

# ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE DE POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

• VOLUME III

RENAN SALLAZAR FERREIRA PEREIRA  
RENATA SOARES PASSINHO

Organização



DEPARTAMENTO  
DE ENFERMAGEM  
NA ATENÇÃO BÁSICA

Castro - 2012/1



**ASSOCIAÇÃO  
BRASILEIRA  
DE ENFERMAGEM**

Diretoria Nacional e Conselho Fiscal  
Gestão 2022/2025

**Jacinta de Fátima Senna da Silva**

Presidente

**Sônia Maria Alves**

Vice Presidente

**Rosalina Aratani Sudo**

Secretária Geral

**Aline Macêdo de Queiroz**

Diretora do Centro Financeiro

**Livia Angeli Silva**

Diretora do Centro de Desenvolvimento da Prática  
Profissional e do Trabalho de Enfermagem

**Érica Rosalba Mallmann Duarte**

Diretora do Centro de Publicações e Comunicação Social

**Cassia Barbosa Reis**

Diretor do Centro de Estudos e  
Pesquisas em Enfermagem

**Célia Alves Rozendo**

Diretora de Educação em Enfermagem

CONSELHO FISCAL – TITULARES

**Fidélia Vasconcelos de Lima**

**Maria do Amparo Oliveira**

**Keli Marini dos Santos Magno**

CONSELHO FISCAL – SUPLENTES

**Sandra Maria Cezar Leal**

**Lucília de Fátima Santana Jardim**

PRODUÇÃO EDITORIAL

**Paulo Roberto Pinto** | Projeto gráfico e diagramação

**Magdalena Avena** | Assistente editorial

IMAGEM DA CAPA

**João Carlos Corrêa** | Artista Independente. São Paulo, SP, 2021.

E56 Enfermagem no cuidado à saúde de populações em  
situação de vulnerabilidade: volume 3/ Organização:  
Renan Sallazar Ferreira Pereira; Renata Soares Passinho;  
il. , color. – Brasília, DF : Editora ABEn, 2023.

154 p.  
ISBN 78-65-89112-19-8  
e-Book (PDF)  
Textos de Autores Diversos.

1. Enfermagem. 2. Assistência à Saúde 3. Saúde  
Pública. 4. Vulnerabilidade em Saúde 5. Populações  
Vulneráveis I. Associação Brasileira de Enfermagem.  
II. Renan Sallazar Ferreira Pereira(Org.). Renata Soares  
Passinho (Org.).

CDU 613.9  
CDD 613

Ficha catalográfica elaborada por Magdalena Avena CRB SP-009663/O

2023.v1.1

## APRESENTAÇÃO

O presente e-book é o volume 3 em continuidade da obra “Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade” traz as estratégias que foram utilizadas para a abordagem de grupos populacionais considerados mais vulneráveis sob a ótica da Epidemiologia e da Saúde Coletiva, como mulheres, idosos longevos, pessoas com deficiência e crianças e adolescente indígenas.

A Enfermagem é a profissão da área da saúde mais atuante nas ações relacionadas à promoção da equidade em saúde para grupos considerados vulneráveis ou “vulnerados”, como denominados pela Bioética da Proteção, que se relaciona intimamente e em sua aplicabilidade com a Saúde Pública.

Os “vulnerados”, como são denominadas as pessoas que necessitam da atuação do Estado para serem amparadas, diante da ausência de condições objetivas e subjetivas necessárias para uma qualidade de vida considerada satisfatória, são público-alvo das políticas públicas que têm como objetivo principal assegurar os direitos humanos e universalizar o acesso a bens e serviços necessários a uma vida digna. Entre esses direitos, encontra-se o da saúde, em seu conceito ampliado.

A temática deste e-book seguiu a proposta da agenda de prioridades em pesquisa para a Enfermagem, criada pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn).

Esse volume foi organizado por enfermeiros pesquisadores, vinculados a Universidade Federal do Sul da Bahia e a Universidade Federal do Tocantins (UFT). Trata-se de pesquisadores do Grupo de Estudos e Pesquisa com Populações em Situação de Vulnerabilidade na Amazônia (GEPVAM) e no Núcleo de Estudo e Pesquisas em Saúde da UFSB (NEPS).

A Associação Brasileira de Enfermagem viabilizou a publicação desta obra por meio das Diretorias de Comunicação e Publicações e Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem da ABEn. Um edital de fluxo contínuo foi lançado e publicitado para que os enfermeiros, docentes, pesquisadores e discentes de Enfermagem publicassem suas experiências, permitindo, dessa forma, o fortalecimento da ciência.

Aos leitores, informamos que a obra traz as experiências bem-sucedidas com populações vulnerabilizadas, o que demonstra a relevância da articulação entre ensino, pesquisa e extensão nas universidades brasileiras.

Desejamos uma excelente leitura!

Os organizadores.

## PREFÁCIO

Não há como categorizarmos qual princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) é o mais importante. Entre os seus princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade), há algum que se sobreponha aos demais? É inegável que, partindo do pressuposto das desigualdades existentes no Brasil desde a sua colonização, para que haja um acesso igualitário aos serviços de saúde, independentemente do nível de atenção, podemos ressaltar o princípio da equidade, sobretudo por se tratar de um princípio com foco na justiça social.

Para um acesso equânime aos serviços de saúde e para, em consequência, a melhoria da qualidade de vida da população brasileira, faz-se necessário o combate às iniquidades em saúde. E, para isso, após a redemocratização brasileira e com a Constituição Federal de 1988, iniciaram-se esforços governamentais a fim de assegurar a saúde como direito para grupos de pessoas vulnerabilizadas.

Entre as Políticas de Equidade em Saúde do SUS, podemos ressaltar as que incluem a população negra, povos do campo, das florestas e das águas, população cigana, população LGBTQIA+ e pessoas em situação de rua. Entretanto, há, também, políticas públicas voltadas para mulheres, idosos e indígenas.

Sendo a maior categoria profissional da área da saúde com atuação no SUS, a Enfermagem colabora diretamente para o cuidado humanizado, integral e equânime de pessoas em situação de vulnerabilidade, dessa forma, a divulgação das experiências bem-sucedidas frente a esse público é relevante, a fim de permitir que sejam reproduzidas e/ou inspirem mais profissionais de saúde a se dedicarem na promoção da saúde desses grupos.

Desejo uma excelente leitura!

### **Renata Soares Passinho**

ORCID: [0000-0003-0605-1610](https://orcid.org/0000-0003-0605-1610)

Docente do Centro de Formação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Sul da Bahia.  
Campus Paulo Freire - Teixeira de Freitas – Bahia.

## SUMÁRIO

---

### 5 CAPÍTULO 1

**RODAS DE CONVERSA SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA COM PESSOAS VULNERÁVEIS: REFLEXÕES SOBRE EXPERIÊNCIAS EXTENSIONISTAS**

---

### 11 CAPÍTULO 2

**BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE E OS DESAFIOS DE ASSOCIAR A RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE COM A PERCEPÇÃO DE FELICIDADE DE IDOSOS LONGEVOS VULNERÁVEIS**

---

### 26 CAPÍTULO 3

**VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: UMA ANÁLISE DOS CASOS NO ESPÍRITO SANTO**

---

### 33 CAPÍTULO 4

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER: VULNERABILIDADE E DESAFIOS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

---

### 38 CAPÍTULO 5

**SITUAÇÃO VACINAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO POVO AKWÊ-XERENTE**

---

### 49 CAPÍTULO 6

**PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ACOLHIMENTO A PUÉRPERA MIGRANTE VENEZUELANA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

---

### 58 CAPÍTULO 7

**TECNOLOGIAS LEVES NO CUIDADO DO ENFERMEIRO A MULHERES NO CONSULTÓRIO NA RUA**

---

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e19.c01>

# RODAS DE CONVERSA SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA COM PESSOAS VULNERÁVEIS: REFLEXÕES SOBRE EXPERIÊNCIAS EXTENSIONISTAS

**Elisa Brito Azzi<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-5976-6412

**Mariana Guimarães Bastos<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-5831-6214

**Tíssia Diniz Soares Ribeiro da Cunha<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-2761-2114

**Tassiene Aparecida de Farias Sampaio<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-6742-5909

**Thaynara Barbosa Loures Dorneles Martins<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-2793-5709

**Carla Cardi Nepomuceno de Paiva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-6899-3262

<sup>1</sup>Centro Universitário Estácio Juiz de Fora.  
Curso de Enfermagem.  
Juiz de Fora, Minas Gerais.

**Autor Correspondente:**

 Carla Cardi Nepomuceno de Paiva  
carlacardiufjf@gmail.com

**Como citar:**

Azzi EB, Bastos MG, Cunha TDSR, Sampaio TAF, Martins TBLD, Paiva CCN. Rodas de conversa sobre saúde sexual e reprodutiva com pessoas vulneráveis: reflexões sobre experiências extensionistas. In: Pereira RSF, Passinho RS, (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 3. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 5-10 p. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e19.c01>

 Revisor: Renan Sallazar Ferreira Pereira.  
Universidade Federal de São João del-Rei.  
Divinópolis, Minas Gerais, Brasil.

## INTRODUÇÃO

Atenção à saúde sexual e reprodutiva contempla um conjunto de ações e serviços que incluem assistência clínica, aconselhamento e atividade educativa<sup>(1)</sup>. Através desta última as pessoas são informadas dos seus direitos, recursos e meios disponíveis para o planejamento reprodutivo. O Ministério da Saúde recomenda que tais atividades sejam ofertadas para todas as pessoas, de acordo com suas particularidades e especificidades. Além disso, documentos oficiais reforçam que as ações de promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva sejam desenvolvidas não apenas na Atenção Primária à Saúde (APS), mas também em escolas e em outros locais da comunidade, a fim de facilitar o acesso das pessoas às informações sobre seus direitos sexuais e reprodutivos<sup>(2-3)</sup>.

Todavia, apesar de tal recomendação, a implantação destas atividades educativas ainda é fragmentada e relegada a segundo plano e, em muitos contextos, limitada à APS, cuja abordagem restrita aos métodos contraceptivos e às infecções sexualmente transmissíveis não dialoga com as necessidades das pessoas. Dessa forma, essas ações tornam-se distantes das pessoas em situação de vulnerabilidade que possuem vínculo frágil com esses serviços de saúde, como é o caso das pessoas com deficiência, pessoas com HIV/Aids, população em situação de rua, adolescentes e jovens residentes na zona rural, em casas de acolhimento ou em comunidades<sup>(2-3)</sup>.

Diante desta realidade, no início do ano letivo de 2022, no cenário pós-pandemia da COVID-19, discentes do projeto de extensão “Educação em saúde sexual e reprodutiva para a produção da autonomia e promoção de cuidado: uma roda de conversa com adolescentes e pessoas em situação de vulnerabilidade”, vinculado ao curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio



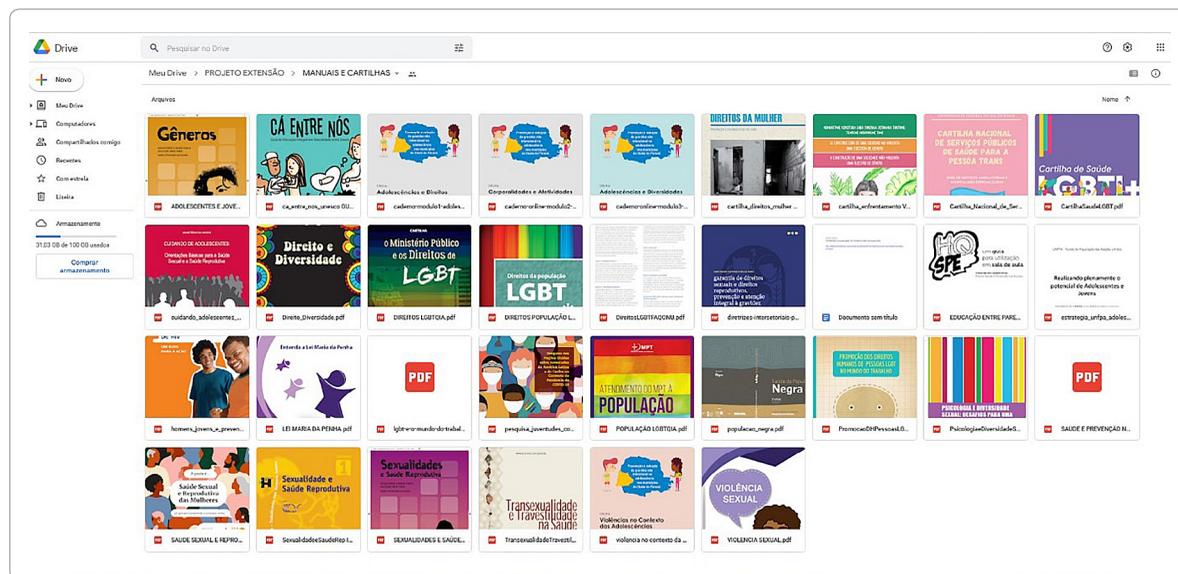
Juiz de Fora, promoveram rodas de conversa sobre temas relacionados à Saúde Sexual e Reprodutiva. Tal projeto resulta de uma parceria firmada com a Associação Municipal de Apoio Comunitário (AMAC), cujas instituições atendidas são vinculadas ao Programa Curumim, da Secretaria de Desenvolvimento Social (SDS) da Prefeitura de Juiz de Fora (PJF).

Os Curumins são Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos da Prefeitura de Juiz de Fora, que acolhem e oferecem para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social atividades culturais, esportivas, tecnológicas, de saúde e educação, que possibilitam a formação cidadã destas pessoas.

Diante disso, este relato tem por objetivo descrever e refletir sobre a experiência de discentes do curso de enfermagem de uma instituição de ensino privada em um projeto de extensão para promoção da saúde sexual e reprodutiva de pessoas em situação de vulnerabilidade.

## RELATO DA EXPERIÊNCIA

Esse projeto conta com a participação de cinco alunas do curso de enfermagem sob supervisão e coordenação de uma docente do referido curso. As atividades extensionistas tiveram início em abril de 2022, com a elaboração de materiais e roteiros sobre temáticas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. Para tal, foram utilizados como embasamento teórico a série de fascículos Adolescentes e Jovens para a Educação entre Pares, do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas<sup>(4-5)</sup>, e outros documentos a respeito da adolescência e dos direitos sexuais e reprodutivos. Construiu-se um acervo para armazenamento e compartilhamento dos materiais no Google *drive* (Figura 1).



Fonte: Acervo do projeto de extensão, 2022.

**Figura 1** - Referências teóricas compartilhadas no Google Drive

Os roteiros das rodas de conversa são elaborados pelas discentes e contemplam informações como tema, objetivo da atividade, duração, recursos utilizados, dinâmicas e estratégias para estimular a participação das pessoas e formas de avaliação do encontro. Após análise das discentes, o roteiro é apresentado previamente para todo o grupo de extensão, sendo a proposta avaliada pela docente coordenadora do projeto. Posteriormente, são feitas adaptações e melhorias nesses roteiros.



Os temas abordados nas rodas de conversa são escolhidos conforme as demandas das instituições que participam do projeto ou sugeridos com base no foco na promoção da saúde sexual e reprodutiva. O público-alvo das atividades são pessoas em situação de vulnerabilidade social de diferentes idades, com predominância de adolescentes e adultos, pois sabe-se que tais pessoas têm mais interesse pelo tema, mas sentem dificuldade de acesso às ações educativas nas unidades de saúde por motivos como limitação do horário de funcionamento e ausência de oferta destas atividades. Adicionalmente, pessoas em vulnerabilidade social têm menos acesso aos insumos e, por sua vez, são mais susceptíveis a violações de direitos sobre seu corpo e sua saúde.

O convite para participar das atividades do projeto é realizado através de grupos no aplicativo *WhatsApp* e pelas redes sociais do CURUMIN (*Instagram*) e do Centro Universitário Estácio. Ademais, faz-se convite verbal para as comunidades atendidas pelas instituições que recebem o projeto. Artes para divulgação das rodas de conversa são criadas pelas discentes, para informar o horário, tema e data da atividade oferecida conforme modelo apresentado na Figura 2.



Fonte: Acervo do projeto de extensão, 2022.

**Figura 2** – Arte de divulgação das rodas de conversa produzida pelas discentes, Juiz de Fora – MG, 2022

As atividades são realizadas neste formato da roda de conversa (Figura 3) por se tratar de um ato educativo contextualizado mediado por encontros dialógicos, que, em sua essência, reconhece as pessoas enquanto sujeitos de direitos, com potencial de transformar a realidade. Dessa forma, abrem-se possibilidades de produção e ressignificação de sentido, saberes e experiências.



Fonte: Acervo do projeto de extensão, 2022.

**Figura 3** – Discentes em uma das rodas de conversa promovida pelo projeto, Juiz de Fora – MG, 2022

Sob a perspectiva da transversalidade, as rodas de conversa podem ser entendidas como uma forma de acolher e dar voz aos sujeitos que muitas vezes não são ouvidos em sua individualidade, em virtude do estigma social imposto sobre pessoas que residem em comunidades ou em locais de vulnerabilidade social. Logo, na prática, observou-se que a roda foi uma forma de valorizar as experiências individuais no contexto coletivo, algo que facilitou o diálogo sobre temas pouco discutidos ou comumente velados diante de estigmas, tabus e preconceitos. Para isso, além da escuta ativa, as discentes envolvidas nas atividades utilizaram uma linguagem acessível e colocaram-se à disposição para sanar individualmente as dúvidas.

Sabe-se que cada pessoa que participou das atividades possuía necessidades específicas, além de diferentes aspectos sociais, econômicos, ambientais, culturais e pessoais. Dessa forma, tal consciência por parte



das mediadoras das atividades foi fundamental para promover a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos de cada pessoa em sua singularidade <sup>(6)</sup>.

Observou-se que as rodas de conversa favoreceram a comunicação e possibilitaram que as discentes extensionistas conhecessem o contexto social e a realidade da vida sexual e reprodutiva das pessoas em vulnerabilidade. Trata-se, não raro, de uma vivência permeada por inúmeras violações de direitos, violências institucionais, invisibilidade, sofrimentos e falta de informação sobre saúde, o que produz sentimentos e comportamentos por vezes não verbalizados por medo de julgamentos ou discriminação.

Destaca-se que as discentes extensionistas desenvolveram habilidades de comunicação, acolhimento, escuta atenta e empatia para mediar a informação considerando a realidade das pessoas, valorizando as diferentes vivências e conhecimentos e, principalmente, a autonomia e o poder de decisão do sujeito sobre o seu corpo e a sua saúde. Nesse sentido, a experiência adquirida no projeto transcende a teoria aprendida na sala de aula, algo que poderá representar um diferencial na vida das discentes enquanto futuras profissionais da área da saúde, pela oportunidade de articular o conhecimento aprendido na faculdade e aplicá-lo conforme as necessidades e realidade de vida das pessoas, nos diferentes contextos sociais.

Ao final dos encontros, as pessoas foram convidadas a avaliar a atividade, e tais opiniões serão oportunas para adaptações e melhorias futuras. Observou-se que a dinâmica das rodas de conversa foi avaliada positivamente pelos participantes, que se sentiram confortáveis para interagir e esclarecer suas dúvidas. Como forma de agradecê-las pela participação, os encontros foram encerrados com um lance preparado pelas discentes, com suporte das profissionais da instituição social.

No intuito de refletir sobre o trabalho realizado, as discentes produziram relatórios de todas as atividades de extensão, pontuando observações, limitações, ensinamentos e discussões suscitados pelos envolvidos. Essa memória documentada poderá ser usada como fonte de pesquisa e análise em estudos futuros.

Destaca-se ainda que as atividades do projeto extensão no CURUMIM possibilitaram a aproximação dos profissionais e docentes dos cursos de Odontologia e Direito do Centro Universitário Estácio Juiz de Fora, cujas ações educativas beneficiaram crianças e adolescentes com ações de orientações sobre saúde bucal e direitos sociais.

Apesar das parcerias estabelecidas, a dificuldade de adesão das pessoas em vulnerabilidade social foi um fator limitador do projeto de extensão, uma vez que foi observada a necessidade de uma contrapartida para estimular a participação das pessoas, por exemplo, por meio da oferta de serviços, brindes ou algo de interesse da comunidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desta experiência as discentes compreenderam que compartilhar experiências e construir o conhecimento de forma coletiva e colaborativa é importante para a formação profissional do enfermeiro. Além disso, reitera-se que as rodas de conversa podem auxiliar nas ações educativas para produção de autonomia, resistência, liberdade e fortalecimento do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas em situação de vulnerabilidade.

Trabalhar com a educação em saúde para promoção dos direitos sexuais e reprodutivos e da saúde sexual e reprodutiva de forma inclusiva e plural demanda que a enfermagem promova ações que valorizem os participantes enquanto sujeitos de direitos, com respeito à individualidade e necessidade de cada um. Trata-se de uma medida fundamental também para melhorar algo essencial nesse processo educativo, que é a comunicação.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Associação Municipal de Apoio Comunitário e ao CURUMIM, pela parceria, e à Pró-Reitoria de Ensino, Pesquisa e Extensão do Centro Universitário Estácio Juiz de Fora, pelo apoio fornecido, e a colaboração da Tauana Boemer Mello que fez a revisão das normas técnicas redacionais do texto.



## REFERÊNCIAS

1. Paiva CCN, Caetano R. Modelo teórico da atenção à saúde sexual e reprodutiva: subsídios para pesquisas avaliativas. *Rev Gaúcha Enferm.* 2022;43:e20200425 <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20200425.pt>
2. Paiva CCN, Caetano R, Saldanha BL, Penna LHG, Lemos A. Atividades educativas do planejamento reprodutivo sob a perspectiva do usuário da Atenção Primária à Saúde. *Rev APS.* 2019;22(1):23-46. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.16675>
3. Ministério da Saúde (BR). Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 300 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).
4. Ministério da Saúde (BR). Adolescentes e jovens para a educação entre pares: adolescência, juventudes e participação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011[cited 2022 Dec 20]. 62p. Available from: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000221896>
5. Ministério da Saúde (BR). Adolescentes e jovens para a educação entre pares: gêneros [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010[cited 2022 Dec 20]. Série Normas e Manuais Técnicos. Available from: [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/guia\\_generos.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/guia_generos.pdf)
6. UNFPA Brasil e Johnson & Johnson Foundation. Guia para Saúde Sexual Reprodutiva e Atenção Obstétrica: informações, orientações e metodologias ativas para profissionais da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Fundo de População das Nações Unidas; 2022[cited 2022 Dec 20]. 81p. Available from: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/guia\\_para\\_saude\\_sexual\\_e\\_reprodutiva\\_e\\_atencao\\_obstetrica\\_1.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/guia_para_saude_sexual_e_reprodutiva_e_atencao_obstetrica_1.pdf)

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e19.c02>

# BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE E OS DESAFIOS DE ASSOCIAR A RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE COM A PERCEPÇÃO DE FELICIDADE DE IDOSOS LONGEVOS VULNERÁVEIS

**Vicente Paulo Alves<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-1412-830X

**Adriana Fernandes da Silva Carvalho<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-0248-0207

<sup>1</sup> Universidade Católica de Brasília.  
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gerontologia.  
Brasília, DF, Brasil

**Autor Correspondente:**  
Vicente Paulo Alves  
Email: [vicera@gmail.com](mailto:vicera@gmail.com)

**Como citar:**

Alves VP, Carvalho AFS. Boas práticas em saúde e os desafios de associar a religiosidade/espiritualidade com a percepção de felicidade de idosos longevos vulneráveis.

 In: Pereira RSF, Passinho RS, (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 3. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 11-25 p. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e19.c02>

 Revisor: Renan Sallazar Ferreira Pereira.  
Universidade Federal de São João del-Rei.  
Divinópolis, Minas Gerais, Brasil.

## INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida tem sido motivo de atenção para pesquisas relacionadas à longevidade e qualidade de vida, ao acesso aos serviços de saúde, suas boas práticas, bem como às melhores condições de vida psicológica, social e comportamental<sup>(1)</sup>. Para Garcia<sup>(2)</sup> o fato de incentivar comportamentos saudáveis e felizes pode melhorar nos padrões de qualidade de vida da pessoa idosa, uma vez que saber envelhecer requer defrontar-se com as demandas envolvidas com a longevidade. Dentre as questões relacionadas ao enfrentamento do envelhecer, estudos demonstraram que boas práticas em saúde, a religiosidade, a espiritualidade, o apoio da família, a busca por atividades esportivas e manuais, realizadas em grupo, são algumas estratégias positivas de enfrentamento<sup>(1,3)</sup>.

Em um estudo realizado por Balbinotti<sup>(4)</sup> foi possível detectar que a espiritualidade faz parte do comportamento do indivíduo durante todo o ciclo existencial, o qual envolve, atividades de como compreender, pensar, sentir, ter fé e acreditar. Desde a Antiguidade, a espiritualidade tem gerado benefícios para o processo mental do indivíduo, principalmente na busca em dar explicações à ansiedade, ao medo e às ameaças às quais estamos sujeitos, entre elas, a finitude e a morte.

Segundo Zerbetto et al<sup>(5)</sup>, a “religiosidade” é conceituada por um sistema ordenado de crenças, práticas e rituais associados ao sagrado, que envolve ou não, regras ditadas pela vida, dentro de um grupo social, que pode ser praticada numa comunidade ou de forma individual. Além disso, a religiosidade proporciona diretrizes éticas para o comportamento do ser humano, dando parâmetros que reduzem tendências autodestrutivas, bem como fatores que impeçam comportamentos nocivos e oferecendo estratégias que facilitam o enfrentamento às adversidades da vida.



Percebe-se que há uma lacuna de estudos, nos temas que diz respeito às boas práticas em saúde, à religiosidade e à espiritualidade das pessoas idosas longevas e vulneráveis. Esses elementos são considerados componentes da vida humana, pois influenciam as interações sociais, culturais e as dimensões psicológicas, demonstradas pelos valores, crenças, comportamentos e emoções. Também, podem afetar a saúde física e mental, reduzindo comportamentos considerados não salutares, como o caso de consumo de substâncias psicoativas<sup>(5)</sup>.

Estudos de Reis e Menezes<sup>(6)</sup> revelam que a religiosidade/espiritualidade está relacionada com as questões de felicidade e bem-estar entre jovens<sup>(7)</sup>, adultos e idosos<sup>(8)</sup>. Isso porque a investigação do impacto das emoções positivas, em especial a felicidade, tem sido foco crescente de interesse por parte de estudiosos de diversas áreas do conhecimento, gestores e formuladores de políticas públicas. Tanto as contações negativas como as positivas, podem nos ajudar a observar como se comporta as pessoas vulneráveis idosas diante do processo natural do envelhecimento, utilizando ou não como estratégia de superação a religiosidade/espiritualidade no enfrentamento diante das adversidades que a vida traz nessa fase da vida, sem omitir outros tipos de suporte que podem melhorar os fatores biológicos e psicológicos dos idosos<sup>(9)</sup>.

## OBJETIVO

Avaliar as boas práticas em saúde e os desafios quando se tentar associar a relação da religiosidade/espiritualidade com a percepção do que é ser feliz na velhice em pessoas idosas longevas vulneráveis (80 anos e mais), perpassando pela avaliação das frequências de religiosidade/espiritualidade com a dados sociodemográficos.

## MÉTODOS

### ASPECTOS ÉTICOS

Esse estudo é parte de uma pesquisa multicêntrica realizada nos contextos de Brasília (DF), Campinas (SP) e Passo Fundo (RS) e seguiu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que exige a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) de cada universidade que sediou a investigação (na Unicamp pelo Parecer nº 1.334.651, de 23/11/2015, na Universidade de Passo Fundo, pelo Parecer nº 2.097.27, de 02/06/2017, e na Universidade Católica de Brasília pelo parecer nº 1.290.368, de 21/10/2015). O CEP da Unicamp aprovou o projeto concernente à comparação entre os dados dos três contextos (Parecer nº 3.061.534, de 06/12/2018). Os resultados apresentados nesse estudo se referem unicamente aos dados de Brasília e a pesquisa das boas práticas em saúde e os desafios quando se faz a associação entre a felicidade, a religiosidade / espiritualidade e alguns dados sociodemográficos. Para que houvesse participação na pesquisa todos os participantes receberam uma explicação detalhada e completa do estudo, antes de assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### DESENHO, PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO

Estudo analítico observacional, correlacional, quanti-qualitativo com corte transversal, norteados pela ferramenta STROBE, conforme orientações do site EQUATOR<sup>(10)</sup>. Foi realizado no período de março de 2016 a maio de 2018 no ambulatório de geriatria de um hospital universitário, nos dias e horários normais de atendimento, ou seja, às quartas e sextas-feiras, no período das 8 horas às 12 horas. Utilizou-se o banco de dados gerada pela coleta nesse local, sendo essa pesquisa financiada pelo Programa Nacional de Cooperação Acadêmica (PROCAD) da CAPES e pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAP-DF).



## POPULAÇÃO OU AMOSTRA; CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A população do estudo foi composta por idosos atendidos no referido ambulatório, sendo abordados 225 idosos. Os critérios de inclusão foram: idosos vulneráveis com 80 anos de idade incompletos ou mais (foram aceitos idosos que iriam completar 80 anos no ano da entrevista). Para a exclusão, foi realizado um rastreio pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que em caso de pontuação recomendada por Melo e Barbosa<sup>(11)</sup>, se tornava um critério de exclusão de quem não tivesse nível cognitivo satisfatório. Assim, foram excluídos 3 idosos, que não alcançaram essa pontuação para o MEEM; 31 não compareceram nas datas agendadas para atendimento em um dos três momentos de coleta de dados; 28 recusou em responder aquela questão; e 16 perdas. Assim, a amostra não probabilística consecutiva foi constituída por 147 idosos vulneráveis.

## PROTOCOLO DO ESTUDO

A coleta de dados foi realizada em três momentos diferentes: o primeiro, por meio de uma entrevista, dirigida por uma equipe de pesquisadores composta de alunos de iniciação científica, mestrandos e professores do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Os idosos eram acolhidos na recepção do ambulatório pelos pesquisadores devidamente identificados, logo após passam para o momento em que eram realizados os devidos esclarecimentos sobre o estudo e convidados a assinar o TCLE, quando era lhes entregue uma via desse Termo. Assim, iniciava-se a entrevista nos consultórios médicos, com a finalidade de garantir a privacidade e evitar possíveis interrupções e ruídos. Num segundo momento, os idosos se dirigiam até um laboratório de análises clínicas, para realizar exames de sangue, e também para o laboratório de educação física e treinamento da universidade, em tempos diferentes, para outros testes e exames físicos. O terceiro e último momento, acontecia o retorno com os resultados dos exames e testes com o diagnóstico médico e novas entrevistas para fechar o ciclo observacional.

Para as entrevistas, utilizou-se a abordagem organizada em quatro partes, descritas a seguir: Parte 1 - rastreio da capacidade cognitiva por meio do MEEM; em seguida, com um documento de identificação em mãos, eram anotados o nome completo, a data de nascimento, CPF, endereço, telefone e o nome do acompanhante, quando houvesse. Parte 2 - questionário sociodemográfico, contendo outras informações pessoais (sexo, número de filhos, estado civil), perfil social (saber ler/escrever, escolaridade, com quem mora, renda mensal, tipo de renda, religião, participação de grupos de convivência) e condição de saúde (percepção de saúde e problemas de saúde). Logo após, os idosos eram acompanhados para outro consultório para realizar uma anamnese com o geriatra e sua equipe. Parte 3 - Um questionário sobre a religiosidade/espiritualidade com nove questões, adaptado do questionário aplicado pelo Estudo SABE - inquérito multicêntrico sobre Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), em sete centros urbanos na América Latina e Caribe<sup>(12)</sup>, realizado em São Paulo pela USP<sup>(13)</sup>. Esse é um questionário com respostas tipo Likert, com cinco ou quatro opções de resposta, dependendo da pergunta: nunca, raramente, (às vezes), frequentemente e sempre (e outras variações de respostas, de forma a medir seu grau de concordância). Parte 4 - uma pergunta subjetiva "o que é ser feliz na velhice?". As respostas foram gravadas e depois transcritas, para análise de conteúdo de Bardin<sup>(14)</sup>, utilizando as possíveis ferramentas do software IRAMUTEQ<sup>(15)</sup>. As respostas a essa pergunta sobre a felicidade foram avaliadas em categorias descritas por Mantovani et al<sup>(16)</sup>, realizadas com idosos do Estudo Fibra de Campinas (SP) na percepção de idosos longevos. Três equipes fizeram uma leitura flutuante do material textual resultante da transcrição literal das respostas dos idosos de forma independente para análises das respostas. Usou-se o modelo dos "Resultados da análise de conteúdos temática dos significados latentes às respostas dos idosos do Estudo Fibra sobre significados de ser feliz na velhice", obtendo-se uma planilha que continha tema, categoria e conotação (positiva, negativa



ou neutra). As planilhas foram trabalhadas por três equipes, de forma que pudessem ser cotejadas e submetidas à análise de confiabilidade, cujo resultado foi submetido à crítica por um painel de analistas, para que pudessem confirmar os temas, as categorias e a conotação. Essa análise serviu de base para fazer as associações com a religiosidade / espiritualidade.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS E ESTATÍSTICA

Extraiu-se do formulário eletrônico do Google Forms os dados, que foram processados de acordo com o dicionário elaborado com os códigos utilizados (*codebook*). Após a validação, os dados quantitativos foram analisados pelo *software Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0. Para a caracterização dos aspectos sociodemográficos e da religiosidade/espiritualidade dos participantes, foi realizada uma análise descritiva de frequência simples e/ou medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão). Para as análises inferenciais foram utilizados os testes de Qui-Quadrado, estipulando-se um nível de significância de  $p \leq 0,05$ . Para medir o tamanho do efeito no teste Qui-Quadrado utilizou-se as razões de chance (Odds Ratio – OR) nos casos em que eram possíveis realizar tal cálculo. Já para as respostas à pergunta sobre a felicidade, para o processamento dos dados de texto, utilizou-se o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ)*, versão 0.7 alpha 2. Trata-se de um programa livre que se ancora no *software R*, e que permite processamento e análises estatísticas de textos produzidos. Foi desenvolvido por Ratinaud<sup>(17)</sup> na língua francesa, mas atualmente possui tutoriais completos em outras línguas. Entre as possíveis análises que o *IRAMUTEQ* possibilita, optou-se por apresentar nesse artigo, a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), em razão dos seus caracteres de visualização gráfica, aprofundamento das interpretações e síntese das informações.

## RESULTADOS

Foram 147 idosos vulneráveis participantes deste estudo, sendo que a idade variou entre 79 e 101 anos, com média de 83,7 anos (DP=4,09).

Quanto ao analfabetismo, a maioria (n=102; 61,1%) referiu-se não ser analfabeto. Dos que frequentaram a escola, 61 (54,95%) fizeram 4 anos de estudo, 27 (24,32%) estudaram entre 4 a 8 anos; 17 (15,31%) estão na faixa de 9 a 18 anos de escolaridade, 4 (3,6%) acima de 20 anos de estudo e 2 idosos (1,82%) não responderam a essa pergunta. Os anos de estudo variaram entre 1 e 25 anos, com média de 4 anos (DP=4,96). Com relação ao tipo de renda, 68 (40,7%) recebem mais do que 3 Salários Mínimos (SM).

As análises estatísticas frequentistas dos dados da amostra pesquisada em relação às características socio-demográficas mostram as seguintes características em relação aos dados demográficos e socioeconômicos: do total de 57 que eram casados, 69,2% eram do sexo masculino; do total de 64 que eram viúvos, 54,8% eram do sexo feminino; e dos 68 que apresentaram a renda entre três ou mais salários mínimos, 57,7% eram do sexo masculino. A prevalência foi do sexo feminino, reforçando que houve também aqui o fenômeno da “feminização da velhice”.

A Tabela 2 mostra as frequências encontradas a partir dos dados de religiosidade /espiritualidade, importância dela nas suas vidas, se ela dá forças para enfrentar as dificuldades e o sentido à vida, o quanto se sente religioso / espiritualizado. Nas análises estatísticas, para ambos os sexos, as variáveis prevalentes mostraram que: ter religião (91,2% idosos responderam sim); quanto a importância eles atribuíam a religião (85,3% responderam ser importante); em relação da frequência da prática religiosa (34,5% participavam mais de uma vez na semana); se eles utilizam a religiosidade para enfrentar as dificuldades (54,4% disseram completamente); que a religião lhes ajuda a compreender o sentido de vida (49,3% responderam totalmente) e por último se eles se consideram ser religiosos/espiritualizados (58,1% responderam que se consideram).

**Tabela 1** - Distribuição dos idosos segundo as variáveis sexo, estado civil, faixas de renda e filiação religiosa em um ambulatório de geriatria, Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2022

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	55	32,9
Feminino	92	55,1
Estado civil		
Casado(a) ou união estável	57	34,1
Solteiro(a)	11	6,6
Divorciado(a)	15	9,0
Viúvo(a)	64	38,3
Faixas de renda em Salários Mínimos (SM)		
Menos de 1 SM	16	9,6
De 1,1 a 3 SM	63	37,7
Mais que 3 SM	68	40,7
Filiação religiosa		
Católica	92	55,1
Protestante	1	0,6
Evangélica	33	19,8
Espírita	4	2,4
Outra	3	1,8
Nenhuma	2	1,2
NR (Não Respondeu)	7	4,2
Data Missing	5	3,0
Total	147	100,0

**Tabela 2** – Associação entre Religiosidade/Espiritualidade e Sexo, Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2022

Religiosidade/ Espiritualidade		Sexo				Total	c <sup>2</sup> (gl)	Valor de p
		n	Homens Resíduos ajustados	n	Mulheres Resíduos ajustados			
Tem religião?	Sim	49	-0,4	84	0,4	133	1,931 (2)	0,381
	Não	5	1,2	4	-1,2	9		
	AP	1	-0,8	4	0,8	5		
	Total	55		92		147		
Importância na vida	Importante	36	-3,1	80	3,1	116	14,570 (4)	<b>0,006</b>
	Regular	7	2,6	2	-2,6	9		
	Nada importante	3	1,6	2	-1,6	5		
	AP	1	-0,8	4	0,8	5		
	NR	8	1,9	5	-1,9	13		
	Total	55		92		147		
Dá forças para enfrentar as dificuldades	Completamente	19	-3,7	61	3,7	80	22,033 (5)	<b>0,001</b>
	Muito	22	2,2	21	-2,2	43		
	Não muito	7	1,3	6	-1,3	13		
	Nada	3	2,3	0	-2,3	3		
	AP	1	-0,8	4	0,8	5		
	NR	3	2,3	0	-2,3	3		
Total	55		92		147			
Dá sentido à vida	Totalmente	19	-2,8	54	2,8	73	14,656 (5)	<b>0,012</b>
	Muito	24	1,6	28	-1,6	52		
	Às vezes	7	1,9	4	-1,9	11		
	Nunca	3	2,3	0	-2,3	3		
	AP	1	-0,8	4	0,8	5		
	NR	1	-0,1	2	-0,1	3		
Total	55		92		147			
Quanto religioso / espiritualizado se sente	Muito	21	-3,3	61	3,3	82	14,987 (5)	<b>0,010</b>
	Um pouco	20	2,3	18	-2,3	38		
	Não muito	9	1,9	6	-1,9	15		
	Nada	3	1,6	1	-1,6	4		
	AP	1	-0,8	4	0,8	5		
	NR	1	-0,1	2	0,1	3		
Total	55		92		147			

Nota: AP = Ausente para a pergunta; NR = Não Respondeu; n = número de casos; c<sup>2</sup> = qui-quadrado; gl = graus de liberdade.



Tanto a religiosidade como a espiritualidade têm um papel significativo na vida das pessoas, e podem ser importantes para a satisfação e o bem-estar psicológico dos idosos. Observa-se neste estudo, uma relação íntima que os idosos possuem com a religiosidade/espiritualidade nos mais diferentes aspectos para o envelhecimento bem-sucedido, o que resulta em uma conotação positiva da mesma. A amostra deste estudo revelou-se extremamente religiosa/espiritualizada.

### **ASSOCIAÇÕES ENTRE RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE E SEXO**

Foram realizados cinco testes de qui-quadrado de independência (3x2; 4x2; 6x2); com o objetivo de investigar se havia associação entre sexo e religiosidade / espiritualidade. Entre os testes, apenas a pergunta se “tem religião?” não teve significância para o valor de  $p$  (0,381). Para os outros quatro testes foram encontrados associações significativas entre:

- a importância da religião para homens e mulheres ( $\chi^2(4) = 14,57, p < 0,006$ ). Análises dos resíduos padronizados ajustados demonstraram que apenas as opções “importante” e “regular” se associaram com homens e mulheres. As razões de chance (Odds Ratio – OR) de mulheres avaliarem a religião como mais importante quando comparadas com homens é de 7,92 vezes.
- a força dada pela religiosidade / espiritualidade para enfrentar as dificuldades entre homens e mulheres ( $\chi^2(5) = 22,03, p < 0,001$ ). Novamente, as análises dos resíduos padronizados ajustados demonstraram que as opções “completamente”, “muito”, “nada” e aqueles que não responderam à pergunta (NR) estão associadas com sexo. As mulheres tiveram escores de OR 3,37 mais vezes do que homens.
- o sentido à vida dada pela religião entre homens e mulheres ( $\chi^2(5) = 14,65, p < 0,012$ ). As análises dos resíduos padronizados ajustados demonstraram que as opções “totalmente” e “nunca” estão associadas com sexo.
- o quanto religioso / espiritualizado se sentia entre homens e mulheres ( $\chi^2(5) = 14,98, p < 0,01$ ). Também aqui as análises dos resíduos padronizados ajustados demonstraram que as opções “muito” e “um pouco” estão associadas com sexo. Há 3,22 vezes mais razões de chance (OR) de mulheres se sentirem religiosas / espiritualizadas do que homens (Tabela 2).

As análises da religiosidade e espiritualidade segundo a variável sexo indicaram que as mulheres longevas, quando comparadas aos homens, se consideraram mais religiosas e atribuíram maior importância a religiosidade/espiritualidade, bem como maior uso desta como recurso de enfrentamento, atribuição de um sentido à vida.

### **TEMAS E CATEGORIAS DE AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DA FELICIDADE DOS LONGEVOS**

Ao observar os resultados das categorias em que os longevos descrevem o que é ser feliz na velhice, pode-se inferir que a saúde física é a que expressa melhor o seu momento atual de vida. Assim, percebe-se que ter saúde física é mais importante que qualquer outro fator, inclusive porque a falta da mesma impede de realizar atividades que lhe deem satisfação e prazer, tão pouco conviver em família ou com os amigos. A questão de recursos materiais também foi observada nas respostas quando alguns falaram sobre ter tudo em casa, não faltar nada, ter o que comer. Porém, cabe ressaltar, que alguns utilizaram a palavra “dinheiro” para demonstrar que o mesmo não era a coisa mais importante na vida, mas que antes dele, vinham outros aspectos para a felicidade (Tabela 3).

A análise da amostra obtida de idosos longevos não permitiu quantificar a associação com significância estatística entre religiosidade/espiritualidade e felicidade, o que não contraria a literatura, fato que pode ser explicado devido à homogeneidade da amostra estudada por ser extremamente religiosa/espiritualizada.



Percebe-se tal fenômeno, nos valores da Tabela 4 onde não houve associações, porque para isso é necessário números não similares. Demonstrou-se que 53,06% das mulheres apresentavam uma conotação positiva da felicidade ligada à saúde e as relações interpessoais em relação aos homens (29,25%).

**Tabela 3** – Temas e Categorias de avaliação da Percepção da Felicidade dos longevos, Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2022

Temas	Categorias	N*	%
1. Saúde e funcionalidade	<b>1. Saúde Física</b>	<b>62</b>	<b>19,13</b>
	2. Atividade	14	4,32
	3. Independência e autonomia	14	4,32
	4. Cognição	07	2,16
2. Bem-estar Psicológico	<b>1. Satisfação e Prazer</b>	<b>40</b>	<b>12,34</b>
	<b>2. Religiosidade/Espiritualidade</b>	<b>22</b>	<b>6,79</b>
	3. Enfrentamento com base na Religião	05	1,54
	4. Autoconhecimento e auto aceitação	05	1,54
	5. Busca de Excelência pessoal	03	0,92
	6. Enfrentamento com base na emoção	04	1,25
	7. Senso de realização	11	3,40
3. Relações interpessoais	<b>1. Relações familiares</b>	<b>52</b>	<b>16,05</b>
	<b>2. Relações Sociais</b>	<b>40</b>	<b>12,34</b>
	3. Ser valorizado e respeitado	06	1,85
	4. Cuidar	01	0,31
	5. Ser cuidado	05	1,54
	6. Amar e ser amado	11	3,40
	7. Boa imagem	02	0,62
4. Recursos materiais		<b>16</b>	<b>4,93</b>
Data Missing	Reconhecimento da relevância das oportunidades sociais, ambientais, materiais, conforto, segurança para o bem estar e independência	4	1,25
Total		324	100,0

\* Admitiu-se múltiplas respostas, que foram categorizadas em diversos temas diferentes.

**Tabela 4** – Tabulação cruzada entre conotação da percepção do que é ser feliz na velhice e gênero, Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2022

Conotação	Masculino	Feminino	Total
Positiva	43 (29,25%)	78 (53,06%)	121 (82,31%)
Negativa	4 (2,72%)	6 (4,08%)	10 (6,8%)
Neutra	5 (3,40%)	7 (4,76%)	12 (8,16%)
Data Missing	3 (2,04%)	1 (0,69%)	4 (2,72%)
Total	55 (32,9%)	92 (55,1%)	147 (100%)

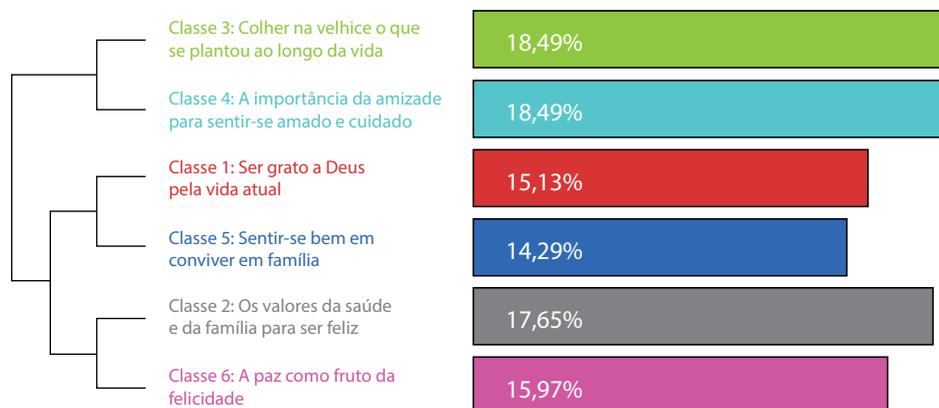
## AVALIAÇÃO DO CONSTRUTO FELICIDADE

Os dados da pesquisa foram organizados a partir do material coletado nas entrevistas, buscando identificar o que foi relevante para a pesquisa, e analisado por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin(14) com uso do software IRAMUTEQ(15), que nos permitiu utilizar a técnica de interpretação denominada Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) que classifica os segmentos de textos (ST) conforme sua ocorrência. O corpus geral foi constituído por 128 textos, separados em 159 ST, com aproveitamento de 119 ST (74,84%). Emergiram 3.492 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 712 palavras distintas e 393 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em seis classes: Classe 1 – *Ser grato*



a Deus pela vida atual, com 18 ST (15,13%); Classe 2 – Os valores da saúde e da família para ser feliz, com 21 ST (17,65%); Classe 3 – Colher na velhice o que se plantou ao longo da vida, com 22 ST (18,49%); Classe 4 – A importância da amizade para sentir-se amado e cuidado, com 22 ST (18,49%); Classe 5 – Sentir-se bem em conviver em família, com 17 ST (14,29%); Classe 6 – A paz como fruto da felicidade, com 19 ST (15,97%) (Figura 1).



**Figura 1** - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD)

## ANÁLISE DAS CLASSES

### **Classe 1 – “Ser grato a Deus pela vida atual”.**

Compreende 15,13% ( $f = 18$  ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre  $\chi^2 = 3,92$  (dia) e  $\chi^2 = 24,77$  (Deus). Essa classe é composta por palavras como “Deus” ( $\chi^2 = 24,77$ ); “querer” ( $\chi^2 = 20,15$ ); “vida” ( $\chi^2 = 19,34$ ); “graça” ( $\chi^2 = 18,36$ ); “dia” ( $\chi^2 = 3,92$ ).

Essa classe traz conteúdos referentes à gratidão à Deus por ter levado uma vida cheia de momentos felizes compartilhada com os familiares e amigos. Os participantes da pesquisa olham para trás, percorrendo os vários anos vividos e veem com satisfação as diversas oportunidades que Deus lhes proporcionou todos os dias, por vencer as dificuldades, os obstáculos naturais da vida, por ter uma saúde equilibrada mesmo diante das muitas coisas vivenciadas.

É um prazer muito grande que a gente tem, viu? E dar graças a Deus todos os dias, porque não é todo mundo que tem esta oportunidade hoje, viu? Eu me considero bem de vida, com 85 anos, eu não tenho dificuldade (...) (Participante 22).

Graças a Deus eu tenho minha saúde equilibrada, não é? (...) Tem muita coisa que dá a gente essa felicidade. E eu toda vida eu fui muito feliz, graças à Deus (Participante 62).

Eu não sei nem dizer. Já passamos muita coisa na vida e vou vencer, se Deus quiser (Participante 95).

### **Classe 2 – “Os valores da saúde e da família para ser feliz”.**

Formaram 17,65% ( $f = 21$  ST) do corpus total analisado. Foi constituída por palavras e radicais no intervalo entre  $\chi^2 = 5,09$  (vivo) e  $\chi^2 = 15,87$  (feliz). Essa Classe 2 é composta por palavras como “feliz” ( $\chi^2 = 15,87$ ); “saúde” ( $\chi^2 = 14,36$ ); “família” ( $\chi^2 = 8,22$ ); “paz” ( $\chi^2 = 6,18$ ); “tranquilo” ( $\chi^2 = 5,09$ ); “vivo” ( $\chi^2 = 5,09$ ).



Os conteúdos dessa classe fazem referências aos valores que a saúde e a família proporcionam ao idoso para ser feliz. Para eles, ser feliz é ter saúde, bom relacionamento familiar, amor e carinho com as pessoas do círculo familiar e de amizade, o que traz uma vida mais saudável. É estando com a família que vem a saúde, a tranquilidade e a paz, sem precisar ser rico, nem ter dívidas para pagar ou ter bens materiais, basta esses simples valores para ser feliz.

Eu penso que ser feliz na velhice é ter saúde, ter um bom tratamento com a família, ter amor e carinho entre as pessoas, não é? Que a gente tenha uma vida mais saudável, é isso que eu acho mais importante para a pessoa (Participante 115).

Eu sinto feliz porque eu estou no meio da família, estou com saúde, minha família está com saúde, com paz. Eu sinto feliz com as doutoras que fazem nosso exame para gente ter saúde. Obrigada e parabéns para vocês, viu? (Participante 124).

(...) Então é isso, vivo feliz, tranquilo, sem doença, não precisa ser rico para ser feliz, né? Não devendo nada para ninguém também, ótimo! (Participante 038).

### ***Classe 3 – “Colher na velhice o que se plantou ao longo da vida”***

Houve aqui nessa classe, 18,49% ( $f = 22$  ST) do corpus total analisado, formada por palavras e radicais no intervalo entre  $\chi^2 = 13,11$  (idoso) e  $\chi^2 = 18,25$  (memória). Esteve composta por palavras como “memória” ( $\chi^2 = 18,25$ ); “velhice” ( $\chi^2 = 16,28$ ); “estar” ( $\chi^2 = 15,61$ ); “trabalhar” ( $\chi^2 = 13,57$ ); “dia” ( $\chi^2 = 13,11$ ).

Traz essa classe conteúdos que fazem referências ao fato de que na velhice é tempo de colher o que se plantou ao longo da vida, sentir conforto nesse estágio da vida, porque há a presença dos filhos e netos ao seu lado. O momento agora é de aceitar que o processo do envelhecimento chegou e é preciso aceitá-lo para não sofrer, apesar dos rótulos que as pessoas possam dar de velho ou muito idoso. A união e a proximidade dos filhos nessa fase da vida é que possibilita a felicidade, que foi cultivada durante o tempo em que se viveu anteriormente.

Ser feliz na velhice é ter um bom conforto, todos os filhos estarem com você sempre. Gostar dos netos e os netos gostarem da própria velha e assim sucessivamente (Participante 071).

Aceitar a velhice. O maior problema das pessoas sofrerem na velhice é que não aceitam que estão envelhecendo. E eu sempre me preparei para quando ficasse velha. Eu não me considero velha, me considero muito idosa (...) (Participante 004).

Ser feliz na velhice é o idoso estar junto aos filhos, se não for junto dentro de casa, ser tudo em roda, perto, junto com os netos, todos os parentes. Pensei tudo errado, não é? (Participante 117).

### ***Classe 4 – “A importância da amizade para sentir-se amado e cuidado”***

Essa classe abarca 18,49% ( $f = 22$  ST) do corpus total, que está constituído por palavras e radicais no intervalo entre  $\chi^2 = 13,67$  (bom) e  $\chi^2 = 27,86$  (amizade). Sua composição passa pelas palavras como “amizade” ( $\chi^2 = 27,86$ ); “amigo” ( $\chi^2 = 17,63$ ); “amar” ( $\chi^2 = 17,63$ ); “gente” ( $\chi^2 = 13,67$ ); “bom” ( $\chi^2 = 13,67$ ).

Já nessa classe encontra-se conteúdos referentes à importância da amizade para que o idoso se sinta amado e cuidado, os amigos não deixarem faltar nada, porque cuidam deles, sem sentirem derrotados. Faz parte desse sentimento além da amizade, também os filhos, que lhes dão amor e segurança no momento da velhice. É nesse momento que se percebe o quão importante ter uma família estruturada para se ter saúde e poder aproveitar bem a vida com passeios e diversão.



As coisas não faltarem para gente, a gente ter amizade, ter quem cuidar da gente, é muito bom. A gente ter amizade de uma pessoa que quer ver a gente na lona, não presta (...) (Participante 034).

A saúde, a amizade, os filhos bons pra gente como os meus são, e aceitar mesmo porque todos tem que ficar velho, dar graças a Deus que ficou velho (Participante 126).

Para mim ser feliz na velhice é você ter uma família bem estruturada e ter saúde. Graças a Deus eu tenho minha saúde equilibrada, não é? Bons amigos, fazer meus passeios que eu amo, amo passear (...) (Participante 062).

### **Classe 5 – “Sentir-se bem em conviver em família”.**

Compreende 14,29% ( $f = 17$  ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre  $\chi^2 = 7,23$  (mundo) e  $\chi^2 = 32,05$  (sentir). Essa classe é composta por palavras como “sentir” ( $\chi^2 = 32,05$ ); “ano” ( $\chi^2 = 24,83$ ); “marido” ( $\chi^2 = 12,46$ ); “filho” ( $\chi^2 = 12,19$ ); “junto” ( $\chi^2 = 11,16$ ); “só” ( $\chi^2 = 8,93$ ); “mundo” ( $\chi^2 = 7,23$ ).

Têm-se nessa classe os conteúdos referentes ao sentimento de convivência em família que traz felicidade e proporciona confiança em poder até viajar sozinho e sentir-se vitorioso(a). Essa convivência com os familiares, especialmente o cônjuge e os filhos, também permite ter uma saúde razoável, ou prestar socorro em momentos mais delicados. A formação de uma família numerosa com os recursos próprios advindos do trabalho para educar os filhos é motivo de felicidade.

(...) com 85 anos, eu não tenho dificuldade, só deu eu viajar sozinho até hoje, já é uma grande vitória para mim. Pode ser para outros também, não sei se todo mundo consiga. Falando a respeito também das minhas convívências, me sinto muito bem com elas (Participante 022).

É envelhecer com a saúde razoável com um marido que vivemos há sessenta anos casados, criar os filhos e ter todos eles juntos de nós e prestando socorro para nós toda hora que a gente precisa (...) (Participante 093).

Eu sou feliz porque eu criei uma família numerosa só sobre o meu trabalho, todo mundo, eu eduquei meus filhos e por isso me sinto feliz (Participante 078).

### **Classe 6 – “A paz como fruto da felicidade”.**

Encontrou-se aqui 15,97% ( $f = 19$  ST) do corpus total analisado e estão constituídas por palavras e radicais no intervalo entre  $\chi^2 = 5,9$  (dinheiro) e  $\chi^2 = 32,21$  (felicidade). Essa classe é composta por palavras como “felicidade” ( $\chi^2 = 32,21$ ); “achar” ( $\chi^2 = 30,86$ ); “viver” ( $\chi^2 = 10,39$ ); “problema” ( $\chi^2 = 9,4$ ); “paz” ( $\chi^2 = 7,4$ ); “dinheiro” ( $\chi^2 = 5,9$ ).

Por fim, nessa classe têm-se conteúdos referentes ao sentimento de felicidade que é viver em paz com as pessoas e com Deus, que concretiza também em ajudar as pessoas, contribuir com a religião onde frequenta. A paz como fruto da felicidade também emerge como ter segurança de moradia, saúde da família, principalmente a lucidez.

Eu acho que felicidade é a gente viver em paz com todo mundo, viver em paz com Deus. E poder sempre ajudar as pessoas, felicidade é poder contribuir na minha igreja, eu contribuo lá (...) (Participante 016).

(...) Então acho que é isso, ter algum lugar aonde morar, dinheiro grande não me interessa, interessa mais paz e saúde da minha família. Então acho que isso é felicidade (Participante 093).

Olha, o que é ser feliz na velhice? Para mim, acho que é viver lúcida, eu acho que é a felicidade (Participante 048).



## DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve por objetivo avaliar as boas práticas em saúde e os desafios quando se tentar associar a percepção do que é ser feliz na velhice por idosos longevos vulneráveis, relacionando-a com questões de religiosidade/espiritualidade. A busca pela felicidade é algo almejado por todos, que é recorrente na história da humanidade até os dias de hoje.

O estudo de Portella et al<sup>(8)</sup>, realizado na região de Passo Fundo (RS), com 22 mulheres entre 49 e 81 anos revelou que grande parte das mulheres dessa amostra apresentaram satisfação com a própria vida e percebiam-se felizes, mesmo diante das adversidades enfrentadas ao longo do processo do envelhecimento. Concluiu-se que, a velhice pode ser vivida e experienciada de forma prazerosa, pois a demanda por felicidade consiste em alguns parâmetros de realização pessoal, considerando a multidimensionalidade e a integralidade de cada pessoa.

Estudos anteriores<sup>(9)</sup> sobre felicidade no Brasil destacavam a relação entre renda e bem-estar subjetivo, revelando que o aumento da renda corresponde ao desenvolvimento do bem-estar subjetivo. Outra alegação refere-se à sociabilidade dos indivíduos: aqui se encontrou também uma parcela relevante para se entender o grau de felicidade da população brasileira. Assim, as condições materiais, os fatores ligados às relações pessoais e as assimilações sobre renda e saúde mostraram-se essenciais para esclarecer a variação no grau de felicidade da população brasileira.

Na verdade, parece existir uma ótica de avaliação multidimensional e multidirecional, com diversas abordagens no entendimento do que seja a felicidade. No estudo de Portella et al<sup>(8)</sup>, por exemplo, mulheres idosas revelam-se felizes com a vida mesmo diante das adversidades enfrentadas durante o extenso processo do envelhecer. Elas afirmavam a importância da crença, da fé, da união das famílias, da saúde e da paz como elementos que geram felicidade. Por outro lado, os níveis culturais e financeiros também mantêm uma associação direta com os índices de satisfação, sendo piores nas classes sociais mais baixas<sup>(16)</sup>. Outros estudos, não relataram relações entre idade e satisfação com a vida, porém, isso é mais explicado pelo pouco que se tem investigado sobre a percepção que idosos longevos têm do que é ser feliz na velhice, pois compreender a interpretação do idoso a respeito do envelhecimento e da velhice é significativo para se arquitetar representações positivas dessa fase<sup>(18)</sup>.

No estudo de Luz et al<sup>(19)</sup>, a elaboração da coleta de dados ocorreu em uma cidade do interior de São Paulo, com a participação de três idosos não-institucionalizados e abaixo dos 80 anos, mas significativo em termos de comparação com essa amostra: um homem de 65 anos, e duas mulheres de 59 e 60 anos. Os resultados obtidos neste estudo revelaram que existem muitos pontos em comum, em relação à experiência de felicidade. Os aspectos emocionais e cognitivos dos idosos com a vivência de felicidade revelou o aumento da longevidade, que por meio de uma análise fenomenológica, demonstrou que os momentos de felicidade estão relacionados às relações familiares e sociais, à autonomia e à capacidade de trabalhar, bem como às relações sociais, à expressão da fé, proporcionando um sentimento de valor pessoal e bem-estar.

Para Pichler et al<sup>(20)</sup>, a busca obsessiva pelo dinheiro pode gerar fascínio, ansiedade e depressão, conforme estudo realizado entre 2017 a 2018 em dois estados da Região Sul do Brasil, onde foram entrevistados 19 idosos entre 60 a 90 anos. Concluíram que, o dinheiro é compreendido como um meio de vida e que não traz felicidade por si só. Indicaram também que relações entre felicidade e dinheiro são devidos muito mais às condições satisfatórias das necessidades básicas da vida cotidiana do que elementos que vão necessariamente juntos, mas sim o dinheiro é um recurso propedêutico para a felicidade.

A vivência da felicidade para idosos são pertinentes para uma melhor adequação às mudanças dadas ao envelhecimento e à manutenção do equilíbrio entre perdas e ganhos, sobretudo quando associadas com a religiosidade / espiritualidade. E esses dados são encontrados na maioria dos estudos realizados, como no caso dos estudos de Rocha et al<sup>(21)</sup>, que objetivou identificar e compreender o papel da espiritualidade no



manejo da doença crônica do idoso. A amostra foi coletada por meio de entrevistas no município de São Paulo, com 20 idosos de idade igual ou superior a 60 anos e portadores de doenças crônicas. Os resultados mostraram que a espiritualidade/religiosidade/fé interfere de forma positiva no enfrentamento dos obstáculos e dificuldades da vida, fortalecendo a resiliência e a melhora da qualidade de vida.

Estudos anteriores<sup>(22)</sup> de associações religiosas destacaram a crença como um aspecto positivo na saúde física e mental, favorecendo um envelhecimento bem-sucedido. Muitos idosos atribuem significância de modo individual à religiosidade e percebem melhorias que contribuem na qualidade de vida, bem-estar, integração social e psicológica. Outros estudos apontaram a associação religiosa ao enfrentamento das incapacidades como recurso valioso para a aceitação das perdas comuns no envelhecimento e da independência funcional<sup>(23)</sup>. Para Santos et al<sup>(24)</sup>, as respostas de enfrentamento eram alternativas com componentes negativos controlados, sendo assim, as crenças e os comportamentos religiosos ajudam os idosos a enfrentarem o sofrimento experimentado na dependência funcional, com a finalidade de facilitar a resolução de problemas, prevenção ou alívio das consequências emocionais negativas.

Esses dados corroboram com os estudos de Reis e Menezes<sup>(25)</sup>, que mostraram que a conexão com Deus ou o Poder Maior é considerado uma palavra chave na religiosidade/espiritualidade, quando associado de modo individual a cada pessoa. As práticas espirituais, por exemplo, podem influenciar na função neuroquímica cerebral e contribuir para o sentimento de paz, segurança, felicidade e depressão, reduzindo a sensação de ansiedade; e, nas práticas religiosas ocorre o aumento da esperança e do significado da existência, podendo também auxiliar no controle da ansiedade. Outra prática experienciada pelos idosos eram por meio de orações ou preces, no intuito de agradecer a Deus por tudo ou mesmo em fazer súplicas, muitas vezes realizadas no silêncio.

Guimarães et al<sup>(26)</sup> revelaram em seus estudos, que a espiritualidade é um importante mantenedor do equilíbrio social e se apresenta como um indicador de resiliência, pois atribui novo significado a eventos negativos, ajudando a superá-los. Além disso, renova a esperança auxiliando no enfrentamento das incertezas do futuro, e quando associado à participação em missa ou culto, assim como orar/rezar, influencia todos os aspectos e momentos diários da vida dos idosos, oferecendo apoio social e emocional significativo, bem-estar e felicidade, estando associado à melhoria da qualidade de vida. Dessa forma, pode ser considerada fonte de força que favorece na sua melhoria psíquica.

A religiosidade / espiritualidade é uma das referências determinantes para o envelhecimento bem-sucedido, que abrange em sua descrição, um bom desempenho físico e ausência de incapacidade funcional. Sendo assim, outros autores<sup>(22;28-29)</sup> demonstraram em suas investigações estatísticas que, idosos vivenciam as crenças com maior significância, apresentando maiores chances de um envelhecimento bem-sucedido. De forma que, os resultados dessas pesquisas mostraram que a religiosidade / espiritualidade interfere de forma positiva no envelhecimento bem-sucedido assim como, na melhora da capacidade funcional.

Outras pesquisas relevantes apontaram para algumas atividades religiosas/espirituais que reforçam a importância do sentido existencial atribuída à longevidade avançada<sup>(29,30)</sup>. Um estudo realizado na Região Metropolitana de Florianópolis (SC) com pessoas idosas entre 80 e 102 anos, mostrou que a espiritualidade é descrita como uma grandeza espiritual para a existência humana, em ambos os sexos, principalmente para pessoas em fase terminal de vida. De acordo com as análises do estudo, a amplitude religiosa para os idosos assegura a compreensão de que a morte não é o final da existência.

Existem vários estudos que afirmam haver benefícios trazidos pela religiosidade /espiritualidade àqueles que possuem algum tipo de crença ou fé, que têm o poder de amenizar desconfortos ocasionados pelas enfermidades e os incentivam a lutar pela vida. O enfrentamento religioso, conhecido como “Coping”, vem corroborando através de pesquisas que práticas religiosas podem favorecer uma melhor qualidade de vida, sendo uma forma de enfrentar situações de sofrimento<sup>(31)</sup> e viver a felicidade.



## LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Os limites desse estudo referem-se à quantidade ainda pequena de sujeitos respondentes num universo que cresce cada dia mais, que é o dos idosos acima de 80 anos. A abordagem para participar da pesquisa ainda encontra dificuldades para motivá-los a se integrarem num processo de investigação mais apurado e mais amplo.

## CONTRIBUIÇÕES PARA A ÁREA

O estudo abre novas perspectivas para aqueles que querem aprofundar a temática da religiosidade / espiritualidade, bem como o tema felicidade, tão caro nos dias de hoje. Oxalá muitos outros pesquisadores possam se dedicar a essas investigações que contribuirão muito para a produção de conhecimento na área da Gerontologia, relacionada com os aspectos humanos e religiosos!

## CONCLUSÕES

O estudo cumpriu seu objetivo ao avaliar as boas práticas em saúde e os desafios quando se tentar associar a compreensão dos idosos longevos sobre o que é ser feliz na velhice com a religiosidade/espiritualidade, bem como avaliar suas diferentes categorias e conotações. Além disso, alcançou também uma avaliação de quais eram os temas de felicidade que foram abordados pelos participantes da pesquisa, enquanto fez uma análise da associação sociodemográfica entre religiosidade/espiritualidade.

Portanto, a percepção de felicidade no idoso longo vivo está relacionada principalmente à saúde física e às relações interpessoais, ao fato de que, nesse grupo de idosos longevos, existe uma forte preponderância dos que declaram ter uma religiosidade / espiritualidade e se sentem felizes.

A amostra estudada revelou-se preponderantemente religiosa/espiritualizada, atribuindo um grau importante das mesmas em suas vidas e na frequência das práticas religiosas. As associações entre religiosidade/espiritualidade com as variáveis sociodemográficas encontraram uma significância na variável sexo, uma vez que as mulheres apresentaram uma associação maior do que os homens.

A religiosidade/espiritualidade pode contribuir com aspectos favoráveis ou não à saúde dos indivíduos, dependendo da importância que dão a esse componente em suas vidas. Mesmo que, em alguns estudos a religiosidade é referida como fonte geradora de culpa e da diminuição da autoestima, há outras pesquisas que apontam a religiosidade / espiritualidade como um elemento que tem o poder de reduzir a ansiedade existencial e propiciar uma melhor explicação para os conflitos emocionais, além de desestimular hábitos negativos dos indivíduos, atuando como fator promotor de saúde física e mental. Outro ponto digno de nota diz respeito às práticas religiosas, que podem favorecer o aumento das relações interpessoais, sobretudo dentro da família, o que esse estudo logrou êxito em associar com o sentimento de felicidade. A literatura e esse estudo, portanto, tentaram demonstrar que a religiosidade / espiritualidade, quando associada com a felicidade tem uma conotação mais positiva do que negativa.

Por fim, verificou-se que quando mencionado por idosos longevos o que é ser feliz na velhice, que havia uma associação com questões de religiosidade/espiritualidade e as relações interpessoais, bem como na promoção da boa saúde, sendo estes dois fatores os de maior associação com a felicidade nesta faixa etária acima dos 80 anos.

## REFERÊNCIAS

1. Abdala GA, Kimura M, Duarte YAO, Lebrão ML, Santos B. Religiousness and health-related quality of life of older adults. Rev Saúde Pública. 2015;49:77–98. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005416>



2. Garcia LL. Espiritualidade como suporte social no envelhecimento [Dissertação] [Internet]. Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Santa Maria (RS); 2019[cited 2022 Mar 2]. Available from: <http://repositorio.ufsm.br/handle/1/19096>
3. Trentini M, Silva SH, Valle ML, Hammerschmidt KSA. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. Rev Latino-Am Enfermagem. 2005;13(1):38–45. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000100007>
4. Balbinotti HBF. A importância da espiritualidade no envelhecimento. Memorialidades [Internet]. 2017[cited 2022 Mar 2];27(28):13–44. Available from: <https://periodicos.uesc.br/index.php/memorialidades/article/view/1741>
5. Zerbetto SR, Gonçalves AMS, Santile N, Galera SAF, Acorinte AC, Giovannetti G. Religiosity and spirituality: mechanisms of positive influence on the life and treatment of alcoholics. Esc Anna Nery. 2017;21(1):20170005. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170005>
6. Reis LA, Menezes TMO. Religiosity and spirituality as resilience strategies among long-living older adults in their daily lives. Rev Bras Enferm. 2017;70(4):761–6. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0630>
7. Camboim A, Rique J. Religiosidade e espiritualidade de adolescentes e jovens adultos. Rev Bras Hist Relig. 1970;3(7). <https://doi.org/10.4025/rbhranpuh.v3i7.30336>
8. Portella M, Scortegagna H, Pichler N, Graeff D. Felicidade e satisfação com a vida: voz de mulheres adultas e idosas. Rev Bras Ciênc Envelhec Hum. 2017;14(1). <https://doi.org/10.5335/rbceh.v14i1.5960>
9. Ribeiro MS. Estratégias de enfrentamento no envelhecer e adoecer: um estudo com idosos em cuidados paliativos[Dissertação] [Internet]. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017 [cited 2022 Mar 22]. Available from: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/31724>
10. Equator network. Reporting guidelines for main study types [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 22]. Available from: <https://www.equator-network.org/>
11. Melo DM, Barbosa AJG. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. Ciênc Saúde Coletiva. 2015;20:3865–76. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.06032015>
12. Lebrão ML, Duarte YAO. O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS; 2003. 255 p.
13. Duarte YAO, Lebrão ML, Tuono VL, Laurenti R. Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. Saúde Colet [Internet]. 2008[cited 2022 Feb 28];5(24):173–7. Available from: [http://hygeia3.fsp.usp.br/sabe/Artigos/2008\\_Yeda\\_Religiosidade\\_SCol.pdf](http://hygeia3.fsp.usp.br/sabe/Artigos/2008_Yeda_Religiosidade_SCol.pdf)
14. Bardin L. Análise de conteúdo. 4. ed. Lisboa: Edições 70; 2010. 118 p.
15. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. Temas Psicol. 2013;21(2):513–8. <https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>
16. Mantovani EP, Lucca SR, Neri AL. Associações entre significados de velhice e bem-estar subjetivo indicado por satisfação em idosos. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2016;19(2):203–22. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150041>
17. Ratinaud P. IRaMuTeQ: interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires [Internet]. 2009[cited 2022 Feb 28]. Available from: <http://www.iramuteq.org>
18. Veras MLM, Teixeira RS, Granja FBC, Batista MRFF. Processo de envelhecimento: um olhar do idoso. Rev interdisc [Internet]. 2015[cited 2022 Feb 28];8(2):113–22. Available from: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/551>
19. Luz MMC, Amatuzzi MM. Vivências de felicidade de pessoas idosas. Estud Psicol (Campinas). 2008;25(2):303–7. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000200014>
20. Pichler NA, Scortegagna HM, Dametto J, Frizon DMS, Zancanaro MP, Oliveira TC. Reflexões acerca da percepção dos idosos sobre a felicidade e dinheiro. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2019;22. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180185>
21. Rocha ACAL, Ciosak SI. Doença crônica no idoso: espiritualidade e enfrentamento. Rev Esc Enferm USP. 2014;48:87–93. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342014000800014>
22. Amorim DNP, Silveira CML, Alves VP, Faleiros VP, Vilaça KHC. Associação da religiosidade com a capacidade funcional em idosos: uma revisão sistemática. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2017;20:722–30. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170088>



23. Margaça C, Rodrigues D. Espiritualidade e resiliência na adultez e velhice: uma revisão. *Fractal: Rev Psicol.* 2019;31:150–7. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i2/5690>
24. Santos WJ, Giacomini KC, Pereira JK, Firmo JOA. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. *Ciê Saúde Coletiva.* 2013;18:2319–28. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800016>
25. Reis LA, Menezes TMO. Religiosity and spirituality as resilience strategies among long-living older adults in their daily lives. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(4):761–6. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0630>
26. Oliveira Guimarães FE, Pedreira LC, Lopes AOS, Amaral JB, Gomes NP, Fonseca EOS. Coping de idosos cuidadores brasileiros diante da sobrecarga do cuidado. *Braz J Develop.* 2020;6(5):26825–38. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n5-221>
27. Hayward RD, Krause N. Voluntary leadership roles in religious groups and rates of change in functional status during older adulthood. *J Behav Med.* 2014;37(3):543–52. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9488-z>
28. Moraes JFD, Souza VBA. Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. *Braz J Psychiatr.* 2005; 27:302–8. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000400009>
29. Grangeiro A, Oliveira Gomes L, Alves VP, Faleiros VP. Impacto da religiosidade e espiritualidade em pessoas idosas centenárias: revisão sistemática. *Cienc Soc Relig.* 2017;19(27):173–82. <https://doi.org/10.20396/csr.v19i27.12506>
30. Lima MG, Barros MBA, Alves MCGP. Sentimento de felicidade em idosos: uma abordagem epidemiológica, ISA-Campinas, 2008. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012[cited 2022 Feb 28];28:2280–92. Available from: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csp/v28n12/07.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v28n12/07.pdf)
31. Silva RAS. Coping religioso e espiritualidade: a importância da religiosidade no tratamento da saúde [Dissertação] [Internet]. Universidade Federal da Paraíba; 2016 [cited 2022 Mar 2]. Available from: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/1737/1/RASS02082016.pdf>

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e19.c03>

# VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: UMA ANÁLISE DOS CASOS NO ESPÍRITO SANTO

**Luíza Eduarda Portes Ribeiro<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0003-1960-7155

**Loys Lene da Costa Siqueira<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-6387-2792

**Rayanne Gomes da Silva<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0002-7416-5583

**Márcia Regina de Oliveira Pedroso<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0002-2859-159X

**Franciéle Marabotti Costa Leite<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-6171-6972

## INTRODUÇÃO

A violência atinge milhares de pessoas pelo mundo e desencadeia uma série de consequências negativas a essas vidas. As pessoas com deficiência integram essa estatística, representam cerca de 15% da população mundial e apresentam 50% mais chances de sofrer violência se comparadas àquelas que não possuem deficiência, o que as torna mais vulneráveis a este evento<sup>(1)</sup>.

De acordo com a Política Nacional da Pessoa com Deficiência elaborada no Brasil no ano de 2010, considera-se pessoa com deficiência aquela que, em caráter permanente, possui perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, culminando em alguma incapacidade para o desempenho de suas atividades<sup>(2)</sup>.

Já a violência, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é definida como um agravo de saúde em que, por meio do uso intencional da força física ou do poder, contra si próprio, outra pessoa, grupo ou comunidade, resulte, ou tenha possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento e privação. Divide-se em três categorias: violência auto-dirigida - agressão cometida contra si próprio; violência interpessoal - violência de família e de parceiros íntimos, e violência na comunidade entre indivíduos sem relação parenteral que podem ou não se conhecer; e, violência coletiva - violência social, política e econômica<sup>(3)</sup>.

Diversos fatores de riscos estão associados à violência, podendo ser: ambientais, estruturais, escassez de suporte de saúde e de serviços educacionais. Todavia, é importante destacar que um dos principais fatores de condição para a violência contra pessoa com deficiência é a invisibilidade na malha social, por excluir e delimitar a inserção desses indivíduos na sociedade<sup>(1,3)</sup>.

Sendo assim, a violência está relacionada a uma assimetria entre as relações de poder estabelecidas nas relações interpessoais, tendo o agressor maior domínio sobre sua

<sup>I</sup>Prefeitura Municipal de Vila Velha.  
Vila Velha, Espírito Santo.

<sup>II</sup>Universidade Federal do Espírito Santo.  
Vitória, Espírito Santo.

<sup>III</sup>Universidade Federal do Oeste da Bahia.  
Barreiras, Bahia.

**Autora Correspondente:**

 Luíza Eduarda Portes Ribeiro  
E-mail: luizaep@hotmial.com

**Como citar:**

Autores Ribeiro LEP, Siqueira LL da C, Silva RG, et al. Violência contra pessoas com deficiência: uma análise dos casos no Espírito Santo. In: Pereira RSF, Passinho RS, (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 3. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 26-32 p. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e19.c03>

Revisor: Renan Sallazar Ferreira Pereira.  
Universidade Federal de São João del-Rei.  
Divinópolis, Minas Gerais, Brasil.



vítima. Tal situação, vale ressaltar, pode se tornar ainda mais preocupante quando a vitimização se dá entre indivíduos com deficiência, por suas limitações e maior grau de dependência<sup>(1,2)</sup>.

Infelizmente, a deficiência é imposta como uma condição que retira da pessoa sua essência como ser, já que suas outras dimensões humanas passam a não ter tanta relevância, uma vez que se pressupõe que a deficiência se generaliza sobre o indivíduo e toma seu lugar. Logo, são negligenciados os seus direitos e ignoradas as suas vozes, o que acentua a vulnerabilidade a situações de violências e discriminação<sup>(1)</sup>.

Um marco na luta do reconhecimento e proteção dos grupos vulneráveis (adolescentes, crianças e pessoas com deficiência) é a Constituição Nacional Brasileira de 1988. Através da promulgação, foi possível garantir a ampliação e a institucionalização de serviços públicos, que, por meio deste, disponibilizaram-se a receber denúncias de violação de direitos fundamentais de grupos vulneráveis, como no caso das pessoas com deficiência. Já no ano de 2009, o país deu um passo importante ao ratificar a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada pela Assembleia das Nações Unidas em 2006, por meio da resolução A/61/611, que, no seu artigo 16, descreve as ações e estabelece as metas para garantir os direitos às pessoas com deficiência<sup>(4)</sup>. Além disso, nos anos seguintes foram criados outros instrumentos para enfrentamento da violência contra a pessoa com deficiência, a exemplo da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída em 2010, e, mais recentemente, em 2015, da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência<sup>(2)</sup>.

Com isso, fez-se nítida a tamanha vulnerabilidade desse grupo e o quão importante é a notificação dos casos de violência, para que leis sejam cumpridas e ações de prevenção e assistência às vítimas de violência instituídas. Logo, o presente estudo teve por objetivo analisar os casos notificados de violência contra a pessoa com deficiência no estado do Espírito Santo no período de 2011 a 2018.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal quantitativo referente às notificações de violência das pessoas deficientes no estado do Espírito Santo, no período de 2011 a 2018. A coleta fundamentou-se nos dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizados pela Secretária Estadual de Saúde (SESA).

O Espírito Santo é um estado formado por 78 municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte. Possui extensão territorial de 46.074.444 Km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 76,25 habitantes/Km<sup>2</sup>, além de ser um dos quatro estados que compõem a região Sudeste<sup>(5)</sup>.

O período escolhido para análise levou em consideração a publicação da portaria nº 104/2011, que tornou a violência um agravo de notificação compulsória<sup>(6)</sup>. A notificação é realizada pelos profissionais nos serviços de saúde a partir da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada<sup>(7)</sup>.

No presente estudo, foram incluídos todos os tipos de violência contra pessoas com deficiência, independentemente da idade da vítima e do tipo de violência sofrida. As variáveis analisadas incluíram características das vítimas, do agressor e do evento. Com relação às vítimas, foram incluídas as informações de sexo (masculino; feminino); faixa etária (0 a 9 anos; 10 a 19 anos; 20 a 59 anos; 60 anos ou mais); raça/cor (branca; preta/parda); e zona de residência (urbana/periurbana; rural). Com relação ao agressor, foram avaliados dados como faixa etária (0 a 24 anos; 25 anos ou mais); sexo (masculino; feminino; ambos); vínculo (familiar; conhecido; desconhecido); e se havia suspeita de uso de álcool (não; sim). As variáveis relativas a agressões incluídas foram: número de envolvidos (um; dois ou mais); a ocorrência na residência (não; sim); o histórico de repetição (não; sim); o encaminhamento para outros serviços (não; sim); e a tipologia da violência (sexual, física, negligência, psicológica, autoprovocada, outros).

Antes das análises, o banco de dados passou por processo de qualificação para correção de possíveis erros e inconsistências, de modo que o total de casos analisados em cada variável não é o mesmo. Os casos em brancos ou ignorados não foram incluídos na análise. Foram calculadas frequências relativas e absolutas das variáveis, com estimativa dos intervalos de confiança de 95%, através do software Stata 14.1.



O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, tendo sido respeitadas as normas e diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

No período de 2011 a 2018 foram notificados 1.631 casos de violência contra pessoas com deficiência no Espírito Santo. A Tabela 1 apresenta a caracterização dessas notificações.

No que se refere às características das vítimas, identificou-se predomínio de notificações entre mulheres (68,9%), com idade entre 20 e 59 anos (67,9%), e da raça/cor preta/parda (66,3%) e residentes da zona urbana/periurbana (90,3%). Em relação ao agressor, este tinha, principalmente, entre 25 anos ou mais (75,6%) e era do sexo masculino (59,1%). Referente ao vínculo com a vítima, eram especialmente familiares (60,0%) e não havia suspeita de álcool em 65,7% dos casos. O evento, em sua maioria, envolveu um único agressor (81,0%) e ocorreu na residência (76,7%), sendo recorrente na maioria das vezes (68,4%). O encaminhamento para outros serviços da rede foi realizado em 84,2%. O tipo de violência mais notificada foi a física (44,8%), seguida pela autoprovocada (26,2%) e da sexual (12,8%) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Características dos casos notificados de violência em pessoas com deficiência segundo características da vítima, do agressor e do evento. Espírito Santo, 2011 a 2018

Variáveis	n	%	IC 95%
Sexo			
Masculino	508	31,1	28,9-33,4
Feminino	1123	68,9	66,6-71,1
Faixa etária			
0 a 9 anos	57	3,5	2,7-4,5
10 a 19 anos	247	15,1	13,5-17,0
20 a 59 anos	1107	67,9	65,6-70,1
60 anos e mais	220	13,5	11,9-15,2
Raça/Cor			
Branca	501	33,7	31,4-36,2
Preta/Parda	984	66,3	63,8-68,6
Zona de residência			
Urbana/Periurbana	1449	90,3	88,7-91,6
Rural	156	9,7	8,4-11,3
Faixa etária do agressor			
0 – 24 anos	261	24,4	21,9-27,0
25 anos ou mais	810	75,6	73,0-78,1
Sexo do agressor			
Masculino	827	59,1	56,5-61,7
Feminino	572	40,9	38,3-43,5
Vínculo			
Familiar	574	60,0	56,8-63,1
Conhecido	247	25,8	23,1-28,7
Desconhecido	136	14,2	12,1-16,6
Suspeita de uso de álcool			
Não	705	65,7	62,8-68,5
Sim	368	34,3	31,5-37,2
Número de envolvidos			
Um	1215	81,0	78,9-82,9
Dois ou mais	285	19,0	17,1-21,1
Local de ocorrência			
Residência	1132	76,7	74,5-78,8
Via pública	211	14,3	12,6-16,2
Outros	133	9,0	7,7-10,6
Violência de repetição			
Não	416	31,6	29,1-34,2
Sim	901	68,4	65,9-70,9

Continua



Continuação da Tabela 1

Variáveis	n	%	IC 95%
Encaminhamento			
Não	240	15,8	14,0-17,7
Sim	1281	84,2	82,3-86,0
Tipo de violência			
Sexual	208	12,8	11,2-14,5
Física	730	44,8	42,4-47,2
Negligência	175	10,7	9,3-12,3
Psicológica	62	3,8	3,0-4,9
Autoprovocada	427	26,2	24,1-28,4
Outros tipos	29	1,8	1,2-2,6

Fonte: Os autores.

## DISCUSSÃO

O estado do Espírito Santo, no período de 2011 a 2018, notificou 1.631 casos de violência contra a pessoa portadora de deficiência. Outros estudos brasileiros reforçam a prevalência elevada de violência contra este público. Entre 2011 e 2017, o país notificou 116.219 casos de violência contra pessoas com deficiência, o equivalente a uma prevalência de 8,1%<sup>(8)</sup>, e no ano de 2019 foram registrados 7.613 casos<sup>(9)</sup>. Observa-se um comportamento de ascendência na taxa de prevalência da violência contra a pessoa com deficiência nos últimos anos, destacando-se a maior vulnerabilidade deste grupo. O estabelecimento de relações de poder desiguais, considerando as limitações e dependência inerentes a alguém com deficiência, associa-se a uma maior exposição de violência neste grupo<sup>(1)</sup>.

No grupo de violências mais notificadas contra as pessoas com deficiência, destacou-se a física (44,8%), seguida da autoprovocada (26,2%) e sexual (12,8%). Outros estudos também sublinham a violência física como a forma mais frequentemente notificada entre as pessoas com deficiência, chegando a 59,1%<sup>(10)</sup>, 53%<sup>(9)</sup> e 51%<sup>(8)</sup> dos casos. Por muitas vezes deixar marcas visíveis no corpo, uma das violências mais fáceis de serem identificadas é a física, o que pode aumentar a visibilidade e, conseqüentemente, o número de notificações<sup>(3,8)</sup>.

Embora poucos estudos apresentem dados da violência autoprovocada entre pessoas com deficiência, se comparados aos dados disponíveis sobre violência interpessoal no Brasil entre 2011 e 2017, este tipo de violência correspondeu a 44,5% dos casos<sup>(8)</sup>. Reconhece-se que este público possui diversas condições e limitações que podem contribuir para alterações de pensamento e humor, favorecendo atitudes de auto-agressão. Dessa forma, o Relatório Mundial sobre a Deficiência destaca a importância da implementação de estratégias capazes de favorecer os enfrentamentos mediante as dificuldades e, assim, fortalecer a saúde mental desse público<sup>(1)</sup>.

Já a violência sexual pode ser justificada pelos diversos tabus envolvidos na discussão da sexualidade entre as pessoas com deficiência, os quais, além de diminuir a autonomia da pessoa sobre seu próprio corpo e desejos sexuais, podem agravar o estabelecimento de relações abusivas e repressoras por parte dos responsáveis<sup>(1)</sup>.

A literatura destaca ainda a prevalência da negligência e violência psicológica neste grupo<sup>(8-10)</sup>. A dependência de cuidados proveniente de determinadas limitações impostas pela condição de uma deficiência pode explicar este dado, na medida em que interfere nas percepções dos cuidadores e pessoas próximas à vítima, que podem, inclusive, justificar um ato violento devido ao desenvolvimento de certo grau de controle sobre aquele de quem são responsáveis, assim como em decorrência do estresse e sobrecarga a que se veem expostos<sup>(11)</sup>.

Quanto às características das vítimas, prevaleceu o gênero feminino nas notificações, correspondendo a 68,9% dos casos, tal como também identificado em achados da literatura<sup>(12,13)</sup>, os quais reconhecem a mulher como mais vulnerável ao agravo da violência. A cultura machista e o movimento patriarcal interferem diretamente na repressão da mulher através de atitudes violentas de suas diversas naturezas, que podem ser vistas



como questões culturais, aumentando a vulnerabilidade da figura feminina à vivência de atos violentos<sup>(14)</sup>.

Ao se observar a faixa etária das vítimas, 67,9% tinham entre 20 e 59 anos. No Brasil, entre os anos de 2011 e 2017, 61,6% das notificações se concentraram nesta mesma faixa etária<sup>(8)</sup>. O grupo de idosos e crianças costuma apresentar maior grau de dependência e, por conseguinte, maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, sobretudo quando o agressor é o próprio acompanhante, pai e/ou mãe da vítima. A partir de tal cenário, para as faixas etárias mais vulneráveis, é necessário considerar a subnotificação como importante fator<sup>(3)</sup>.

Outro dado interessante foi a raça/cor da vítima, que se concentrou entre aquelas de cor preta ou parda (66,3%). Análise realizada em âmbito nacional indica pessoas com deficiência em situação de violência predominantemente de raça/cor branca. Entretanto, é necessário refletir sobre a existência de dificuldades na identificação de casos, resultado do menor acesso da população preta/parda aos serviços de saúde<sup>(8)</sup>, bem como a respeito da naturalização da violência contra pessoas afrodescendentes, resquícios do período da escravidão, culminando em atitudes racistas e de discriminação racial ainda nos dias atuais<sup>(15)</sup>.

Além disso, foi encontrado que 90,3% das vítimas residiam em zona urbana. Estudo realizado em Uganda examinou a associação entre status de deficiência e violência sexual por parceiro íntimo e encontrou que 3,8% das entrevistadas tinham deficiências e 18,3% sofreram violência sexual por parceiro íntimo nos últimos 12 meses. Dessas, grande parte era residente na zona rural (78,6%) e, em ambos os grupos (mulheres com e sem deficiência), a violência sexual por parceiro íntimo esteve associada à ocupação da mulher, sendo maior entre as que trabalhavam na agricultura e em ocupações manuais<sup>(16)</sup>. Logo, é importante considerar que o contexto, a ocupação e demais variáveis podem influenciar neste achado.

Em relação ao agressor, este tinha, principalmente, entre 25 anos ou mais (75,6%) e era do sexo masculino (59,1%). Os achados em tela concordam com estudo em que 67,6% dos agressores eram do sexo masculino<sup>(8)</sup>. E em 66,5% dos casos, em outro estudo de violências contra adolescentes, os agressores também eram do sexo masculino<sup>(17)</sup>. Isso reforça a formação da identidade masculina, predominantemente marcada pela força, pela competição e pelo machismo, que fomenta a associação entre o masculino e a violência. Para superação desse problema, considera-se fundamental a implementação e o fortalecimento de iniciativas que possibilitem profunda reflexão quanto a valores, moldes de socialização e construção das identidades masculina e feminina nas sociedades contemporâneas, pautadas no estabelecimento de relações mais igualitárias dos homens com seus pares e com o sexo feminino<sup>(14)</sup>.

A suspeita de não uso do álcool por parte do agressor foi encontrada em 65,7% dos casos, informação que corrobora o encontrado em outra pesquisa, na qual 45,2% dos agressores não estavam sob suspeita do uso de álcool<sup>(8)</sup>. Contudo, diferentemente desse achado, outros dois estudos verificaram associação positiva entre casos de violência por parceiro íntimo e ingestão de álcool pelo agressor<sup>(18,19)</sup>. O álcool exerce função importante na perpetração de violência, e tem ação desinibitória que, muitas vezes, resulta em comportamento violento. Importante ressaltar que, no Brasil, além dos determinantes sociais, culturais e demais fatores, uma fração da violência tem sido associada ao uso de bebida alcoólica pelo agressor<sup>(19)</sup>.

Quanto ao vínculo com a vítima, eram especialmente familiares (60,0%), envolvendo somente um único agressor (81,0%), sendo a residência o local da agressão em 76,7% dos casos e a recorrência presente em 68,4% das notificações. A literatura reforça a violência doméstica como bastante recorrente entre este público, o que pode justificar a presença marcante de familiares e a residência como principal local de ocorrência. Quanto ao perfil de recorrência, pode decorrer de uma maior vulnerabilidade da vítima que permanece convivendo com o agressor, sendo, por vezes, silenciada<sup>(8,9)</sup>. A dependência por cuidados básicos e a dificuldade na comunicação e defesa pessoal aumentam a exposição à violência em ambientes que deveriam ser de proteção, impondo uma grande necessidade de estabelecer mecanismos de segurança e rastreio de situações de risco em instituições formais e informais<sup>(1)</sup>.

O encaminhamento para outros serviços da rede foi realizado em 84,2%. Estudo sobre violência contra adolescentes com deficiência, no estado de Pernambuco, identificou que os encaminhamentos dos casos



foram realizados, em sua maioria, para o Setor de Saúde (58%), seguido do Conselho Tutelar (30%) e da Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente (15%)<sup>(20)</sup>. As pessoas com deficiência têm mais dificuldades, geralmente por problemas de locomoção ou comunicação, de acesso aos serviços para obter, por exemplo, intervenção da polícia, proteção jurídica ou cuidados preventivos quando necessário. No entanto, se a violação não é identificada nem denunciada, a invisibilidade se sustenta e, constantemente, mesmo quando os casos são identificados, há impasses por parte das instituições em reconhecerem os direitos das pessoas com deficiência e as particularidades de suas violações<sup>(1)</sup>.

## CONCLUSÃO

O presente estudo reforça a violência contra a pessoa com deficiência como um problema de saúde pública de grande magnitude, com elevada prevalência deste agravo. A violência mais notificada foi a física, seguida pela autoprovocada e sexual. Mulheres adultas, de cor preta ou parda e que residiam em zona urbana ou periurbana, foram características das vítimas mais notificadas, enquanto entre os agressores predominaram homens de 25 anos ou mais, sem suspeita de uso de álcool e que tinham algum vínculo familiar com a vítima. O evento já havia ocorrido outras vezes na maior parte dos casos, envolvendo um único agressor, com maior frequência na residência e destacando-se os encaminhamentos para outros serviços.

Os profissionais de saúde são protagonistas no processo de identificação e denúncia de grupos vulneráveis como as pessoas com deficiência que podem permanecer silenciadas por seus tutores. A identificação de fatores de risco auxilia na capacitação dos trabalhadores de saúde e subsidia figuras gestoras a lançar estratégias de enfrentamento a este importante agravo de saúde pública, em busca de promover a proteção das pessoas com deficiência.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). World Bank. World report on disability 2011 [Internet]. Genebra: WHO; 2011 [cited 2022 Sep 5]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44575>
2. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional da Pessoa com Deficiência [Internet]. Brasília (DF): 2010 [cited 2022 Sep 5]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_pessoa\\_com\\_deficiencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf)
3. Dahlberg LL, Krug EG. Violence: a global public health problem. Cien Saude Colet. 2006;11(suppl):1163–78. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>
4. Presidência da República (BR). Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009 [Internet]. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos; 2012[cited 2022 Aug 6]. Available from: [http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sedh/convencaopessoascomdeficiencia\\_2012.pdf](http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sedh/convencaopessoascomdeficiencia_2012.pdf)
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Panorama Brasil: Espírito Santo[Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [cited 2022 Aug 6]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama>
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2022 Aug 10]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html)
7. Ministério da Saúde (BR). Viva: Instrutivo da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016[cited 2022 Jul 20]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_autoprovocada\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf)
8. Mello NF, Pereira ÉL, Pereira VOM, Santos LMP. Casos de violência contra pessoas com deficiência notificados por serviços de saúde brasileiros: 2011-2017. Epidemiol Serv Saúde. 2021;30(3). <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300007>



9. Cerqueira D, Ferreira H, Bueno S, Alves PP, Lima RS, Marques D, et al. Atlas da Violência: 2021 [Internet]. São Paulo: FBSP; 2021 [cited 2022 Jul 20]. Available from: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1375-atlasdaviolencia2021completo.pdf>
10. Soares MLM, Guimarães NGM, Bonfada D. Trend, spatialization and circumstances associated with violence against vulnerable populations in Brazil, between 2009 and 2017. *Cienc Saude Coletiva*. 2021;26(11):5751–63. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.2524202012>
11. Legano LA, Desch LW, Messner AS, Idzerda S, Flaherty EG. Council on child abuse and neglect and council on children with disabilities. *Pediatrics* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jul 15];147(5):e2021050920. Available from: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/147/5/e2021050920/180813/Maltreatment-of-Children-With-Disabilities>
12. Minayo MCS, Souza ER, Silva MMA, Assis SG. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):2007-16. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>
13. Andrade LD. Pessoas com deficiência no Brasil e as diversas formas de violência a que estão submetidas. *Conversas Controv* [Internet]. 2018 [cited 2022 Oct 3];4(2):62-76. Available from: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/conversasecontroversias/article/view/25547>
14. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(1):59–70. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100012>
15. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude Soc*. 2016;25(3):535-49. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>
16. Kwagala B, Galande J. Disability status, partner behavior, and the risk of sexual intimate partner violence in Uganda: an analysis of the demographic and health survey data. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1872. <http://doi.org/10.1186/s12889-022-14273-8>
17. Pereira VOM, Pinto IV, Mascarenhas MDM, Shimizu HE, Ramalho WM, Fagg CW. Violências contra adolescentes: análise das notificações realizadas no setor saúde, Brasil: 2011-2017. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23(1):e200004. <http://doi.org/10.1590/1980-549720200004.supl.1>
18. Ogum-Alangea D, Addo-lartey AA, Sikweyiya Y, Chirwa ED, Coker-appiah D, Jewkes R, et al. Prevalence and risk factors of intimate partner violence among women in four districts of the central region of Ghana: baseline findings from a cluster randomised controlled trial. *PLOS ONE*. 2018;13(7):e0200874. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0200874>
19. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Jorge MHLPM, Silva CMFPF, Minayo MCS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *Lancet*. 2011;377(9781):1962-1975. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60053-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60053-6)
20. Cavalcante LV, Silva LMP, Vieira SCM. Violência contra adolescentes com deficiência: caracterização dos casos no estado de Pernambuco. *Braz J Develop*. 2020;6(8):63095–63112. <http://doi.org/10.34117/bjdv6n8-661>

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e19.c04>

# VIOÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER: VULNERABILIDADE E DESAFIOS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

**Renata Marli Costa Miranda<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-2583-7002

**Clayton Gonçalves de Almeida<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-2959-3965

**Irineu C P Contini<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-7489-5527

**Leandro Aparecido de Souza<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-8828-9918

**Janaina Daniel Ouchi<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-2623-4265

## INTRODUÇÃO

No final de 2019, o mundo toma conhecimento do novo coronavírus (SARS-CoV-2), com o 1º caso da COVID-19 na cidade de Wuhan, China. A doença possui alta capacidade de contágio, essencialmente por gotículas de saliva contaminadas, transmitidas por espirro e tosse ou contato com objetos e superfícies contaminadas. O alto risco de contágio altera drasticamente o cotidiano de muitas pessoas e num cenário de crescimento na transmissão da doença em inúmeros países, inclusive com episódios de transmissão comunitária, ocorre a recomendação de medidas de contenção social proposta por vários países, bem como o Brasil<sup>(1)</sup>.

Marques et al (2020), aponta que em março de 2020, a maioria dos estados brasileiros estava em meio aos debates sobre medidas de segurança a serem adotadas, havia discussões e tensões entre pesquisadores, setor produtivo e governantes, e não obstante outras medidas escolhidas o poder público organiza também o isolamento social<sup>(1)</sup>. No entanto, para a identificação de violência contra a mulher, o convívio cotidiano e social muitas vezes é o delator da ocorrência de abusos. Com a mudança das prioridades dos serviços de saúde, e com a restrição e/ou interrupção das atividades nas escolas, creches, igrejas, serviços de proteção social, e assistência eletiva, em função das intervenções focadas no amparo aos pacientes com sintomas respiratórios, casos duvidosos e confirmados de COVID-19, casos de agressão a mulher, criança e adolescente foram naturalmente omitidos<sup>(1)</sup>. Todos os fatores supracitados colaboram e facilitaram o agravamento do quadro de violência anteriormente estabelecida.

Nesse mesmo período, com o alerta de distanciamento social no país, ocorre um aumento estimado de 17% nas ligações de queixa sobre violência contra a mulher, conforme dados do Ligue 180, disponíveis pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos<sup>(1,5,7)</sup>.

<sup>1</sup>Faculdade de Ensino Superior Santa Barbara – FAESB,  
Tatuí, São Paulo, Brasil.

### **Autora Correspondente:**

 Renata Marli Costa Miranda  
renatamcmiranda@gmail.com


### **Como citar:**

Miranda RMC, Almeida CG, Contini ICP, Souza LA, Ouchi JD. Violência doméstica contra a mulher: vulnerabilidade e desafios durante a pandemia de COVID-19. In: Pereira RSF, Passinho RS, (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 3. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 33-7 p. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e19.c04>

Revisora: Márcia Féldreman Nunes Gonzaga.  
Universidade de Sorocaba.  
Sorocaba, São Paulo, Brasil.



Conforme o Centro de Vigilância Epidemiológica da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria da Saúde de São Paulo, DATASUS, em 8 de abril de 2020 o Brasil contabilizava 15.927 casos confirmados e 800 mortos pelo novo coronavírus<sup>(2)</sup>. Até 09 de maio de 2021 o Brasil contabilizava 20.899.933 casos confirmados com 583.810 de mortes<sup>(3)</sup>.

Tendo em vista a vulnerabilidade que a pandemia colocou mulheres, crianças e adolescentes, é importante nos mantermos conscientes do agravamento na ocorrência da violência doméstica. A repercussão dessa violência a mulher aumenta a prevalência de danos morais, ideias suicidas, ansiedades, depressão, fobias, insegurança em relacionamentos, violência psicológica na saúde mental e física (cortes, hematomas, etc.), também atraso no crescimento econômico gerado por perda de produtividade, aumento das despesas médicas, em casos mais graves as despesas legais<sup>(4)</sup>.

Seguiremos com o estudo descritivo-reflexivo sobre a violência doméstica contra a mulher durante a pandemia de COVID-19.

O presente trabalho tem por finalidade alcançar o maior número de pessoas possíveis, para colocarmos em prática o dever social. Incentivando a atitude e conduta de todas as vítimas de tais enfrentamentos, ou até mesmo que presencie uma situação de vulnerabilidade e violência contra a mulher, passíveis de denúncia e punição aos agressores.

## VULNERABILIDADE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), calcula-se que aproximadamente um terço das mulheres, no mundo, sofrerão violência física, psicológica e/ou sexual em algum momento da vida. Desde o início da pandemia de COVID-19, a violência contra a mulher tem aumentado significativamente<sup>(4)</sup>.

Noal (2020) reitera o quão fundamental são os profissionais de saúde, bem como toda a comunidade, estar atenta aos pequenos sinais e expressões de violência, tendo potencial para identificar tais mudanças: vizinhos, professores, equipes da assistência social e saúde, conselheiros tutelares, familiares e amigos, qualquer pessoa a ter contato com as pessoas vulneráveis neste cenário de pandemia. E ainda, o atendimento deve aceitar a autonomia da mulher e seu poder de escolha, e acatar as normativas do Ministério da Saúde em todos os casos<sup>(4)</sup>.

As restrições de deslocamentos representam segurança para alguns e ameaça para outros. Impedidos de trabalhar ou em trabalho remoto, homens e mulheres sofrem para conciliar suas rotinas, com o peso e desafio das responsabilidades com sua casa e familiares. Estratégias de quarentena visando inibir e reduzir o índice de contaminação, desencadearam novos alvos de angústia, estresse e medo<sup>(4)</sup>.

Com uma cobertura exacerbada da mídia em relação ao COVID-19, muitas vezes distorcendo a realidade com tendências políticas e passando a ideia de que os serviços de saúde estariam desativados, deixando pacientes sem suporte a tratamentos contínuos e até mesmo diagnóstico precoce para doenças graves, a detecção de casos de violência doméstica também foi prejudicada.

O aumento de abusos tem sido um desafio durante a pandemia de COVID-19 (SARS-coV2). Doença esta, que modificou o cotidiano, aumentando a vulnerabilidade da mulher em situação de violência doméstica. O complexo fenômeno social de violência doméstica, que afeta indivíduos, famílias e comunidade, é um alerta como problema de saúde pública<sup>(4)</sup>.

## ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Como garantia de seus direitos, é fundamental a notificação compulsória de violência no campo da saúde. Sendo indispensável ressaltar e garantir o funcionamento das redes de assistência no período de pandemia, se fazendo valer da ficha de notificação como mecanismo disparador na programação de eventos e cuidados



as pessoas em situação de violência, com o objetivo de não expor tal pessoa já fragilizada. A prática do acolhimento, da orientação, e da assistência à pessoa em situação de vulnerabilidade, é tão valioso quanto a continuidade na rede intersetorial de cuidado e amparo, bem como a notificação de suspeita de violência<sup>(4)</sup>

Lobo (2020) menciona que, através do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, o Governo Federal adotou medidas de acolhimento às mulheres vítimas de violência doméstica, concedendo o aplicativo Direitos Humanos BR, onde as vítimas são capazes de conduzir a descrição da situação arbitrárias que está vivenciando. Porém, somente uma parcela de mulheres no Brasil possui recursos e acesso à internet por um computador ou smartphone para download do aplicativo<sup>(5)</sup>

A pesquisa elaborada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública – A vitimização de mulheres no Brasil, 76,4% das mulheres apontavam que o perpetrador era um namorado, cônjuge, companheiro, ex-namorado ou até mesmo um vizinho. A superação da violência contra a mulher necessitaria de se empreender pelo meio do acolhimento das vítimas, acesso à justiça, condenação e penalidade do agressor, e de instrumentos de prevenção, que alcancem detectar todas as distintas de ocorrências agressiva e brutal, mostrado nessa mesma investigação de 2019<sup>(5)</sup>.

Durante a pandemia da COVID-19, o aumento da violência decorre justamente pelo fato de que, escapar do inimigo é quase impossível quando a vítima está confinada com o agressor.

Maciel et al. (2020) destaca como uma vitória no combate pelos direitos das mulheres, é pertinente citar a “Lei Maria da Penha” (Lei n. 11.340, 2006), no qual violência familiar e doméstica contra a mulher é estabelecida como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (Lei n. 11.340, 2006)<sup>(6)</sup>

Entre as ferramentas associadas a luta contra a violência doméstica, está também o programa “Mulher: Viver sem Violência” (Decreto n. 8.086, 2013), que ganhou visibilidade na efetivação de unidades da Casa da Mulher Brasileira (CMB), locais comunitários de assistência e abrigo, contando com equipe multiprofissional e humanizada, com o propósito de prestar auxílio as mulheres em situação de violência<sup>(6)</sup>.

Conforme observado por Maciel et al. (2020) o governo brasileiro catalogou aumento de 9% no registro de casos pela Central de Atendimento à mulher, Ligue 180, na segunda quinzena de março de 2020, semana em que havia sido decretado na maioria das capitais do país, medidas de isolamento social.<sup>(6)</sup> O poder executivo noticiou a amplificação do Disque 100 (violação dos direitos humanos) e do Ligue 180, desenvolveu também o aplicativo para smartphones “Direitos Humanos Brasil” e do portal inerentes as denúncias envolvendo violência doméstica, perante o agravamento do cenário de violência doméstica durante a pandemia<sup>(1,6,8)</sup>.

Na finalidade de conter a propagação do vírus e o declínio nas ações do serviço de saúde, aprimoramento e planejamento indispensáveis como distanciamento social, medidas restritivas, uso de máscara, o isolamento social ainda é a estratégia mais recomendada e efetiva segundo a OMS. Reflexo de tais medidas protetivas, boa parte da população (mais pobre), incapaz de se beneficiar de um apoio financeiro por parte do poder público, tem de seguir com sua força de trabalho em busca de seu alimento, além de corromper com o desenvolvimento da sociedade, outros problemas sociais vêm à tona, como o fenômeno de violência doméstica<sup>(6)</sup>. Os autores destacam também a preocupação da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre o quadro de aumento global da violência doméstica, tendo em vista que os casos apontam para violência ocorrendo na casa da vítima, e que o isolamento propõe uma condição de ameaça para certas populações.

“Conhecia também uma violência praticada de forma quase invisível, que é o preconceito contra as mulheres, desrespeito que abre caminho para atos mais severos e graves contra nós. Apesar de nossas conquistas, mesmo não tendo as melhores oportunidades, ainda costumam dizer que somos inferiores, e isso continua a transparecer em comentários públicos, piadas, letras de músicas, filmes ou peças de publicidade. Dizem que somos más motoristas, que gostamos de ser agredidas, que devemos nos restringir à cozinha, à cama ou às sombras.” Maria da Penha “Trecho do livro Sobrevivi... posso contar (1994)<sup>(7)</sup>.



## CAMPANHA DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A agência câmara de notícias descreve sobre a campanha agosto lilás, lançado pela secretaria da mulher da câmara dos deputados e a comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, em 06 de agosto de 2021, tendo como alvo argumentar a temática pertinente ao enfrentamento da violência contra as mulheres em suas diversas formas. Coincidindo com a comemoração de 15 anos da Lei Maria da Penha (Lei 11.340/06), referência em todo o mundo<sup>(8)</sup>.

“Uma em cada quatro mulheres sofreu algum tipo de agressão durante a pandemia, seja ela verbal, sexual ou física. Ao todo, são 17 milhões de mulheres agredidas entre junho de 2020 e maio de 2021, ou 24,4% do total.” (Paula Bittar – Agência Câmara de Notícias).

A reportagem ainda ressalta a afirmação de Samira Bueno, diretora executiva do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, que desses 17 milhões de mulheres, 60% tinham filhos, em dados do Instituto Datafolha, encomendado pela organização<sup>(8)</sup>.

Em destaque, a secretária nacional de Políticas para Mulheres, Cristina Britto, salienta sobre a ampliação dos canais de denúncia:

- Aplicativo Direitos Humanos Brasil
- Ligue 180 – canal 24 horas
- Telegram e Whatsapp 61-99656-5008

A denúncia pode ser feita por terceiros com a garantia de anonimato.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O isolamento social expõe e acentua a vulnerabilidade da mulher na pandemia, sendo assim, essencial os esforços dos profissionais de saúde, sociedade civil, Ministério Público, ações entre os órgãos (Judiciário, legislativo, aplicadores da lei). Além dos canais de denúncia citados também temos também o 190 da Polícia Civil.

De modo geral, os trabalhos citados, indicam uma necessidade de modificações, mudanças sociais que busquem promover tais transformações referente aos eventos de violência doméstica.

Os autores alertam para o quanto que o isolamento social, quanto medida preventiva, vem aumentando injustiças, violências e exclusões sociais. A violência contra a mulher não é uma novidade muito menos inédita, como inimigos reais e palpáveis. A pandemia tem sido um inimigo invisível e sem barreiras. As mulheres estão ainda mais expostas durante a pandemia da COVID-19, pois vivem com seus agressores. É necessário condições para que as mulheres tenham voz, responsabilidade de todos nós, devemos nos preocupar e procurar soluções.

Os agressores desfrutam das restrições recomendadas para limitação da pandemia para exercer seu poder e controle sobre as parceiras, delimitando ainda mais seu acesso aos serviços e ao apoio psicossocial, até mesmo para acionarem medidas de proteção. Um menor contato com sua rede socioafetiva, familiares, favorece a prática de violências. Um possível aumento no consumo de drogas e álcool no ambiente familiar, também viabiliza as ocorrências. O medo de ter o sustento da família ameaçado, o aumento do estresse e a convivência conflituosa agravam esse cenário.

Diante das condições expostas ao longo deste trabalho, queremos dar maior evidência ao problema, e assim a conscientização de toda sociedade para além da pandemia de COVID-19.

## AGRADECIMENTOS

Antes de tudo gostaria de mencionar quão agradável e desafiador foi trabalhar neste artigo.



Agradeço a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), que me proporcionou esta nova experiência, aos meus orientadores e professores Clayton Gonçalves de Almeida, Márcia Féldreman Nunes Gonzaga, Irineu C P Contini, assim como a colaboração e contribuição neste trabalho pelos docentes: Leandro Aparecido Souza e Janaina Daniel Ouchi.

Agradeço também aos colegas e amigos que contribuíram direta e indiretamente com o presente trabalho.

## REFERÊNCIAS

1. Marques ES, Moraes CL, Hasselmann MH, Delandes SF, Reichenheim ME. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(4):e00074420. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00074420>
2. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Centro de vigilância Epidemiológica da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria da Saúde de São Paulo (DATASUS).
3. Noal DS, Damásio F, Freitas CM, (Coords.). Saúde Mental e Atenção Psicossocial na pandemia COVID-19: violência doméstica e familiar na COVID-19 [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020[cited 2021 Aug 16]. Cartilha. 22 p. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41121>
4. Ministério da Saúde (BR). Painel Coronavirus Brasil [Internet]. 2021[cited 2021 Sep 06]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>
5. Lobo JC. Uma outra pandemia no Brasil: as vítimas da violência doméstica no isolamento social e a “incomunicabilidade da dor”. *Tessituras Rev Antropol Arqueol*. 2020;8(S1). <https://doi.org/10.15210/tes.v8i0.18901>
6. Maciel MAL, Santos MCB, Cruz MB, Lira MGC, Almeida JAT, Souza CAC, et al. Violência doméstica (contra a mulher) no Brasil em tempos de pandemia (COVID-19). *Rev Bras Análise Comport*. 2019;15(2):140-6. <https://doi.org/10.18542/rebