têm efeitos indiretos que aumentam o crescimento econômico inclusivo (Buchan, Dhillion e Campbell, 2017, p. xviii e Boyce and Brown, 2016, p. 01), a criação de empregos e os ganhos de produtividade em outros setores. Por consequência, é preciso interpretar os impactos da saúde sob a perspectiva da complexidade sistêmica da atividade econômica.

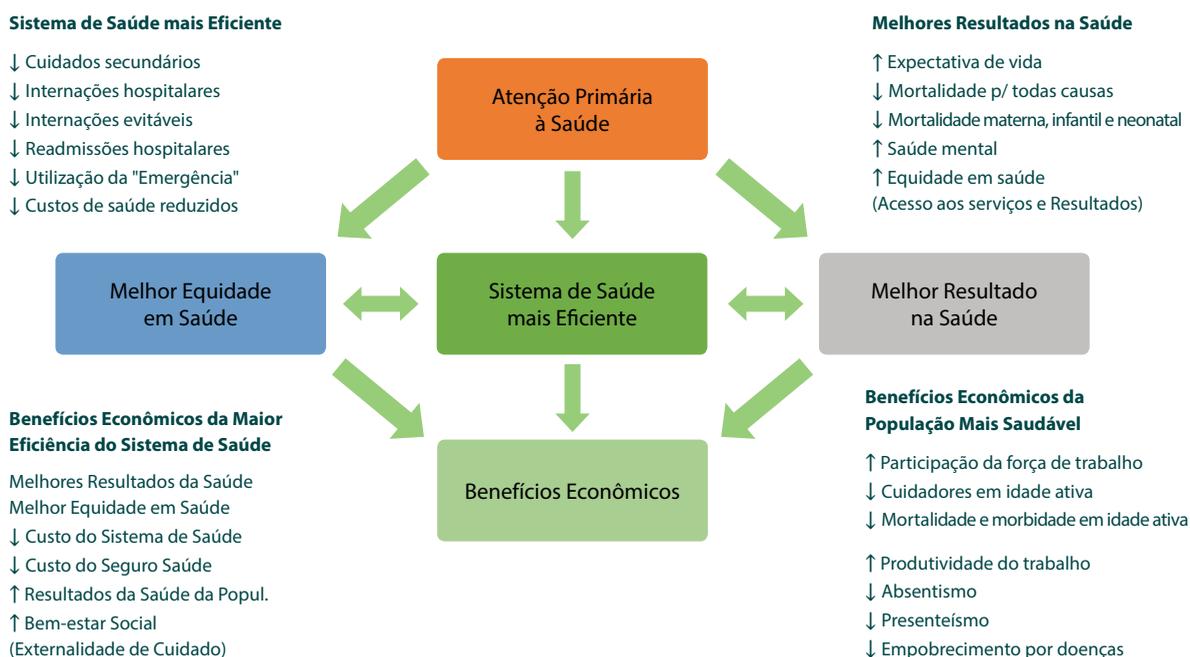
Aperfeiçoamentos e melhores práticas no atendimento à saúde elevam a produtividade geral da economia beneficiando seu crescimento e qualidade de vida. A renda das famílias cresce com salários maiores e seus gastos com medicamentos, aparelhos e produtos farmacêuticos reduzem. Ademais, como afirmou a Comissão de Macroeconomia e Saúde (CMH) da Organização Mundial de Saúde, nações com estruturas demográficas mais “maduras” apresentam maiores volumes de poupança do que os países com populações mais jovens (Sachs, 2001). Desse modo, a ampliação da longevidade saudável eleva o nível da poupança e, por consequência, o volume de investimento e o crescimento econômico. No sentido oposto, um agravamento da saúde da população provoca um efeito deletério sobre a economia como vimos acima.

Por fim, os “Caminhos da proteção e da coesão social” nos remetem ao fato de que o setor oferece emprego digno e segurança. Muitos desses empregos podem atender populações remotas, vulneráveis, rurais, carentes, jovens e mulheres. Ou seja, além de oferecer postos de trabalho, também promove a melhoria da qualidade de vida em regiões carentes.

DETALHAMENTO DOS IMPACTOS

Segundo a WHO, “Evidências poderosas sugerem que a Atenção Primária à Saúde (APS) (*Primary Health Care* - PHC), pode produzir uma série de benefícios econômicos por meio de seu potencial para melhorar os resultados de saúde, a eficiência do sistema de saúde e a equidade em saúde” (WHO, 2018c, p. 02). Por exemplo, pode mitigar o custo do sistema de saúde reduzindo o total de internações (Kringos, 2012, WHO, 2018c) (testes de diagnóstico, prescrição, procedimentos), de readmissões e do uso de serviços de emergência como pode ser sintetizado na figura abaixo:

Figura 4: Estrutura conceitual para o caso econômico para o investimento na APS (PHC)



Fonte: WHO, 2018c, p. 07.

Segundo diversas publicações especializadas, o aumento do investimento ou da eficiência no sistema de saúde pode ter vários tipos de impactos; nem todos, entretanto, são conhecidos. É necessário desenvolver estudos para desvendar quais aspectos das várias áreas da saúde têm maior potencial para maximizar os benefícios econômicos. Também é necessário superar restrições metodológicas como a falta de definições padronizadas, carência de dados e dificuldades para isolar os impactos (WHO, 2018c, p. 02). Tais limitações "leva a uma incerteza significativa na tentativa de quantificar os benefícios econômicos (WHO, 2018c, p. 05).

Do ponto de vista geral, inversões no sistema de saúde e, sobretudo, em boas práticas, podem impactar a economia melhorando os seguintes fatores:

1. Aumento da **Expectativa de vida**
2. Redução da **Mortalidade** por todas as causas (Starfield, Shi e Macinko 2003 e 2005; Shi et al., 2003),
3. Redução da **Mortalidade materna**,
4. Redução da **Mortalidade infantil e neonatal**
5. Melhoria na **saúde mental**
6. Redução da **mortalidade e morbidade** em idade ativa
7. Geração de **empregos dignos** (WHO, 2016b, p. 11 e 12; Buchan, Dhillon e Campbell, 2017, p. xix, 04 e 27)
8. Geração de **empregos dignos para mulheres e jovens** (WHO, 2016b, p. 11 e 12; Buchan, Dhillon e Campbell, 2017, p. xix, 04 e 27)
9. Redução nos **custos de segurança social**
10. Redução do número de **cuidadores** em idade ativa
11. Aumento da **produtividade** da força de trabalho (Lauer et al., 2017, p. 178)
12. Redução do **empobrecimento** associado a problemas de saúde
13. Redução da **Invalidez** (Lauer et al., 2017, p. 178)

14. Aumento do **envolvimento da força de trabalho**
15. Aumento da **quantidade de trabalhadores** (Lauer et al., 2017, p. 178)
16. Aumento da **qualidade dos trabalhadores** (Lauer et al., 2017, p. 178)
17. Redução do **absentismo** (Lauer et al., 2017, p. 178; Jack e Lewis, 2009)
18. Redução do **presenteísmo** (Lauer et al., 2017, p. 178; Jack e Lewis, 2009)
19. Acumulação de **Capital Humano** (Jack e Lewis, 2009, p. 07)
20. Acumulação de **Capital Físico** com redução de gastos com saúde (Jack e Lewis, 2009, p. 07)
21. Aumento do **Bem-estar social**/externalidade de cuidado

Como consequência dos fatores acima é possível inferir que esses benefícios geram impactos secundários como a redução dos principais fatores de empobrecimento e da vulnerabilidade econômica; além de promover o consumo, a poupança e o crescimento econômico sustentável. (WHO, 2016a, p. 21; Buchan, Dhillon e Campbell, 2017, p. xv e 173 e Boyce and Brown, 2016, p. 01). Do mesmo modo, favorece a coesão social e a estabilidade política com a inclusão econômica, sobretudo, para as mulheres, os jovens e os mais pobres (WHO, 2016a, p. 25; WHO, 2016b, p. 15; Buchan, Dhillon e Campbell, 2017, p. xix). Ademais, tem funções importantes na dinâmica econômica ao estimular a inovação e diversificação produtiva em genética, bioquímica, engenharia e tecnologia da informação (WHO, 2016a, p. 22).

Segurança em saúde através da criação de sistemas de saúde resilientes essenciais para proteção da economia de ameaças epidêmicas que possam isolar países levando a interrupções no comércio (WHO, 2016a, p. 22). Sobre esse cenário de fundo a Covid-19 colocou em destaque o papel imperioso dos profissionais de saúde para a manutenção da sociedade e da economia. Pouco antes da pandemia James Buchan, James Campbell e Ibadat Dhillon do *Health Workforce Department da World Health Organization* na Dinamarca e Suíça, talvez pressagiando o que viria a acontecer afirmaram que:

“O que é igualmente importante, e agora está recebendo cada vez mais reconhecimento, é que **não pode haver economia nacional ou global viável sem investimento efetivo na força de trabalho da saúde**. Isso reflete a mudança geral de paradigma de um modelo que enquadra a prestação do sistema de saúde e o emprego em saúde como um “custo da doença” para um em que a contribuição da saúde para o bem-estar econômico e social é mais plenamente reconhecida” (Buchan, Dhillon e Campbell, 2017, p. xvi. Grifo nosso).

“A segunda década do século XXI está sendo caracterizada pela preocupação com a sustentabilidade de sistemas de saúde, em que a capacidade de se manter benefícios em saúde ao longo do tempo é determinante para a qualidade da atenção” (Brasil, 2014). Não por acaso, os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável destacam a cobertura universal de saúde, que significa “garantir que todas as pessoas e comunidades possam usufruir dos serviços promotores de saúde, preventivos, curativos, de reabilitação e paliativos de que necessitam, com qualidade suficiente para serem eficazes, garantindo, em simultâneo, que o uso desses serviços não colocará o utente em dificuldades financeiras” (WHO, 2020, p. 05).

CONCLUSÃO

Para a OMS os Serviços de Saúde, no futuro, devem ser inclusivos. Todos deverão ter acesso a serviços de saúde seguros, eficazes, oportunos, eficientes e de qualidade aceitável. Para chegar a esse objetivo, o fator fundamental são os profissionais da saúde.

Na perspectiva desse texto, a avaliação da contribuição da força de trabalho em saúde é ampla devendo incluir seu impacto na dinâmica econômica. Os gastos na força de trabalho em saúde devem ser vistos como um investimento na saúde, segurança e na geração de riqueza, não como um custo. Em conjunto, e apoiando os trabalhadores da saúde, a infraestrutura de hospitais e clínicas, a rede de formação técnica e superior e o

Complexo Industrial de materiais médico-hospitalares formam o que poderíamos chamar de “subsistema da saúde”. Sem ele, todo o sistema produtivo moderno ruiria na próxima pandemia de alta letalidade.

O sistema de saúde beneficia a qualidade e a quantidade da oferta do mercado de trabalho gerando um aumento do nível de produtividade econômica. Além desses impactos, “A promoção da saúde contribui para uma visão de um mundo onde as pessoas desfrutam de uma vida saudável e bem-estar, e vivem em um ambiente saudável, seguro e solidário como membros de uma sociedade inclusiva” (WHO, 2022a, p. 01).

REFERÊNCIAS

1. ARCAND, J. L.; ARAUJO, E. C.; MENKULASIC, G.; WEBER, M. Health sector employment, health care expenditure and economic growth: what are the associations? Washington DC: World Bank (in press).
2. BAUMOL, William J.. The Cost Disease: Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't. New Haven: Yale University Press, 2012.
3. BOYCE, Tammy and BROWN, Chris. Economic and SOCIAL Impacts And Benefits Of Health Systems. Geneva, Switzerland: WHO; 2016.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas : Diretriz de Avaliação Econômica / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
5. BUCHAN, James; DHILLON, Ibadat S., CAMPBELL, James, editors. Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. CHEN, Lincoln & EVANS, Timothy & ANAND, Sudhir & Boufford, Jo & Brown, Hilary & Chowdhury, Ahmed & Cueto, Marcos & Dare, Lola & Dussault, Gilles & Elzinga, Gijs & Fee, Elizabeth & Habte, Demissie & Hanvoravongchai, Piya & Jacobs, Marian & Kurowski, Christoph & Michael, Sarah & Pablos-Mendez, Ariel & Sewankambo, Nelson & Solimano, Giorgio & Wibulpolprasert, Suwit. (2004). Human resources for health: Overcoming the crisis. *Lancet*. 364. 1984-90. 10.1016/S0140-6736(04)17482-5.
7. FREITAS, Carlos Machado de. Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2003, v. 8, n. 1, pp. 137-150.
8. GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH. The 10/90 Report on Health Research 2003-2004. Geneva , Switzerland: GFHR, 2004. Available from: <https://www.files.ethz.ch/isn/17141/1090.04.pdf>.
9. GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH. The 10/90 Report on Health Research 2001. Geneva , Switzerland: GFHR, 2001-2002. Available from: https://www.files.ethz.ch/isn/20296/1090.02_full_text.pdf.
10. HARTWIG, Jochen. (2008). What drives health care expenditure?—Baumol's model of 'unbalanced growth' revisited. *Journal of Health Economics*, 27(3), 603-623. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2007.05.006>.
11. HARTWIG, Jochen. Can Baumol's Model of Unbalanced Growth Contribute to Explaining the Secular Rise in Health Care Expenditure? ETH Zurich Research Collection, Working Paper, 2007. Doi: <https://doi.org/10.3929/ethz-a-005502972>.
12. JACK, William; LEWIS, Maureen. Health Investments and Economic Growth Macroeconomic Evidence and Microeconomic Foundations. World Bank, Commission on Growth and Development, 2009. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/4072/WPS4877.pdf>.
13. JAMISON, Dean T.; SUMMERS Lawrence, H.; ALLEYNE, George; ARROW, Keneth, J.; BERKLEY, Seth, BINAGWAHO, Agnes, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet*. 2013 Dec 7;382(9908):1898-955. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62105-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62105-4) PMID:24309475.
14. KRIEGER, Nancy. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiol*, 2001, v. 30, pp. 668-77.
15. KRINGOS, Dionne S., BOERMA Wienke, VAN DER ZEE Jjouke, GROENEWEGEN, Peter. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff (Millwood)*. 2013 Apr;32(4):686-94. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1242. PMID: 23569048.
16. LAUER, Jeremy, SOUCAT, Agnès, ARAUJO, Edson, WEAKLIAM, David. Pathways: the health system, health employment, and economic growth. In: Buchan J, Dhillon I, Campbell J, editors. Health employment and economic growth: an evidence base. Geneva: World Health Organization; 2017.

17. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. (2015), Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264233386-en>.
18. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. better policies for better lives. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2016. Available from: <https://www.oecd.org/about/47747755.pdf>.
19. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Health Expenditure. OECD: 2022a. Available from: <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-expenditure.htm>.
20. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. OECD.Stat. Health Expenditure and Financing. OECD: 2022b. Available from: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9#>.
21. PANZER, John and SAKHO, Seynabou (coord.); ZAFAR, Ali; TALATI, Cyrus; and GRAHAM, Errol. 2014-2015 West Africa Ebola Crisis: Impact Update. World Bank, 2015. Available from: <https://www.worldbank.org/en/topic/macroeconomics/publication/2014-2015-west-africa-ebola-crisis-impact-update>.
22. PERRY, H, ZULLIGER, R. How effective are community health workers? An overview of current evidence with recommendations for strengthening community health worker programs to accelerate progress in achieving the health-related Millennium Development Goals. 2012. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250040/9789241511285-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. PORTO, Marcelo Firpo and MARTINEZ-ALIER, Joan. Ecologia política, economia ecológica e saúde coletiva: interfaces para a sustentabilidade do desenvolvimento e para a promoção da saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 2007, v. 23, suppl. 4.
24. SACHS, Jeffrey. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Commission on Macroeconomics and Health, World Health Organization. Geneva, Switzerland: WHO, December 2001.
25. SHI, Leiyu; MACINKO, James; STARFIELD, Barbara; WULU, John, REGAN, Jerri, POLITZER Robert. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980–1995. J Am Board Fam Pract. 2003.
26. STARFIELD, Barbara, SHI, Leiyu, MACINKO, James. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457-502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x. PMID: 16202000; PMCID: PMC2690145.
27. STARFIELD, Barbara, SHI, Leiyu, MACINKO, James. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. Health Serv Res. 2003;38:831–65.
28. STARFIELD, Barbara. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Sanit. 2012.
29. UNITED NATIONS. High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Terms of reference. <https://www.who.int/groups/high-level-commission-on-health-employment-and-economic-growth/about>.
30. WORLD BANK. World Bank national accounts data, and OECD National Accounts data files. GDP (current US\$). Worldbank, 2022b. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD>.
31. WORLD BANK. World Development Indicators (WDI) is the primary. Gross domestic product 2021. Worldbank, 2022a. <https://databankfiles.worldbank.org/data/download/GDP.pdf>.
32. WORLD BANK. World Development Indicators. Size of the economy. EUA: World Bank, 2022c. Available from: <http://wdi.worldbank.org/table/WV.1>.
33. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Final Report of the Expert Group High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva, Switzerland: WHO, 2016b. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250040/9789241511285-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
34. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016c. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/978924151131-eng.pdf>
35. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care]. Geneva, Switzerland: WHO; 2018b.
36. WORLD HEALTH ORGANIZATION. HIGH-LEVEL COMMISSION ON HEALTH EMPLOYMENT AND ECONOMIC GROWTH. Working for health and growth. Investing in the health workforce Geneva, Switzerland: WHO; 2016a. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf?sequence=1>.
37. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Geneva, Switzerland: WHO, 2020.

38. WORLD HEALTH ORGANIZATION. On Primary Health Care. Building the economic case for primary health care: a scopin review. Geneva, Switzerland: WHO, 2018c.
39. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006 (http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf?ua=1, accessed 20 October, 2022).
40. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Workforce Alliance, World Health Organization. Global experience of community health workers for delivery of health related millennium development goals - a systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems. Geneva:World Health Organization. 2010. <https://chwcentral.org/wp-content/uploads/2013/07/Global-Experience-of-Community-Health-Workers-for-Delivery-of-Health-Related-Millennium-Development-Goals.pdf>.
41. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Bending the trends to promote health and well-being: a strategic foresight on the future of health promotion. Geneva, Switzerland: WHO, 2022a.
42. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Monitoring progress on universal health coverage and the health-related Sustainable Development Goals in the WHO South-East Asia Region: 2022 update. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2022b.
43. XU, KE; EVANS, David B.; CARRIN, Guido; AGUILAR-RIVERA, Ana M.; MUSGROVE, Philip; EVANS, Timothy. Protecting households from catastrophic health spending. Health Aff (Millwood). 2007 Jul-Aug;26(4):972-83. doi: 10.1377/hlthaff.26.4.972. PMID: 17630440.



<https://doi.org/10.51234/aben.23.e21.c14>

BOAS PRÁTICAS E DESAFIOS NA ATENÇÃO À SAÚDE COM GRUPOS VIVENDO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE: POPULAÇÕES QUILOMBOLAS

ENFRENTAMENTO DA COVID-19 POR QUILOMBOLAS DE UMA ILHA MARÍTIMA BAIANA: BOAS PRÁTICAS COM COMPETÊNCIA CULTURAL

William Dias Borges^I ORCID: 0000-0002-7671-7855

Haroldo Gonçalves de Jesus^{II} ORCID: 0000-0002-4660-0488

Ilma Pastana Ferreira^{II} ORCID: 0000-0002-9152-3872

Emiko Yoshikawa Egry^I ORCID: 0000-0003-0974-0315

^I Universidade de São Paulo (USP)

^{II} Universidade do Estado do Pará (UEPA)



Autor Correspondente

William Dias Borges

williamdborges@gmail.com

INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 desafiou as autoridades sanitárias, cientistas e toda a população mundial dada a rápida disseminação planetária e o fácil contágio, levando muitas pessoas a desenvolver a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Esta, por sua vez, requereu atendimento urgente por conta dos sinais e sintomas e o rápido agravamento da doença, o que comprometeu a capacidade de atendimento dos serviços de saúde, resultando assim em alta mortalidade^(1,2).

No Brasil, a pandemia mostrou sua face mais cruel naqueles cenários em que já escasseavam os serviços de saúde e as condições de manutenção salutogênica já se encontravam comprometidas. Este é o caso dos territórios quilombolas, marcados por desigualdades de acesso a bens e serviços, as ações de enfrentamento à COVID-19 direcionadas pelo governo brasileiro – escassas, pouco resolutivas e inacessíveis – foram consideradas negligentes pela comunidade internacional^(3,4). Segundo a Coordenação Nacional de Articulação de Quilombos – CONAQ, os casos de COVID-19 foram subnotificados em comunidades Quilombolas⁽⁴⁾, corroborando com estudos que revelam a subnotificação de mortes em decorrência da COVID-19⁽⁵⁾.

Nesse contexto, a necessidade da implementação de políticas sociais que minimizassem os impactos da COVID-19 em populações em situação de vulnerabilidade social, que historicamente já enfrentavam outros desafios, chamaram a atenção da OPAS. Isto motivou o desenvolvimento, em parceria com várias instituições e entidades no mundo, de projeto de combate à pandemia de COVID-19, especialmente através do estímulo à implementação de medidas não-farmacológicas. Uma destas iniciativas foi denominado “Implementação de medidas não-farmacológicas de combate e prevenção à COVID-19 para populações em situação de vulnerabilidade”. Iniciativas semelhantes a esta foram realizadas pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) através de várias de suas seções como as publicadas por membros da ABEn seção Pará⁽⁶⁾ e ABEn seção Rio de Janeiro⁽⁷⁾.

Destaque-se que as Comunidades Quilombolas apresentam histórica vulnerabilidade social, em face do histórico de alijamento de políticas públicas, como as de saúde, educação e as voltadas à regularização fundiária de seus territórios tradicionais. O significativo grau de vulnerabilidade se aprofunda ao destacar o racismo estrutural como elemento agravante em situações de crises, como a pandemia de COVID-19.

O presente capítulo tem o objetivo de relatar as experiências de implementação de medidas não-farmacológicas em um território quilombola da Bahia, enquanto estratégia de mitigação dos impactos da COVID-19.

DESENVOLVIMENTO

Quilombo é uma construção social que guarda dois grandes sentidos, a autonomia e a resistência na perpetuação de um modo de vida e cultura própria. Existem quilombos de diversas origens, porém o mais conhecido no Brasil é o Quilombo dos Palmares, liderado por Zumbi. Este originou-se a partir da fuga das pessoas do regime de escravidão e que se organizaram para resistir ao julgo escravocrata com autonomia na constituição de uma organização societal própria. Há outras formas de formatação de quilombo, como quilombos comprados, herdados ou simplesmente ocupados⁽⁸⁾.

De acordo com a pesquisadora Climene de Camargo, que é professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EUFBA), os territórios Quilombolas foram se constituindo no Brasil desde o período colonial onde os negros escravizados se refugiavam para resistir e proteger sua cultura. Afirma ainda que muitos destes quilombos continuam alijados de políticas públicas⁽⁹⁾.

Muitos destes territórios quilombolas foram se conformando em lugares distantes, longe de olhares de preconceito⁽⁸⁾. É o caso das comunidades Quilombolas da Ilha de Maré, Salvador, Bahia. O Mapa Digital do Município de Salvador, caracteriza a Ilha de Maré como um bairro da região insular de Salvador, no qual estão localizados 13 povoados. A vida financeira do local gira entorno da pesca, pequena agricultura, artesanato e turismo^(9,10).

Considerando este contexto, foram socializadas através das transmissões dos Seminários Participativos Virtuais – SPV – as iniciativas para o combate à COVID-19 nas comunidades Quilombolas da Ilha de Maré desenvolvidas pelo Grupo de Estudos da Saúde da Criança e do Adolescente (CRESCER) da EUFBA assim como foram explanados os desafios da vacinação pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.

Esta socialização foi realizada no âmbito do Projeto intitulado “Implementação de medidas não-farmacológicas de combate e prevenção à COVID-19 para populações em situação de vulnerabilidade” e do segundo Projeto “Mapeamento e sistematização de exemplos de boas práticas de adaptação de ações de saúde pública em grupos e territórios em situação de vulnerabilidade” realizados em parceria da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) (Imagem 1).



Imagem 1 – Seminários Participativos Virtuais – SPV – com transmissão ao vivo dos relatos das iniciativas de combate à COVID-19 em populações em situação de vulnerabilidade realizados em colaboração da Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn, Organização Panamericana de Saúde – OPAS - e Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, ABEn, 2021 e 2022.

Fonte: YouTube ABEn Nacional, 2022. <https://www.youtube.com/@abennacional9528>

A seguir está o Quadro 1 que contém informações descritivas dos projetos de intervenção socializados nas transmissões dos SPV.

Quadro 1 – Informações sínteses dos Seminários Participativos Virtuais – SPV – sobre Medidas não-farmacológicas de prevenção à COVID-19 em comunidades Quilombolas da Ilha de Maré, Salvador – Bahia, Brasil, 2021 a 2022

<p>Título do SPV:</p> <p>Medidas não-farmacológicas de prevenção à COVID-19 adotadas junto à população Quilombolas</p> <p>Data: 04/11/2021 Visualizações: 210 Duração: 01:00:12 Link: https://youtu.be/PuZGk8Zmeoo</p> <p>Medidas não farmacológicas adotadas junto à população de Quilombolas</p> <p>Projetos:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Estratégias de responsabilidade e envolvimento social para suporte às famílias Quilombolas; II. Ação de prevenção e fortalecimento no combate a COVID-19 em comunidade Quilombola; III. Ye Obirin: Qualificar Mulheres; 	<p>Local: Ilha de Maré Comunidade Praia Grande</p> <p>Instituições envolvidas: Grupo CRESCER EEUFBA</p> <p>Financiadores/ Responsável: Fundo Baobá Secretaria Municipal de Saúde de Salvador – BA</p> <p>Público atendido: Moradores das comunidades da Ilha de Maré</p> <p>Material ofertado: Kit de limpeza e prevenção da COVID-19.</p>	<p>Agentes sociais envolvidos: Enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde, lideranças comunitárias.</p> <p>Metodologias adotadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cartilha Educativa: “A quarentena de Ayo e Akym” com linguagem culturalmente adaptada e com garantia de pertencimento étnico. • Relação dialógica com construção de vínculos; • Oficinas de empreendedorismo com reforço da cultura ancestral; • Rodas de conversa. <p>Período de desenvolvimento do projeto relatado: Ano de 2020.</p>
<p>Projeto:</p> <p>IV. Vacinação na Comunidade de Ilha de Maré – Secretaria Municipal de Saúde de Salvador – BA.</p>	<p>Local: Ilha de Maré</p> <p>Instituições envolvidas: Secretaria Municipal de Saúde de Salvador – BA.</p> <p>Número de pessoas envolvidas: 2.994 de territórios reconhecidos como Quilombolas; 1241 de territórios em processo de reconhecimento pela Fundação Cultural Palmares</p> <p>Financiadores/ Responsável: Secretaria Municipal de Saúde de Salvador – BA.</p> <p>Público atendido: Moradores das comunidades da Ilha de Maré.</p> <p>Material ofertado: Vacina contra a COVID-19</p>	<p>Agentes sociais envolvidos: Profissionais da Equipe de Saúde da Família, lideranças comunitárias e população elegível à vacinação para COVID-19.</p> <p>Metodologias adotadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incerteza na chegada de doses. • Dificuldades no estoque de vacina enviadas pelo Ministério da Saúde e indefinição da quantidade de pessoas a serem vacinadas. • Definição de vacinação por idade. <p>Período de desenvolvimento do projeto relatado: Ano de 2021.</p>
<p>Título do SPV:</p> <p>Boas Práticas em Saúde e desafios com População de Quilombolas</p> <p>Data: 13/10/2022 Visualizações: 133 Duração: 01:21:33 Link: https://youtu.be/0Nx5rbGkFvs</p>	<p>Local: Ilha da Maré</p> <p>Instituições envolvidas: Grupo CRESCER EEUFBA</p> <p>Número de comunidades envolvidas: 05 comunidades</p> <p>Financiadores/ Responsável: Grupo CRESCER EEUFBA Baobá: fundo para equidade racial</p> <p>Público atendido: Moradores das comunidades da Ilha de Maré</p> <p>Material ofertado: Kit de limpeza e prevenção da COVID-19</p>	<p>Agentes sociais envolvidos: Enfermeiros, estudantes de graduação em enfermagem, lideranças comunitárias.</p> <p>Desafios enfrentados: O estabelecimento de relações dialógicas na prática cotidiana do trabalho em saúde nas comunidades quilombolas.</p> <p>Metodologias adotadas e instrumentos utilizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Práticas pedagógicas dialógicas, centradas na realidade da comunidade quilombola para o fortalecimento das ações de educação em saúde no contexto da pandemia de COVID-19. • Cartilha educativa “Como pular a segunda onda da COVID-19?” <p>Experiências inovadoras e replicáveis: Práticas de enfrentamento a pobreza, baseadas na produção de insumos acústicos elaborados com técnica ancestral de cestaria.</p> <p>Período de desenvolvimento do projeto relatado: 2020 a 2022</p>

Fonte: YouTube ABEn Nacional, 2022. <https://www.youtube.com/@abennacional9528>

No quadro seguinte (Quadro 2) são apresentados os diagnósticos, iniciativas e lições e apontamentos extraídos dos SPV que socializaram as experiências de prevenção à COVID-19 por medidas não-farmacológicas em territórios Quilombolas da Ilha de Maré, bairro de Salvador - Bahia.

Dentre os cenários em que as ações foram realizadas, destaca-se a característica de isolamento marítimo da Ilha da Maré, a qual comporta 13 comunidades autodeclaradas como Quilombolas destas somente cinco são reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares (FCP). A condição do não reconhecimento como território Quilombola das demais comunidades reflete a morosidade existente no processo de reconhecimento das comunidades por parte da FCP. Processo este, que no contexto de crise da saúde pública deveria assegurar o direito à terra, contudo apenas 246 títulos foram expedidos para 357 comunidades quilombolas, em um universo de mais de 6 mil comunidades pelo país⁽¹¹⁾.

Quadro 2 – Diagnósticos, iniciativas, lições e apontamentos das ações de prevenção à COVID-19 em territórios Quilombolas da Ilha de Maré, bairro de Salvador – Bahia em 2020 e 2021

Diagnósticos
Isolamento territorial. O acesso à ilha é somente por via marítima.
A Ilha apresenta problemas como saneamento básico, baixa escolaridade e baixa renda.
A necessidade de isolamento social para a prevenção da COVID-19 repercutiu na cadeia produtiva principal da ilha, o turismo.
Como a ilha depende do turismo ficou muito difícil a vida financeira.
Medo da pandemia, mulheres se sentiam sozinhas e sobrecarregadas, as crianças fora da escola.
Iniciativas
Busca de financiamento através do Edital do Programa de recuperação econômica do Fundo Baobá, destinado à população negra.
Fabricação de máscaras na comunidade ajudou na autonomia produtiva e financeira da comunidade com o apoio do projeto.
Contato virtual, especialmente com as lideranças para a produção de material educativo e com adesão cultural.
Promoção da parentalidade e cultura de paz
As ações realizadas nas comunidades da Ilha da Maré, trazem uma leitura de promoção a saúde baseadas na realidade, valorizando a troca de conhecimento entre os atores sociais. Tal fato é evidente no desenvolvimento de práticas de enfrentamento a pobreza, por meio de oficinas de empreendedorismo cujo foco é a valorização do saber ancestral. Nesta ocasião desenvolveu-se artesanatos com os resíduos das fibras naturais utilizadas na produção de cestarias, roupas e guardanapos com temas africanos.
Outra dimensão explorada nas ações confere treinamento e capacitação aos servidores que realizam processos de trabalho em saúde nas comunidades da ilha, principalmente os atuantes na vacinação contra a COVID-19, dialogando com os temas como "Racismo e Saúde" reconhecendo o racismo como fator determinante na produção de cuidado em saúde para comunidades quilombolas.
Lições e apontamentos
Foi ressaltado que os Seminários Participativos Virtuais foram um espaço de divulgação de ações de translação do conhecimento acadêmico para com as comunidades tradicionais, assim como um espaço de troca intercultural.
Relacionado ao isolamento territorial das comunidades da Ilha de Maré não foram registradas mortalidade por COVID-19, no entanto, a vulnerabilidade social foi acentuada dadas as dificuldades socioeconômicas previamente enfrentadas.
Práticas pedagógicas dialógicas e materiais culturalmente adaptados para a educação em saúde e fortalecimento da identidade étnica.
Trabalhar com comunidades tradicionais é um grande aprendizado. Precisa estar disponível, ouvir e construir em conjunto. Precisamos nos despir do conhecimento acadêmico e estar disponível a 'construir com'.

Fonte: YouTube ABEn Nacional, 2022. <https://www.youtube.com/@abennacional9528>

Sobre a perspectiva educacional, ressalta-se a produção de tecnologias educacionais no formato impresso como as cartilhas intituladas “A quarentena de Ayo e Akim” e “Como pular a segunda onda da COVID-19?” ambas com linguagem culturalmente adaptada e ilustrada de maneira a gerar identificação étnica com a população. No campo da educação em saúde as tecnologias educacionais contribuem para o desenvolvimento da consciência crítica, incentivando a autonomia dos indivíduos⁽¹²⁾.



Imagem 2 – Projetos financiados pela fundação Baobá para suporte social e de saúde às famílias Quilombolas da Ilha de Maré (1, 2 e 3) e as iniciativas de vacinação Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (4), Salvador – Bahia/ Brasil, 2021

Fonte: YouTube ABEEn Nacional, 2022. <https://www.youtube.com/@abennacional9528>

Desta maneira a realização das ações desenvolvidas no período pandêmico da COVID-19, foram pautadas com o intuito de mitigar os processos de vulnerabilidade, compreendendo a dimensão individual, social e política ou programática⁽¹³⁾, considerando a visão de mundo da comunidade, retomando a experiência vivenciada no cotidiano das pessoas. Ademais, buscou-se contrapor a estrutura social, baseada no racismo estrutural, que impacta de forma direta a produção de cuidado e a condição de saúde das comunidades quilombolas.

A abordagem destas ações revelou uma característica denominada de *competência cultural* que consiste no “processo pelo qual um profissional de saúde se empenha para se tornar capaz de trabalhar adequadamente/efetivamente dentro do contexto cultural da pessoa, família ou comunidade que necessita de seus cuidados”⁽¹⁴⁾. A competência cultural implica em um processo de acolhimento das pessoas assistidas, visando valorizar a cultura destas na abordagem em saúde, considerando os elementos que sua cultura traz para a partir daí interpor o cuidado.

Neste sentido, estas iniciativas, configuram-se como práticas inovadoras e de encontro cultural ao trazer um novo olhar, valorizando o saber ancestral, a exemplo da produção das cartilhas educativas que usou elementos da língua ancestral africana lorubá assim como usou personagens com pertencimento étnico. Isso também visto na produção de produtos de artesanato e roupas, que valorizaram técnicas ancestrais ou temas de pertencimento étnico, contribuindo a afirmação da identidade bem como movimentou a cadeia produtiva e econômica da comunidade.

Em síntese, pode-se afirmar que foram deflagrados processos de superação de algumas contradições na produção e reprodução social deste grupo em específico, introduzindo ou aperfeiçoando processos aos quais já originalmente dominavam, entretanto, com um viés de capacidade produtiva (e reprodutiva) maior por ser mais bem ajustada aos novos tempos e novos saberes, porém com conexão aos saberes ancestrais do modo de viver a vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, considera-se que estes Seminários Participativos Virtuais que socializaram as ações de combate à pandemia de COVID-19 nos Quilombos da Ilha de Maré, foram espaços potentes de divulgação de iniciativas de translação do conhecimento acadêmico e da demonstração do exercício da troca intercultural.

Nota-se ainda que, a característica de isolamento marítimo destes territórios, contribuiu para um impacto mais brando da COVID-19. Por outro lado, destaca-se a peculiaridade geográfica remota relacionada as dificuldades no acesso a bens e serviços básicos como educação e saúde a estas comunidades. Para além dos aspectos geográficos, as características demográficas e socioeconômicas de vulnerabilidade são elementos que favorecem o estabelecimento da condição de vulnerabilidade que estas comunidades estão expostas ao longo da história.

Neste contexto, destacam cinco práticas propostas e executadas nas comunidades quilombolas de Ilha da Maré, considerando o pressuposto participativo de ações construídas no dia a dia junto as comunidades. Estas ações iniciam com o contexto do isolamento social que a pandemia de COVID-19 impôs, enfatizando o isolamento como medida protetiva à infecção pelo vírus. Destacando ações de educação em saúde por meio de orientações individuais e coletivas com a utilização de práticas pedagógicas dialógicas e materiais culturalmente construídos.

Assim, vale salientar que o desafio posto é evidenciar o respeito ao saber ancestral, tornando capaz de sobrepor o olhar direcionado apenas às vulnerabilidades que as comunidades quilombolas enfrentam. Desta forma, extrapola-se assim os aspectos socioeconômicos e se busca práticas participativas, baseadas no cotidiano, que estimulem o desenvolvimento social e os meios para concretizar a superação dos processos de desgastes na determinação social do processo saúde-doença diante de uma realidade sindêmica.

AGRADECIMENTOS

Aos moradores de Ilha de Maré, aos participantes dos SPV como os professores e pós-graduandos da Universidade Federal da Bahia: Climene Laura de Camargo, Maria Carolina Withaker, Cláudio Aguiar; à liderança Selma de Jesus Sousa e a enfermeira Jaína Rios da Secretaria de Saúde de Salvador – Bahia. À ABEn Nacional, UNIFESP e OPAS que foram as instituições responsáveis pelos Projetos “Implementação de medidas não-farmacológicas de combate e prevenção à COVID-19 a populações em situação de vulnerabilidade” e o Projeto “Mapeamento e sistematização de exemplos de boas práticas de adaptação de ações de saúde pública em grupos e territórios em situação de vulnerabilidade”.

REFERÊNCIAS

1. Lima NT, Buss PM, Paes-Sousa R. A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020 Jul 24 [cited 2023 Jan 7];36(7). Available from: <http://www.scielo.br/j/csp/a/yjBt8kkf6vSFf4nz8LNDnRm/>
2. Orellana JDY, Marrero L, Horta BL. Mortalidade por COVID-19 no Brasil em distintos grupos etários: diferenciais entre taxas extremas de 2021 e 2022. *Cad Saude Publica*. 2022;38(7).
3. Polidoro M, de Assis Mendonça F, Meneghel SN, Alves-Brito A, Gonçalves M, Bairos F, et al. Territories Under Siege: Risks of the Decimation of Indigenous and Quilombolas Peoples in the Context of COVID-19 in South Brazil. *J Racial Ethn Heal Disparities*. 2021 Oct 16;8(5):1119–29.

4. CONAQ – COORDENAÇÃO NACIONAL DAS COMUNIDADES NEGRAS RURAIS. Quilombos sem COVID-19 [Internet]. CONAQ – COORDENAÇÃO NACIONAL DAS COMUNIDADES NEGRAS RURAIS QUILOMBOLAS. 2022 [cited 2023 Jan 13]. Available from: <https://quilombosemcovid19.org/>
5. Orellana JDY, da Cunha GM, Marrero L, Moreira RI, da Costa Leite I, Horta BL. Excesso de mortes durante a pandemia de COVID-19: subnotificação e desigualdades regionais no Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2021 Feb 5 [cited 2023 Jan 13];37(1):e00259120. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901&item=1&>
6. Castro NJC de, Parente AT, Aguiar VFF de, Borges WD, Ferreira IP. Political and social actions towards COVID-19: collaboration and production of technological products. *Amaz Investig* [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 19];11(2322–6307):19–28. Available from: <https://doi.org/10.34069/AI/2022.55.07.2>
7. Correia LM, Rafael R de MR, Neto M, Prata JA, Faria MG de A. Virtualization of the Brazilian Nursing Week in the COVID-19 pandemic: the novelty and the tangible. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021 Nov 29 [cited 2022 Dec 19];75:e20201203. Available from: <http://www.scielo.br/j/reben/a/c9ktm9Nkskswk3nz6Dvnqh/?lang=en>
8. Borges WD. PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E SEUS DETERMI. TEDE Unidade Manaus Programa Pós-graduação em Saúde, Soc e Endem na Amaz Mestr em Saúde, Soc e Endem na Amaz [Internet]. 2011 [cited 2022 Apr 24];82. Available from: <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/4624>
9. ABEn Nacional. (39) Medidas não farmacológicas adotadas junto à população de quilombolas - YouTube [Internet]. Youtube ABEn Nacional. 2022 [cited 2023 Jan 11]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=PuZGk8Zmeoo>
10. Salvador. Cartografia Salvador - Prefeitura Municipal do Salvador [Internet]. Prefeitura de Salvador. 2023 [cited 2023 Jan 13]. Available from: <http://cartografia.salvador.ba.gov.br/index.php/menu-cartografia/cartografia-digital>
11. Silva GM da, Souza BO. Quilombos e a luta contra o racismo no contexto da pandemia. <http://www.ipea.gov.br> [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 13]; Available from: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10529>
12. Cavalcante ES, Pedrosa IMB, Oliveira LV e, Júnior JMP, Pennafort VP dos S, Machado FC de A. Cartilha para enfrentamento do COVID-19 em comunidades quilombolas: relato de experiência. *Rev Recien - Rev Cientifica Enferm* [Internet]. 2020 Sep 28 [cited 2023 Jan 13];10(31):174–82. Available from: <http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/302>
13. Muñoz Sánchez AI, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Cien Saude Colet* [Internet]. 2007 Mar [cited 2022 Apr 24];12(2):319–24. Available from: <http://www.scielo.br/j/csc/a/yYhdsJmsHDTKbryR3ryqhPm/?lang=pt>
14. Gouveia EAH, De Oliveira R, Bruno SI, Soares Pessoa H. Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2020 Jan 13 [cited 2023 Jan 13];43(1 suppl 1):82–90. Available from: <http://www.scielo.br/j/rbem/a/N9VB6SJs3Yxfnyyv3kQcDbt/?lang=pt>



<https://doi.org/10.51234/aben.23.e21.c15>

BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PROTEÇÃO A MULHERES E CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

BOAS PRÁTICAS DE INVESTIGAÇÃO SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: EXPERIÊNCIAS DE UM GRUPO DE PESQUISA

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca¹ ORCID: 0000-0001-9440-0870

Lucimara Fabiana Fornari¹ ORCID: 0000-0002-8655-6549

¹ Universidade de São Paulo (USP)

Autora Correspondente

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca
rmsgfon@usp.br

INTRODUÇÃO

Para Egrý⁽¹⁾, “preconizar as Boas Práticas [de Enfermagem] é, sobretudo, visar à melhoria da qualidade da assistência e à manutenção de princípios e pressupostos orientadores da conduta profissional em diferentes âmbitos de atuação. É prezar por uma assistência que envolva técnicas e procedimentos metodológicos com efetividade comprovada, adequada ao meio em que se insere, à população alvo, aos recursos e aos agentes envolvidos”.

Com base no exposto, as Boas Práticas de Investigação em Enfermagem, visam à construção sistematizada do conhecimento por meio de princípios, técnicas e procedimentos metodológicos orientadores da pesquisa científica, sobretudo, a partir do recorte de objetos de pesquisa compatíveis com o atendimento das necessidades da população e visando à melhoria das suas condições de vida e saúde.

Assim, o processo de trabalho em investigação deve ser guiado por uma finalidade clara que remeta à prática de enfermagem norteadora por princípios ético-científicos e valores que constituem o *ethos* da profissão. Não basta investigar, é preciso que o processo e o produto da investigação transformem positivamente tanto investigadores como investigados, na direção requerida pelas condições objetivas da realidade, como ponto de partida para a construção de um mundo mais favorável para todos.

Neste capítulo, serão abordadas algumas considerações sobre a violência contra mulheres e crianças seguidas do relato de experiências relacionadas à produção científica do Grupo de Pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem (GSE), do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem de São Paulo. Em mais de três décadas de existência, a produção do referido grupo tem sido considerável para a construção do conhecimento de Enfermagem em Saúde Coletiva, principalmente, no que concerne ao emprego da categoria gênero⁽²⁾ e, mais recentemente, geração, para a compreensão dos fenômenos sociais, em especial, os das vidas das mulheres.

Nesse âmbito, o GSE tem se dedicado ao desenvolvimento e compartilhamento de Boas Práticas de Investigação (BPI) a fim de formar pesquisadores para o processo de trabalho em pesquisa, em todas as suas fases,

inovando na abordagem do objeto de pesquisa e o aprimoramento da coleta, do tratamento e da análise dos dados, na modalidade da pesquisa qualitativa.

A VIOLÊNCIA COMO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

Atualmente, a violência é abordada como um problema de saúde coletiva, pois para qualquer intervenção eficaz é necessário um olhar sobre o coletivo, verificando qual o contexto em que a pessoa está inserida. Também são consideradas as características e individualidades de cada grupo ou estrato populacional. Sob esse ponto de vista, a compreensão do processo saúde-doença é mais clara e ampla, pois não centraliza a atenção apenas no problema, mas avalia todo o contexto em que a violência ocorre e como ela é determinada. O grande desafio da saúde coletiva é justamente espalhar essa concepção mais abrangente que integra as políticas sociais, as condições de vida e, também, a sensibilidade para a riqueza e a diversidade cultural.

Dentre os fenômenos da vida das mulheres determinados pelo gênero, a violência apresenta-se como um aspecto perverso por ser determinada pela desigualdade expressa em relações de poder que são traduzidas em relações de dominação. Quando praticada contra a mulher – adulta, adolescente ou criança – assume certas particularidades. Por resultar de relações de gênero e geração, na grande maioria dos casos, o agressor é alguém adulto, predominantemente do sexo masculino, que mantém ou manteve relação de afeto com a pessoa agredida, contraditoriamente, compartilhando com ela sentimentos, sonhos e prole. Em geral, é parceiro afetivo-sexual, cônjuge atual ou anterior e, no caso das crianças, pai, padrasto, tio ou outro membro da família parental ou afetiva⁽³⁾.

A violência contra as mulheres e as crianças é considerada o resultado de relações de dominação construídas ao longo da história pelas desigualdades de gênero e geração, naturalizadas por meio da ideologia de dominação masculina e adultocêntrica. Manifesta-se de diferentes maneiras e é um fenômeno que perpassa sociedades, tempos históricos, classes sociais e raças-etnias⁽³⁾.

As raízes do problema encontram-se na estruturação da sociedade e o lugar que as pessoas ocupam nela; na construção histórica dos padrões de gênero, geração, classe social e raça-etnia; na consequente produção e reprodução de conteúdos ideológicos veiculados pela consciência social através das mídias, religiões, educação, arte, entre outros; e também na participação das pessoas, em especial aquelas sobre as quais incidem as maiores consequências das desigualdades sociais, no enfrentamento do problema. Há que se considerar que outros atributos como a cor da pele, a origem étnica e a classe social também determinam, em articulação, as situações de violência.

Especialmente nos últimos 10 anos, o Grupo de Pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem tem desenvolvido estudos com a finalidade de promover o enfrentamento da violência contra mulheres - crianças, adolescentes e adultas. Além de pesquisas de abordagem empírica, realizadas com as mulheres e os profissionais que atuam no atendimento da violência, também têm sido estudados outros temas, como os conteúdos veiculados pela mídia por considerar que se trata de um espaço público fundamental para a formação de imaginários, representações, hierarquias e identidades. Conforme os significados atribuídos aos conteúdos veiculados, pode haver reiteração de concepções históricas que reforçam os padrões sexistas na sociedade⁽⁴⁾ ou a reflexão qualificada para dar visibilidade e subsidiar o enfrentamento das questões de gênero e geração.

A perspectiva de gênero é uma abordagem que considera a diversidade dos processos de socialização de homens e mulheres. Tal compreensão do mundo pressupõe que todos os fenômenos sociais sejam produtos da ação humana e possam ser por ela transformados. Essa compreensão se contrapõe ao entendimento do enfoque hegemônico, clássico, cujo modo dominante de explicar as relações sociais de gênero tem base na historicidade das instituições e dos modos de vida social que permitiram a explicação do universo feminino através de uma abordagem sobretudo biológica. Essa interpretação atende a interesses sociais dominantes cujas consequências impactam a vida de relações dos seres humanos, tanto no plano individual quanto no coletivo, distanciando a mulher das possibilidades de emancipação social.

Além do gênero, outra categoria que tem sido utilizada para a compreensão da violência é a geração. A infância, compreendida como categoria geracional, é construída historicamente em relação ao contexto político, econômico e em articulação com as demais categorias: classe social, etnia e gênero. A geração da infância está em contínua transformação, tanto pela entrada e saída de seus atores, como pela interação com o contexto social. A separação das crianças do mundo dos adultos e a institucionalização delas nas escolas configurou a hodierna construção da infância⁽⁵⁾.

Assim, “[...] a sociologia da infância propõe-se a interrogar a sociedade a partir de um ponto de vista que toma as crianças como objeto de investigação sociológica por direito próprio, fazendo crescer o conhecimento, não apenas sobre infância, mas sobre o conjunto da sociedade globalmente considerada. A infância é concebida como uma categoria social do tipo geracional por meio da qual se revelam as possibilidades e os constrangimentos da estrutura social [...]”⁽⁵⁾.

INVESTIGAÇÕES SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES E CRIANÇAS:

1. ESTUDOS UTILIZANDO MATERIAL EMPÍRICO OBTIDO NAS MÍDIAS DIGITAIS

Conforme dito anteriormente, o Grupo de Pesquisa GSE tem se dedicado a estudar o fenômeno da violência contra as mulheres e crianças, com a finalidade de dar visibilidade aos temas e, também, inovar na forma de recortar o objeto de investigação e os procedimentos metodológicos, entre os quais, encontram-se as pesquisas que utilizam mensagens das mídias digitais como material empírico.

Durante a pandemia do novo coronavírus (COVID-19) e a ascensão do número de casos de violência contra a mulher registrados no Brasil, o GSE desenvolveu o projeto de pesquisa intitulado “Violência contra a mulher em tempos de pandemia: situação geral, concepções e estratégias de enfrentamento”, com o objetivo de analisar como as mídias digitais retratavam a violência contra as mulheres no início da pandemia da COVID-19 no Brasil e conhecer estratégias de enfrentamento da violência contra a mulher divulgadas pelas mídias digitais neste período⁽⁶⁾.

Para tanto, foi realizado um estudo documental, exploratório e descritivo de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados em quatro fontes de dados: a) notícias publicadas em dois portais virtuais e dois jornais de circulação nacional; b) comentários publicados na rede social Twitter; c) informações publicadas nas páginas oficiais do Governo Federal, do Distrito Federal e dos 26 estados brasileiros; d) informações publicadas em quatro páginas vinculadas ao movimento de mulheres. Os dados foram coletados entre 11 de março e 30 de abril de 2020 por meio de instrumento semiestruturado. As notícias e os comentários selecionados foram submetidos à análise de conteúdo temática por meio do *software* de análise qualitativa webQDA.

A amostra do estudo foi constituída por 150 notícias dos portais virtuais e jornais, 499 comentários do Twitter, 45 publicações dos portais governamentais, 42 publicações dos portais não-governamentais e 33 casos de violência contra a mulher.

O estudo revelou o aumento dos casos de violência contra a mulher no nível federal e o crescimento dos casos de feminicídios nos Estados já no início da pandemia de COVID-19. Para as mulheres, o domicílio tornou-se lugar de perigo e insegurança, pelo aumento do tempo de convivência com os autores das agressões. Além das mudanças na vida privada, a pandemia acarretou mudanças na vida pública das mulheres, principalmente, no que se refere ao setor econômico, educacional e de saúde. Constatou-se, por meio do conteúdo veiculado pela mídia, que a pandemia proporcionou um cenário favorável para a perpetração da violência contra a mulher⁽⁷⁾.

Os resultados do estudo também evidenciaram por meio de 33 relatos de violência contra a mulher que os principais autores das violações foram pessoas conhecidas pelas vítimas (maridos, namorados, companheiros e ex-maridos). Dentre os tipos de violência, houve o predomínio da violência física manifestada pelo uso da força, de arma branca e de arma de fogo, destacando-se o domicílio como local de perpetração. Observou-se

que a mídia tratou a violência como um fenômeno unicausal e linear, tendo como causa o distanciamento social e como efeito a violência contra a mulher. Porém, apesar de os casos veiculados associarem a ocorrência dos eventos violentos ao período do distanciamento social, em somente uma reportagem a mulher havia sido violentada pela primeira vez durante a pandemia de COVID-19⁽⁸⁾.

No que se refere ao enfrentamento da violência contra a mulher no início da pandemia de COVID-19, o estudo identificou três tipos de estratégias: estratégias adotadas para comunicação com as mulheres, estratégias adotadas pelos serviços de atendimento e estratégias para informar a população. Para a comunicação com as mulheres, foram citados canais telefônicos, aplicativos, páginas eletrônicas, sistemas computacionais de inteligência artificial e mapeamento. Dentre os serviços de atendimento adaptados ao contexto da pandemia, destacaram-se os serviços de acolhimento e de atendimento psicológico, a patrulha Maria da Penha, a delegacia civil, os sistemas de justiça e legislativo. Para informar a população sobre a problema, foram propostas cartilhas, campanhas, *lives*, orientações em condomínios, grupos de apoio, transporte gratuito, projetos de extensão universitária e programas solidários⁽⁶⁾.

Outro estudo utilizando como fontes de dados as mensagens veiculadas nas mídias demonstram nitidamente o protagonismo destas na construção do ideário social sobre fenômenos que cercam a vida das mulheres. Um desses temas foi um estudo sobre aborto legal na infância⁽⁹⁾.

Os objetivos foram identificar e interpretar à luz das categorias gênero e geração as contradições contidas em reportagens da imprensa escrita brasileira sobre caso envolvendo uma vítima de violência sexual e consequente aborto legal, caso este intensamente retratado nos meios de comunicação à época do seu acontecimento. Tratava-se do caso de uma menina de 10 anos de idade, vítima de violência sexual praticada pelo tio no espaço doméstico, desde os seis anos de idade. O caso teve grande repercussão na imprensa brasileira quando a gravidez foi diagnosticada e a vítima optou pelo aborto legal.

A discussão sobre o acesso ao aborto legal no Brasil é primordial para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e meninas. No caso dessas últimas, é premente a ampliação do conhecimento sobre os meandros da interrupção da gravidez na infância e na adolescência, uma vez que o fenômeno reúne diferentes tipos de violações. Dessa forma, a análise do percurso de meninas vítimas de violência sexual para o acesso ao aborto legal é importante para o rompimento de barreiras que tornam suas jornadas ainda mais onerosas e sofridas, do que é inerente a um procedimento de exceção. O problema agrava-se nos casos em que há grande repercussão midiática, já que, em tempos de mundialização, as mídias constituem espaço de excelência para a produção e reprodução da consciência social. Este movimento mostra-se mais expressivo quando se trata de tema contundente como o aborto^(10,11).

Tratou-se de um estudo documental de abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria da Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva. Os dados foram coletados por meio de 78 reportagens publicadas em dois jornais de circulação nacional no período de agosto a outubro de 2020, por meio de instrumento semiestruturado. O tratamento foi realizado por análise de conteúdo temática com o apoio do *software* webQDA.

Os resultados deste estudo desvelam as contradições identificadas no caso de uma menina brasileira, cujo direito à integridade física, psíquica e moral à não-violência está garantido na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente. No entanto, na rota crítica para realizar o aborto legal, ela sofreu uma sucessão de violações de diferentes tipos, em diferentes contextos (família, serviço de saúde, rede de proteção à infância e Estado brasileiro), que dificultaram a concretização de seu direito e sua decisão pela interrupção da gravidez.

Apesar de amplamente defendida pela legislação, a infância mostrou-se extremamente enfraquecida diante da força dos discursos dos agentes públicos e de uma parcela dos profissionais a atenderam, todos adultos. A situação de violência sexual sofrida mostrou-se de menor importância quando comparada à criminalização do aborto. Não fosse a ação dos movimentos de mulheres e de outras instâncias de controle social, sua vida teria sido seriamente comprometida, ao contrário do que se espera numa sociedade que valoriza o futuro de suas gerações.

A utilização da imprensa escrita como fonte de dados mostrou-se potente para captar as diferentes percepções associadas à violência sexual e ao aborto legal na infância. Acredita-se que, de uma maneira geral, as mídias têm capacidade de influenciar e serem influenciadas pela opinião pública. Dessa forma, a pesquisa de abordagem qualitativa revela-se uma importante ferramenta para captar os discursos transversais aos conteúdos veiculados pelas mídias, a fim de identificar contradições que possam ser superadas por meio de ações interventivas na realidade objetiva.

2. ESTUDOS INTERVENTIVOS – PESQUISANDO E INTERVINDO NA REALIDADE AO MESMO TEMPO

Paralelamente ao uso da mídia, o GSE também tem se destacado no desenvolvimento de pesquisas interventivas, como é o caso da Intervenção Educativa Crítico-emancipatória por meio do Jogo Violetas: Cinema & Ação no enfrentamento da violência contra a mulher. A Intervenção Educativa (IE) consiste em uma Oficina de Trabalho Crítico-emancipatória, que é um método de investigação e intervenção estruturado na educação crítico-emancipatória e na epistemologia feminista. Está estruturada em quatro momentos: aquecimento, reflexão individual, reflexão grupal e síntese⁽¹²⁾.

A IE está dividida em duas sessões de três horas de duração cada. No primeiro momento da IE, os participantes são questionados sobre as expectativas prévias à atividade e realizam uma partida do Jogo Violetas. É um jogo de tabuleiro colaborativo e estratégico, constituído por quatro a oito jogadores, que representam personagens da rede de enfrentamento (educador, operador de direito, integrante de políticas públicas ou profissional de saúde, e cidadão do movimento de mulheres). No início da partida, cada jogador recebe uma carta-referência que indica a personagem e suas habilidades especiais. Todos os jogadores se movimentam entre as cidades do tabuleiro, distribuídas em cinco regiões, com a finalidade de cercar os casos de violência. O jogo é constituído por perguntas de múltipla escolha e dissertativas, fundamentadas em cenas de filmes que abordam temas relacionados às questões de gênero associadas à violência contra a mulher. As perguntas respondidas corretamente possibilitam o acúmulo de cartas para a aquisição de quatro *tokens* que garantem a vitória. As perguntas respondidas incorretamente aumentam as situações de violência nas cidades do tabuleiro e podem resultar na derrota da partida⁽¹³⁾.

No segundo momento da IE, cada participante escolhe uma pergunta do jogo que despertou a atenção e descreve as consequências do problema para as mulheres envolvidas. No terceiro momento, os participantes são divididos em grupos, apresentam as perguntas selecionadas e escolhem uma para elaboração de ações em resposta ao problema identificado no jogo e aplicado na realidade concreta. No quarto momento, é realizada uma plenária na qual são compartilhadas as ações propostas pelos grupos e analisadas as potencialidades e os limites para a implementação na prática profissional. Por fim, os participantes constroem um mural por meio de imagens selecionadas em revistas que avaliam a experiência da participação na IE.

A primeira experiência de implementação da IE foi realizada com 28 profissionais que atuavam nas três primeiras unidades em funcionamento da Casa da Mulher Brasileira, localizadas em Brasília (Distrito Federal), Campo Grande (Mato Grosso do Sul) e Curitiba (Paraná). Na ocasião, os participantes elencaram três pautas que requerem maior investimento: a desconstrução dos padrões sexistas, os riscos da pornografia e o respeito à diversidade sexual. Para tanto, sugeriram a divulgação do tema na comunidade por meio de campanhas, palestras e cartilhas, o atendimento individual e grupal às mulheres em situação de violência, e a qualificação dos profissionais que atuam no atendimento das usuárias.

A segunda experiência de implementação da IE foi realizada com 12 profissionais que atuavam nos serviços de saúde e assistência social do município de João Ramalho (São Paulo). Na ocasião, os participantes enfatizaram o respeito à diversidade sexual. Diante disso, sugeriram a abordagem do tema nas instituições de ensino nos níveis fundamental e médio, a elaboração de campanhas para a conscientizar a população do município de maneira geral, a proposição de rodas de conversa com professores, alunos e familiares.

Outra experiência de utilização de intervenção educativa foi levada a cabo junto a profissionais que atendiam mulheres em situação de violência em vários setores da Prefeitura Municipal de Jundiá, no Estado de São Paulo. Recebemos uma solicitação daquela Prefeitura para a qualificação de seus profissionais responsáveis pelo atendimento às mulheres em situação de violência, através do Jogo Violetas: Cinema & Ação no enfrentamento da violência contra a mulher. O primeiro contato foi realizado pela Assessora de Políticas para Mulheres, que teve conhecimento do jogo por meio de uma matéria publicada no jornal da Universidade de São Paulo. Manifestou o interesse e a necessidade de qualificar os profissionais envolvidos no atendimento das mulheres em situação de violência junto ao Município. O projeto concretizou-se em 2019, quando foram desenvolvidas as seguintes atividades.

Inicialmente foi realizada uma Oficina de Trabalho, com duas sessões de três horas de duração cada, para dois grupos de profissionais trabalhadores de diversas áreas da Prefeitura Municipal de Jundiá e instituições coligadas. Dado tratar-se de Oficina de Trabalho Crítico Emancipatória, incluiu coleta de dados e uma intervenção educativa sobre violência contra a mulher. Foram realizadas partidas do Jogo violetas seguidas de discussão sobre as principais questões detectadas durante o Jogo. Na primeira oficina participaram 34 e na segunda 26 profissionais, totalizando 60 participantes dos seguintes setores: saúde, educação, Guarda Civil Municipal, Patrulha Maria da Penha e segurança pública (Delegacia Especial de Atendimento a Mulheres).

Posteriormente, os profissionais, juntamente com a Assessoria de Políticas para Mulheres do Município, identificaram a necessidade de ampliar o atendimento às mulheres em situação de violência por meio da construção de uma rede de atendimento com participação dos diferentes setores e seguindo a mesma metodologia, ou seja, a partir da reflexão possibilitada pelo jogo Violetas. Para atender essa necessidade, foi elaborada e implementada uma outra Oficina de Trabalho visando à construção coletiva dessa rede. A oficina de trabalho foi composta por três sessões com três horas de duração cada e foi replicada para dois grupos de profissionais. No primeiro grupo participaram 24 profissionais e no segundo 28 profissionais, totalizando 52 participantes. Havia pessoas que tinham participado da primeira Oficina e outras não, o que, na visão tanto dos profissionais como das coordenadoras, não impossibilitou o trabalho coletivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os exemplos de investigações citados nesta seção, envolvendo o conteúdo veiculado pelas mídias digitais e a intervenção educativa por meio de material lúdico como o jogo, são potentes para a captação da expressão da violência contra as mulheres na realidade objetiva, para a compreensão dos potenciais de fortalecimento e desgaste para o atendimento das necessidades em saúde das mulheres em situação de violência, para a efetivação de políticas públicas nas dimensões singular, particular e estrutural da sociedade, e para a qualificação dos profissionais da rede intersetorial no atendimento das mulheres em situação de violência.

Do ponto de vista epistemológico, as boas práticas em investigação envolvendo intervenção ao mesmo tempo revelam a potência da modalidade pesquisa-ação para incrementar a geração e a transmissão do conhecimento. Espera-se, com isto, ampliar o leque de modalidades de investigação fazendo com que as boas práticas incorporem novas maneiras de recortar, pesquisar e intervir no objeto de estudo.

Quanto à metodologia, o uso de *software* mostrou-se potente para apoiar a análise de diferentes tipos de fontes de dados, principalmente no que se refere à codificação e ao gerenciamento dos dados. Contudo, cabe aqui uma consideração: reconhece-se que pesquisadores que pretendem utilizar a análise combinada precisam apresentar domínio sobre as diferentes técnicas de análise de dados, bem como sobre as funcionalidades do *software* a fim de obter melhor proveito da usabilidade.

No âmbito da produção do conhecimento sobre a metodologia qualitativa, os estudos detectaram a potencialidade do uso das ferramentas digitais para a seleção das publicações de maneira independente, transparente e auditável. Além disso, evidenciou a possibilidade de utilização da análise de conteúdo temática com o apoio do *software* webQDA para o desenvolvimento e, conseqüentemente, para a geração de sínteses

qualitativas. A utilização da ferramenta digital e do *software* foram importantes para otimizar o processo de pesquisa, bem como para reduzir o viés interpretativo da análise dos dados, ao propiciar o trabalho colaborativo entre as autoras dos estudos.

REFERÊNCIAS

1. Egrý EY. A Glance at the Good Practices of Nursing in Primary Care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2023 Jan 16];71(3):930–1. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000300930&lng=en&tlng=en. DOI: 10.1590/0034-7167.2018710301.
2. Fonseca RMGS, Guedes RN, Zalaf MRR, Venâncio KCMP. The gender research in nursing production: contributions of the gender, health and nursing research group from the university of São Paulo School of Nursing. *Rev Esc Enferm USP*. 2011[cited 2023 Jan 16];45(Esp.2):1690–5. Available from: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40889/44345>. DOI: 10.1590/S0080-62342011000800009.
3. Fornari LF, Fonseca RMGS. Prevenção e enfrentamento da violência de gênero por meio de jogos educativos: uma revisão de escopo. *Rev Ibérica Sist e Tecnol Informação* [Internet]. 2019[cited 2023 Jan 16];(33):78–93. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-98952019000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: 10.17013/risti.33.78-93.
4. Moura I. Guia Mídia e Direitos Humanos[Internet]. São Paulo: Intervezes; 2014[cited 2023 Jan 16]. 128 p. Available from: <https://intervezes.org.br/publicacoes/guia-midia-e-direitos-humanos/>.
5. Sarmiento MJ. Gerações e alteridade: interrogações a partir da sociologia da infância. *Educ Soc* [Internet]. 2005[cited 2023 Jan 16];26(91):361–78. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302005000200003&lng=pt&tlng=pt. DOI: 10.1590/S0101-73302005000200003.
6. Fornari LF, Lourenço RG, Oliveira RNG, Santos DLA, Menegatti MS, Fonseca RMGS. Domestic violence against women amidst the pandemic : coping strategies disseminated by digital media. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021[cited 2023 Jan 16];74(Suppl 1):e20200631. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/gVWKQ6LYc6hffHxknL7QD3p/?lang=en>. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0631.
7. Fornari LF, Menegatti MS, Lourenço RG, Santos DLA, Oliveira RNG, Fonseca RMGS. Violence against women at the beginning of the Covid-19 pandemic: the discourse of the digital media. *Rev Min Enferm*[Internet]. 2021[cited 2023 Jan 16];25:e-1388. Available from: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622021000100227. DOI: 10.5935/1415.2762.20210036.
8. Menegatti MS, Fornari LF, Santos DLA, Lourenço RG, Fonseca RMGS. Retratos da violência doméstica de gênero na pandemia da Covid-19. *Comun Inovação*[Internet]. 2020[cited 2023 Jan 16];21(47):158–75. Available from: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_comunicacao_inovacao/article/view/7236. DOI: 10.13037/ci.vol21n47.7236.
9. Fonseca RMGS, Fornari L, Egrý EY, Borges WD, Oliveira MAC, Elias ARR. Aborto legal na infância retratado pela imprensa escrita brasileira: perspectivas para o cuidado. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2022[cited 2023 Jan 16];36. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/47345>. DOI: 10.18471/rbe.v36.47345.
10. Gomes FMT, Zucco LP. Aborto e mídia: um estudo a partir do feminismo decolonial. *Zo Fr Rev del Cent Estud Interdiscip sobre las Mujeres, y la Maest Pod y Soc desde la Probl Género* [Internet]. 2018[cited 2023 Jan 16];107–39. Available from: <https://zonafranca.unr.edu.ar/index.php/ZonaFranca/article/view/81>. DOI: 10.35305/zf.v0i26.81.
11. Belin LL, Rizzotto CC. Menos Estigma, Pouco Aprofundamento: Uma Análise de Enquadramento Noticioso sobre o Direito ao Aborto. *Rev ECO-Pós* [Internet]. 2021[cited 2023 Jan 16];24(1):159–87. Available from: https://revistaecopos.eco.ufrj.br/eco_pos/article/view/27609. DOI: 10.29146/ecopos.v24i1.27609.
12. Fonseca RMGS, Oliveira RNG, Fornari LF. Prática educativa em direitos sexuais e reprodutivos: a oficina de trabalho crítico-emancipatória de gênero. In: PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Atenção Primária e Saúde da Família: Ciclo 6. Porto Alegre: ARTMED; 2017. p. 59–120.
13. Pires MRG, Almeida A, Gottens LBD, Oliveira RN, Fonseca RMGS. Gameplay, learning and emotions in the board game Violets: Movie & action in confronting violence against women. *Cien Saude Colet*[Internet]. 2020[cited 2023 Jan 16]. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wqj8jkZY7pgmcsyqnGbvqy/abstract/?lang=en>. DOI: 10.1590/1413-81232021268.00902020.



<https://doi.org/10.51234/aben.23.e21.c16>

BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE E DESAFIOS COM POPULAÇÃO DE INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA E TRANSPLANTADOS DE ÓRGÃOS

Bartira Roza ORCID: 0000-0002-6445-6846

Universidade Federal de São Paulo

A pandemia certamente nos deixou um legado de experiências e desafios em relação aos cuidados de pacientes sobretudo daqueles considerados vulneráveis, com destaque para os pacientes que aguardam por um transplante e já transplantaram. Ambos os grupos foram muito afetados durante a pandemia.

Quando falamos em doação e transplante de órgãos e tecidos podemos afirmar que se trata de um binômio indivisível, já que um não ocorre sem o outro, portanto precisamos de uma doação para se ter um transplante, seja este com doador vivo ou falecido.

O Brasil possui um alto número de transplantes por ano, sendo o segundo em número de transplantes absolutos.

Adicionalmente, nos últimos 25 anos nosso grupo de pesquisa da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo desenvolveu e desenvolve importantes contribuições científicas na área de doação e transplante, tornando-se estratégica para o Ministério da Saúde, e outros organismos nacionais e internacionais.

Em relação ao orçamento dessa área no Brasil é dotado de política pública em desenvolvimento por se tratar da alta complexidade e suas diretrizes estarem portanto em constante atualização. E para seu desenvolvimento instituições públicas ou privadas estão autorizadas a realizar captação de órgãos e transplante de órgãos, tecidos ou células, quase 91% dos transplantes são realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, o transplante no Brasil é considerado uma importante questão de saúde pública. Pois as pessoas que estão em fila de espera são aquelas com doenças de atenção primária e que com a falência de um órgão a possibilidade do transplante aumenta sua sobrevivência. E durante a pandemia essas pessoas foram consideradas de risco, devido a alta prevalência e incidência de pacientes diabéticos e hipertensos nesse grupo.

Já os pacientes transplantados pela necessidade do uso de drogas imunossupressoras contra a rejeição do órgão transplantado e portanto, pelo aumento do risco representado pela sua fragilidade causada pela depressão do sistema imunológico. Dessa forma, ambos os grupos foram considerados grupo de risco e portanto vulneráveis. E infelizmente a conta da pandemia ceifou muitas vidas desses grupo, antes que alguns pudessem realizar o sonho de transplantar ou depois do transplante com o sonho interrompido.

Evidenciamos portanto, a inversão desproporcional que lutamos a anos para minimizar, o alto número de pessoas na filas de transplante e a queda nos números de transplantes. A pandemia enfim fazia sua incisão fina no tecido social, nos desafiando a fazer melhor a cada dia.

E isto significou a realização de teste COVID-19 em todos os doadores de órgãos, tecidos e células para garantir segurança e não transmissibilidade da doença aos receptores. E como consequência muitos pacientes não conseguiram transplantar. Uma questão ética importante e pungente pois ao proteger uma pessoa de não adquirir uma doença também impedimos de ser tratar e assim tentar salvar uma vida, ou várias. Será que essa decisão foi a melhor? Poderíamos ter deixado o paciente decidir pela sua autonomia, se ele queria correr esse risco?

A queda no número de doadores nos faz pensar em nossas decisões e quanto poderíamos ter feito, pois foi representado pelo aumento da mortalidade em fila de transplante, voltando a quase dez anos antes da pandemia em termos de resultados em saúde.

O ano de 2021 representou com a vacinação, uma importante retomada lenta do transplante no Brasil e no mundo, principalmente dos órgãos.

Todos os nossos problemas relacionados as perdas de doadores seja por motivo manutenção do potencial doador, ou por algum resultado de exame clínico ou sorológico, ou parada cardíaca ou após a entrevista familiar a recusa da família em doar os órgãos dos seus parentes falecidos, podem ser mitigados se após estudos individualizados em cada região estabelecermos diagnóstico local e assim propor soluções viável e na maioria das vezes não onerosa mas efetiva na melhoria dos resultados relacionados ao processo de doação e captação de Órgãos, tecidos e células.

Dessa forma, trabalhar com boas práticas na área no processo doação-transplante pressupõe realizar diagnóstico correto para aumentar a oferta de órgãos e diminuir a mortalidade em fila de transplante. Garantir a qualidade de vida pós transplante significa implantar trabalho interdisciplinar em todos os níveis de atenção com desenvolvimento de todos princípios do SUS.

Considerando que o processo doação-transplante se inicia com o consentimento do paciente ou família, retirada do material biológico, coleta, processamento, acondicionamento, armazenamento, distribuição e implantação. E durante esse processo alguns resultados são acompanhados para garantir a segurança e qualidade desta forma de tratamento. Dois importantes resultados que deveriam ser acompanhados e não apenas estudos quando necessário são a qualidade de vida e adesão ao tratamento.

Durante a pandemia observamos quão difícil foi a adesão às medidas sanitárias, e isto não foi diferente com os pacientes a espera de um transplante e transplantados.

Nessa área do conhecimento utilizamos a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) relacionada a adesão e não a mensuração de medicação tomada pelo paciente a cada dia. Isso porque a adesão é bem mais complexa e deve ser medida em relação ao seguimento das orientações fornecidas pelos membros da equipe multiprofissional de saúde que é responsável pelo seu cuidado.

Um exemplo é que a não adesão do paciente à medicação causa rejeição, e essa relação direta pode custar a vida do paciente, evidenciando a adesão não somente como importante, mas sobretudo desfecho para pacientes que utilizam essa forma de tratamento. Isso representa gastos evitáveis em saúde.

Assim, o desfecho de adesão e qualidade de vida deveriam fazer parte da rotina procedimental dos serviços de saúde comprometidos com os melhores resultados ou como parte integrante do capítulo resultados e indicadores de uma política pública na área do transplante no Brasil.

Os resultados de sobrevivência e mortalidade, tempo em fila, e outros já são mensurados pelo Ministério da Saúde e Associação Brasileira de Transplantes de órgãos, mas os custos do transplantes no Brasil e no mundo exigem investimento em informações a altura do seu retorno social.

Dados internacionais dão conta de que cada perda de um enxerto custaria nove mil dólares aos cofres públicos, isto porque as reinternações, exames, a perda em si do órgão representam a ineficiência dos serviços de saúde em atender as necessidades do paciente por meio de bons desenhos de processos assistenciais interdisciplinares e em todos os níveis de atenção: primária, secundária e terciária.

Assim, adesão está intimamente relacionada com auto gerenciamento, e sabemos o quão difícil representou a adesão durante a pandemia. Não é difícil imaginar a intersecção entre a alta adesão e o auto gerenciamento e o trabalho dos profissionais de saúde. É por esse motivo que quando falamos em adesão não estamos falando somente em tomada de comprimido, mas nas atitudes, nos comportamentos, de fazer atividade física, de retorno às consultas, de alimentação saudável, entre outros; nas condições para ser ter os melhores resultados em saúde, e que diferentes populações tem diferentes resultados de uma mesma terapêutica.

Os pacientes nos mostram com blisters de medicamentos o quanto isso custa em um ano de suas vidas. A persistência em tomar essas medicações é a adesão medicamentosa e qualquer descontinuidade é representada pela não adesão medicamentosa seja esta por qualquer motivo, porque esqueceu de tomar, por que tomou metade ou parte da dose, etc.

Dessa forma, manter as boas práticas na área dos transplantes não é simples e notoriamente realizar um procedimento, mas sobretudo reunir uma equipe especializada capaz de unir esforços em prol de melhores resultados para os pacientes a cada dia.

E possuímos métodos diretos e indiretos para realizar mensurações desse tipo, todos descritos em literatura científica. Mas a indicação como padrão ouro é a triangulação de diferentes medidas, representando alto grau de sensibilidade. Assim, pode-se ter uma mensuração de nível sérico da droga adicionado as duas outras mensurações de blister e auto relato ou opinião do especialista.

Durante a pandemia observamos como a adesão foi comprometida pelo desencontro de informações, fazendo com que muitos pacientes tivessem comportamentos diferentes por seguirem orientações diferentes. E isso representou um alto risco de mortalidade.

Dessa forma, profissionais de saúde devem estar orientados pelas melhores evidências científicas para cuidar dos pacientes de forma respeitosa e ética, porque como o exemplo das vacinas, os medicamentos imunossupressores são gratuitos.

E na agenda de segurança do paciente do Brasil desde 2013, e agora pela Agenda Internacional de Segurança do Paciente – Agenda 2021-2030. temos objetivos para envolver esses pacientes e ampliar o acesso da sociedade a informações que garantam segurança mitigar reações ou eventos adversos.

Na área da doação e transplante temos a biovigilância como um conjunto de ações de monitoramento que abrange todo o ciclo de células, tecidos e órgãos, desde a doação até a evolução clínica, não só do receptor, mas do caso daqueles que não usam doador falecido, no caso do doador vivo.

A Escola de Enfermagem da Unifesp, contribuiu em conjunto com a Escola Paulista de Medicina da Unifesp para fortalecer a política de segurança do paciente, entre outras iniciativas responderam ao chamado da Anvisa Programa das Nações Unidas para a implantação de um Sistema Nacionais de Biovigilância, por meio de plataformas informatizadas em tempo real. Este esforço, além da segurança busca trazer qualidade de vida aos pacientes pós-transplantes. E, Tivemos oportunidade de publicar o primeiro artigo com os eventos adversos no processo de doação de transplantes.

Outro esforço de trabalho social e de pesquisa foi identificar o quanto o retorno as atividades laborais dos pacientes pós-transplantes têm impacto sobre a qualidade de vida. O trabalho na vida das pessoas ocupa lugar de destaque para manter sociabilidade e qualidade de vida. Ao fazer as buscas sobre o tema, verificamos que havia estigma e discriminação com pacientes transplantados. O estigma desses pacientes é semelhante aos o paciente com uma incapacidade física usuários de drogas, doença mental, raça/ etnia, HIV, câncer e agora, o estigma oculto do transplante. Além do estigma, nessa pesquisa, por exemplo, concluímos que os pacientes pertencentes à classe C têm menos chance de voltar ao trabalho do que os pacientes da classe A ou B. Assim, a classe social dos pacientes transplantados mostra uma vulnerabilidade adicional para o retorno ao trabalho e maior risco de menor qualidade de vida.

Nosso grupo de pesquisa formado por alunos de graduação em enfermagem e medicina, residentes do programa multiprofissional em transplante têm se dedicado a trabalhar com as melhores práticas assistências nos ambulatórios e unidades de internação de pacientes transplantados. E, nos últimos 25 anos têm desenvolvido instrumentos e ferramentas para avaliar o processo de doação e transplante de órgãos e tecidos do Brasil.

Como exemplo realizamos a tradução e adaptação do modelo espanhol para ajudar a melhorar perdas de potenciais doadores, e adicionalmente desenvolvemos instrumentos de avaliação das causas de recusa familiar para corrigir boas práticas. Verificamos que a não compreensão do diagnóstico de morte encefálica

era o principal fator de recusa. Isto nos fez repensar a forma de dar más notícias as famílias no momento da perda e modificou nosso modelo assistencial na doação de órgãos e tecidos.

As iniciativas de instrumentos e qualificações com métodos apropriados nas últimas décadas têm sido aplicadas na formação de profissionais para aprender a comunicar más notícias e se tornou uma exigência para aqueles que atuam na área da doação de órgãos.

Dentre, as abordagens científicas para compreender as questões relacionadas a segurança e qualidade de vida no pós-transplante passamos a estudar a adesão a terapêutica medicamentosa que garante a sobrevida do paciente e do enxerto.

Os estudos para medir adesão mostraram por exemplo, que quando o paciente possuía uma rede de apoio tinha melhor adesão, além disso percebemos que sintomas depressivos e efeitos colaterais de medicamentos, como laxantes no pós-transplante levam o paciente a não seguir os cuidados em saúde e abandonar ou usar irregularmente os medicamentos fundamentais para manutenção da funcionalidade do órgão transplantados como os imunossupressores.

Ao longo dos anos, também participamos de estudos internacionais para avaliar a adesão de pacientes cardíacos envolvendo 11 países. E, apesar do nosso país possuir uma política pública como Sistema Único de Saúde (SUS) que fornece imunossupressão de forma gratuita, os nossos índices de adesão eram iguais àqueles países que não fornecem a medicação. Então, nos associamos a centros transplantadores da Austrália, Reino Unido, Suíça, Alemanha e Bélgica que têm se dedicado a compreender os fatores que levam os pacientes a não aderirem ao tratamento.

Assim, verificamos que nossos pacientes na Unifesp tinham índices de 49% de adesão, assim precisávamos mudar estes indicadores e implantar ações de boas práticas para melhorar a adesão dos pacientes a terapêutica. Outros fatores relacionados estão sendo estudados como espiritualidade, religião e práticas terapêuticas complementares podem auxiliar na melhoria destes indicadores.

Outra importante iniciativa ocorre com parceria com pesquisadores da George Washington University que há cerca de 10 anos têm nos permitido trabalhar com indicadores de qualidade dos serviços de doação e transplantes com a tradução e implantação de ferramentas de gestão e avaliação de qualidade já aplicados nos Estados Unidos. Também, tem sido frutífera a parceria com o Canadá com estudos relacionados a análise de rede social, o papel dos coordenadores de doação de órgãos e tecidos (OTDC) e a complexidade de processos de doação de órgãos.

Considerando que, o programa de doação e transplante de órgãos e tecidos é a maior política pública do mundo, também temos nos dedicado a fazer análise de custos, mapeando o quanto custa no pós transplante as perdas por eventos adversos e se apenas a sobrevivência dos paciente deve ser o principal indicador, se levarmos em conta os recursos investidos pelo Ministério da Saúde.

E desde 2015 utilizamos outra boa prática que é o plano terapêutico singular (PTS), no qual a partir de discussões de caso na unidade de transplantes de uma forma multiprofissional e cuidado interdisciplinar, estabelecemos com o paciente meta de cuidados e fazemos o seguimento com a rede básica de saúde do sistema (referência e contra-referência) para pactuar melhoria da adesão, qualidade de vida, retorno ao trabalho quando possível e diminuição do estigma social dos pacientes, entre outras iniciativas com pacientes refugiados transplantados que merecem especial cuidado para minimizar sua vulnerabilidades.

O transplante é oferecido em todos os sistemas de saúde, muito bem estabelecida em todo o mundo e uma possibilidade terapêutica de sucesso para doenças crônicas e eventos agudos graves e o grande desafio, ainda é acessibilidade, segurança e qualidade de vida aos pacientes transplantados. A OMS/OPAS tem trabalhado com seus países membros para garantir os princípios éticos que envolvem a doação, especialmente para coibir o turismo para transplantes e a proteção dos vulneráveis. Assim, em 2017 foi estabelecido as estratégias e o plano de ação regional ao nível das Américas para o tema da doação e acesso equitativo ao transplante de órgãos, tecidos e células para os anos de 2019 a 2030, denominado,

Plano de Ação Estrategia y Plan de Acción sobre Donación y acceso equitativo al Trasplante de Órganos, Tejidos y Células 2019-2030.

Entre as linhas estratégicas de ação definidas, determinou-se que haja melhoria de gestão da informação e das atividades de monitoramento, vigilância, avaliação e gestão de riscos. Definiu-se como um indicador de controle desta ação o quantitativo de países que contam com mecanismos de notificação, vigilância e gestão de eventos adversos informados ao sistema de biovigilância implantado e coordenado pela autoridade competente.

Assim, precisamos de iniciativas que busquem mecanismos de avaliações sobre a implantação dos Sistemas de Biovigilância na América Latina, e, portanto, avaliação do compromisso em relação as metas internacionais.

Outra linha estratégica é a promoção da doação de órgãos, tecidos e células para aumentar a disponibilidade e assegurar o acesso oportuno, por meio de análises das perdas e tipos de consentimento nos países de América Latina e outros países em relação aos sentimentos e relações com o corpo em nossa sociedade para promover ações que direcionadas possibilitem aumento sustentável das doações de órgãos, tecidos e células. E para tato, ainda precisamos entender as relações entre os modelos de consentimento e as taxas de recusa familiar, ou conhecer e analisar outros fatores que possibilitam ou impactam negativamente sobre essas taxas.

Para alcançar esses e outros desafios propostos pela OMS/OPAS precisamos unir profissionais especialistas nessa área do conhecimento para responder a estas demandas com responsabilidade ética. Portanto, ao longo de 25 anos nosso grupo construiu parcerias nacionais e internacionais, formou profissionais especializados, recebeu prêmios acadêmicos e financiamentos para pesquisa, por acreditar que o programa de transplante deve refletir os valores do modelo de saúde brasileiro que propõe universalidade, equidade e integralidade.

Somente dessa forma, acreditamos que será possível com honrar os doadores falecidos e suas famílias pelo ato de amor e solidariedade ao próximo, bem como devolver à sociedade o alto custo do investimento público dessa modalidade terapêutica.

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Registro Brasileiro de Transplantes [internet]. São Paulo (SP): ABTO; 2022 [citado 2023 Jan 24]. Disponível em: <https://site.abto.org.br/wp-content/uploads/2022/06/RBT-2022-Trimestre-1-Populacao-1.pdf>
2. World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action [internet]. Geneve: World Health Organization; 2003 [citado 2023 Jan 24]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (CONITEC). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas imunossupressão no transplante hepático em adultos [internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [citado 2023 Jan 24]. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt_imunossupressao-pos-transplante-hepatico.pdf
4. De Geest S, Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2003;2(4):323.
5. Sexton DJ, O’Kelly P, Williams Y, Plant WD, Keogan M, Khalib K, et al. Progressive improvement in short-, medium- and long-term graft survival in kidney transplantation patients in Ireland - a retrospective study. *Transpl Int.* 2019;32(9):974–84.
6. Foitzek N, Ávila CC, Ivandic I, Bitenc Č, Cabello M, Gruber S, et al. What Persons with Chronic Health Conditions Need to Maintain or Return to Work-Results of an Online-Survey in Seven European Countries. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(4):595.
7. Huda A, Newcomer R, Harrington C, Blegen MG, Keeffe EB. High rate of unemployment after liver transplantation: analysis of the United Network for Organ Sharing database. *Liver Transpl.* 2012;18(1):89-99.
8. Rivera EL, Aponte J, Montes MC, Adams CD, Gómez-Mesa JE. Factors Associated with Return to Work After Heart Transplantation: A Systematic Review of the Literature. *Am J Med Sci.* 2021;362(6):586–91.
9. Goffman. Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC; p. 198183.
10. Cook JE, Purdie-Vaughns V, Meyer IH, Busch JT. Intervening within and across levels: A multilevel approach to stigma and public health. *Soc Sci Med.* 2014;103:101-109.
11. Laguardia J, Campos MR, Travassos C, Najjar AL, Anjos LA, Vasconcellos MM. Dados normativos brasileiros do questionário Short Form-36 versão 2. *Rev Bras Epidemiol.* 2013;16(4):889-97.

12. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol.* 2001;27:363–85.
13. Paim SM, Roza BA, Schirmer J. Eventos Adversos em Doação e Transplantes de Células, Tecidos e Órgãos. *Braz J Transplant.* 2022. 25(02):e8222.
14. Knihs NS, Schirmer J, Roza BA. Tradução transcultural de instrumentos de qualidade do processo de doação de órgãos. *Acta Paul Enferm.* 2014;27(1):56-62.
15. Pessoa JL, Schirmer J, Freitas D, Knihs NS, Roza BA. Ocular tissue distribution in the State of São Paulo: analysis on corneal discarding reasons. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2019;27:e3196.
16. Moura LC, Oliveira PC, Santos JG, Paglione HB, Nascimento Neto JM, Santos RC, et al. An analysis of the quality indicators of the organ donation process in São Paulo, Brazil. *Clin Transplant.* 2015;29(12):1047-53.
17. Silva VS, Moura LC, Martins LR, Santos RC, Schirmer J, Roza BA. In-house coordination project for organ and tissue procurement: social responsibility and promising results. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2016;24:e2773.
18. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Doação de órgãos – A Arte de dar Más Notícias [internet]. São Paulo (SP): FAPESP; 2015 [citado 2023 Jan 24]. Disponível em: https://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2015/11/034-037_Do%C3%A7%C3%A3o-de-%C3%B3rg%C3%A3os_237.pdf
19. Helmy R H, Almeida SS, Denhaerynck K, Berben L, Dobbles F, Russel CL, et al. Prevalence of Medication Nonadherence to Co-medication Compared to Immunosuppressants in Heart Transplant Recipients: Findings From the International Cross-sectional BRIGHT Study. *Clin Ther* 2019;41(1):130-6.
20. Paglione HB, Oliveira PC, Mucci S, Roza BA, Schirmer J. Quality of life, religiosity, and anxiety and depressive symptoms in liver transplantation candidates. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03459.
21. Lazarini LF, Ohler L, Schirmer J, Roza BA. Validation of the American Quality Assessment Model and Performance Improvement to the Brazilian transplant. *Rev. Latino-Am Enfermagem.* 2020;28:e3252.
22. Muehrer RJ, Becker BN. Life after transplantation: new transitions in quality of life and psychological distress. *Semin Dial.* 2005;18(2):124–31.
23. Tarabeih M, Bokek-Cohen Y, Azuri P. Health-related quality of life of transplant recipients: a comparison between lung, kidney, heart, and liver recipients. *Qual Life Res.* 2020;29(6):1631–9.
24. Milaniak I, Rużyczka EW, Dębska G, Król B, Wierzbicki K, Tomaszek L, et al. Level of Life Quality in Heart and Kidney Transplant Recipients: A Multicenter Study. *Transplant Proc.* 2020;52(7):2081–6.



<https://doi.org/10.51234/aben.23.e21.c17>

BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE E DESAFIOS COM A POPULAÇÃO LGBTQIA+

Joel Rolim Mancia^I ORCID: 0000-0001-9817-2537

Alexander de Quadros^{II} ORCID: 0000-0002-3023-7514

^I Academia Brasileira de Enfermagem-ABRADHENF

^{II} Faculdades Integradas de Taquara/FACCAT e ATITUS Educação

PARA COMEÇAR A CONVERSA...

A saúde da população LGBTQIAP+ é uma questão importante que requer atenção e esclarecimento constante, como uma atualização ou letramento da audiência sobre o tema. Intervenções baseadas em grupo são recomendadas para melhorar o atendimento à saúde dessas pessoas. Começar uma discussão sobre questões relacionadas ao coletivo LGBTQIAP+ é sempre muito polêmico, porque somos provocados a esclarecer questionamentos como: mas a saúde é para todos, somos todos iguais, os serviços de saúde têm atendimento universal e por aí segue. Tenho extrema simpatia pela estratégia de grupo, considerando que as intervenções baseadas em grupo devem ser recomendadas para melhorar o atendimento. Esta é uma política que desenvolvemos, a de trabalhar com grupos, notadamente os profissionais de enfermagem acatam essa recomendação. Entretanto uma coisa recomendada, não é algo que se faz sem uma política específica. Estudos de avaliação dessa estratégia mostram que ela é produtiva, que dá resultado. Em estudo realizado no Canadá (data) em que o usuário é central na coleta de informações, as impressões clínicas baseadas em grupo para condições de saúde deve ser recomendada para o sistema de saúde. Neste contexto o usuário é quem dá as diretrizes das melhores práticas de saúde.

O conteúdo de saúde de LGBT deve ser integrado à educação profissional para estudantes, ingressando na produção de saúde, algo superperinteressante, porque isso é uma decisão que provoca mudanças e faz todos mudarem para melhor. Ainda que pensemos o Brasil como um país conservador, e isto é demonstrado em nossas escolas que são extremamente. E se lá, onde se forma o pensamento, a educação temos um cenário conservador, a ressonância se dará na sociedade, que reproduz aqueles ensinamentos e incorpora aquelas ideias. Podemos ter uma percepção clara disto quando revisamos as posições das escolas em sua normas, poucas são sensíveis aos temas específicos para LGBTQIAP+. Uma possibilidade que se vislumbra seria a introdução já nos currículos de temáticas como Diversidade, Equidade, Inclusão e Acessibilidade, aproveitar a experiências dos alunos, reconhecer a interseccionalidade que aumenta a vulnerabilidade dos indivíduos, algo que esperamos venha explicitado nas Diretrizes Curriculares para os cursos da área da saúde.

Educação continuada deve ser recomendada para que profissionais de saúde tenham conhecimento, atitude, conforto e confiança profissional e sejam mais habilidosos no cuidado com as pessoas LGBTQIAP+. Se as instituições formadoras necessitam de uma melhor abordagem da problemática, na intenção de formar cidadãos mais comprometidos com a saúde, nossas organizações profissionais, das quais participamos como profissionais, reproduzem quase a mesma prática originada nas escolas.

Pesquisei alguns documentos das organizações de enfermagem e sobre elas, no caso, eu estou falando da enfermagem, porque sou eu sou enfermeiro, não encontrei declarações ou posicionamentos sobre a questão que fossem construídos pela própria organização. Entretanto, existem iniciativas que de certa forma representam algum avanço no pensamento das estruturas de poder dessas organizações. Como caso desta proposta que hoje explora as boas práticas em parcerias com escola e órgão político de âmbito nacional.

Também cabe destacar a iniciativa de sócios (Coletivo Enfermagem & Diversidade) da Associação Brasileira de Enfermagem que propuseram a formação de um grupo de trabalho no interior da Associação para tratar do tema LGBTQIAP+, com a finalidade de formular, propor, produzir posicionamentos e documentos de ordem, algo que foi aprovado e deverá se desenvolver ao longo do ano de 2023, feito que representa uma importante abertura na Associação que deverá em breve estar sendo comunicada para à sociedade.

DISCRIMINAÇÃO NO ATENDIMENTO EM AMBULATÓRIOS PÚBLICOS DE INFECTOLOGIA

A discriminação LGBTQIAP+ é uma questão séria e prevalente na sociedade, e infelizmente, também é encontrada em ambientes de saúde, incluindo ambulatorios de infectologia. Essa discriminação pode ser explícita ou implícita e pode ter sérias consequências para a saúde mental e física das pessoas LGBTQIAP+.

Os profissionais de saúde frequentemente não estão preparados para lidar com questões de saúde específicas de pacientes LGBTQIAP+. Muitas vezes, há falta de conhecimento ou entendimento sobre a diversidade de gênero e orientação sexual, e isso pode resultar em equívocos, julgamentos negativos e falta de atenção aos cuidados de saúde adequados. Em alguns casos, os profissionais de saúde podem se recusar a fornecer tratamento ou recusar seguir diretrizes acerca de tratamentos apropriados para pacientes LGBTQIAP+.

A discriminação pode ser particularmente prejudicial em ambientes de saúde, como os ambulatorios de infectologia, onde os pacientes podem já estar enfrentando uma série de desafios relacionados à saúde. A rejeição e a negação de tratamento adequado podem intensificar o estresse e a ansiedade, além de prejudicar a saúde geral dos pacientes.

Além disso, a discriminação pode desencorajar os pacientes LGBTQIAP+ a procurar tratamento quando precisam, o que pode levar a condições não tratadas e piorar sua saúde geral. Isso também pode levar ao aumento da propagação de doenças infecciosas, já que os pacientes não procuram tratamento oportuno.

É importante que os profissionais de saúde, incluindo os que trabalham em ambulatorios de infectologia, recebam treinamento e educação para melhor compreender e lidar com questões relacionadas à diversidade de gênero e orientação sexual. Isso inclui aprender a lidar com questões sensíveis e a fornecer cuidados de saúde respeitosos e inclusivos para todos os pacientes, independentemente de sua orientação sexual ou identidade de gênero.

Em resumo, a discriminação LGBTQIAP+ é uma questão séria e preocupante em ambientes de saúde, incluindo ambulatorios de infectologia. É crucial que sejam tomadas medidas para garantir que todos os pacientes, independentemente de sua orientação sexual ou identidade de gênero, tenham acesso a cuidados de saúde respeitosos, inclusivos e apropriados.

ABORDAGEM DE PESSOAS LGBTQIAP+

Então, a linguagem é fundamental porque ela proporciona uma experiência extremamente positiva e acolhedora quando adequada à pessoa LGBTQIAP+. Trago uma experiência do meu trabalho voluntário junto ao Conselho de Saúde, por um período longo, entre 1996 e 2016 como parte da Comissão DST/AIDS na época. Tínhamos uma demanda dos usuários LGBTQIAP+ em Porto Alegre, uma unidade de saúde.

A queixa se referia à abordagem dos profissionais de saúde aos usuários, às 7 da manhã, tinha aquela fila enorme de todos os pacientes presentes ali. Os pacientes eram chamados pelo nome de registro, embora muitos informassem o nome social na recepção, pediam para ser chamados assim. A chamada dos usuários

em voz alta por determinados profissionais da unidade produzia um constrangimento, que muitas vezes a pessoa não se identificava e abandonava o local, reverberando na adesão aos tratamentos. Outra situação no mesmo local se dava quando outro profissional ao organizar as filas, também fazia o chamamento em voz alta, e dizia o grupo da AIDS se posicione aqui, ou as pessoas com AIDS podem passar para cá. Aí, assim, a pessoa não conseguia se era um constrangimento sem tamanho. Nessa época nós conseguimos propor mudanças no local a fim de melhorar o atendimento. Mas, enfim, isso é o que afasta as pessoas.

Outro aspecto em que as pessoas LGBTQIAP+ estão envolvidas é a questão do envelhecimento e que não está sendo visto, é que a gente envelhece. Num dia exato, vocês sabem disso, quem já passou pela experiência de envelhecer não se envelhece aos pouquinhos, mas de repente. O que ou quem então define tua idade? É o outro, não é? Quem define o que tu és é o outro. Se não tivesse espelho tu não saberias qual é a cara que tu tens, é o olhar do outro nos vê como somos. Assim as pessoas LGBTQIAP+ também envelhecem, elas não morrem fisicamente, mas vão sofrendo um processo de invisibilidade, vão passando por um apagamento social. E este processo é mais doloroso em pessoas LGBTQIAP+, as quais em sua maioria não têm família. A família que elas acabam tendo é a família de amigos. Podem ir para instituições de idosos, lugares onde elas têm de omitir tudo sobre si, é como um retorno ao “armário”. Mas é assim, boas práticas é pensar em todas essas coisas, não é? Todas essas coisas devem conduzir ao cuidado integral das pessoas. Ao se elaborar o cuidado com este olhar estamos trabalhando com evidências para sustentar a prática. É a prática baseada em evidências, que hoje empregamos para nortear nosso trabalho e poder construir cuidado inclusivo.

Que a enfermagem começa a produzir esses documentos para, subsidiar a prática profissional e é fundamental que nossas organizações, as quais nós recorreremos em busca de defesa. Produzindo documentos, posicionando-se ou financiando pesquisa, como este projeto da Opas em parceria com a Aben e Unifesp que vai reunir um conjunto de evidências em saúde sobre essas várias populações, por meio de vídeos, apresentações e textos em um e-book contemplando os profissionais da saúde com um rico material para tomada de decisão e formulação de políticas públicas com foco no coletivo LGBTQIAP+.

O Inquérito Nacional de Saúde LGBT+ realizado durante a pandemia de COVID-19 traz alguns resultados que merecem ser vistos, como: Com relação à COVID-19, 4,8% testaram positivos. As taxas de episódios semanais de discriminação (36%) e de prevalência de depressão (24,8%) eram altas na população LGBT+ brasileira, o que destaca a saúde mental e a homofobia como preocupações no contexto LGBT+ durante a pandemia. Embora tenha transcorrido uma década desde a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, ainda é necessário treinamento de profissionais de saúde para oferecer serviços adequados.

Assim mesmo. Então era por enquanto era só assim. Eu espero que eu tenha dado conta minimamente do que me foi solicitado para falar. Então, passo a palavra para mediadora professora Dulce .

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Belmont F, Ferreira, AÁ. Global South Perspectives on Stonewall after 50 Years, Part II—Brazilian Stonewalls: Radical Politics and Lesbian Activism . Contexto Internacional [online]. 2020, v. 42, n. 3 [Accessed 10 November 2022] , pp. 685-703. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S0102-8529.2019420300008>>. Epub 23 Nov 2020. ISSN 1982-0240. <https://doi.org/10.1590/S0102-8529.2019420300008>
2. Juliana Lustosa Torres, Gabriela Persio Gonçalves, Adriana de Araújo Pinho, Maria Helena do Nascimento Souza. O Inquérito Nacional de Saúde LGBT+: metodologia e resultados descritivos. Cad. Saúde Pública 2021; 37(9):e00069521 <https://doi.org/10.1590/0102-311X0006952>
3. Gomes R. Agendas de saúde voltadas para gays e lésbicas. Ciência & Saúde Coletiva, 27(10):3807-3814, 2022 <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.23792021>
4. Ferreira, João Paulo, Inouye, Keika e Miskolci, Richard Homens homossexuais idosos e de meia-idade nas mídias digitais: autodescrição, apoio social e qualidade de vida. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 30, n. 02 [Acessado 5 Dezembro 2022], e300221. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300221>>. Epub 25 Set 2020. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300221>.

5. Luís Eduardo Soares dos Santos, Wemerson dos Santos Fontes, Ana Karla Sousa de Oliveira, Luisa Helena de Oliveira Lima, Ana Roberta Vilarouca da Silva, Ana Larissa Gomes Machado. Access to the Unified Health System in the perspective of male homosexuals. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2020, v. 73, n. 2 [Accessed 5 December 2022], e20180688. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0688>.
6. Ferreira, João Paulo and Miskolci, Richard Homosexuality and biomarkers of aging in the production of gerontological knowledge by American, British, and Brazilian authors. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2020, v. 36, n. 3 [Accessed 5 December 2022], e00222618. Available from: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00222618>>. Epub 13 Mar 2020. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00222618>.
7. Cassal, Luan Carpes Barros, Bello, Héder Lemos e Bicalho, Pedro Paulo Gastalho de Enfrentamento à LGBTIfobia, Afirmação Ético-política e Regulamentação Profissional: 20 anos da Resolução CFP nº 01/1999. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2019, v. 39, n. spe3 [Acessado 5 Dezembro 2022], e228516. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003228516>>. Epub 8 Maio 2020. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003228516>.
8. Abade, Erik Asley Ferreira, Chaves, Sônia Cristina Lima e Silva, Gisella Cristina de Oliveira Saúde da população LGBT: uma análise dos agentes, dos objetos de interesse e das disputas de um espaço de produção científica emergente. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 30, n. 04 [Acessado 5 Dezembro 2022], e300418. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300418>>. Epub 14 Dez 2020. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300418>.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. 1 ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf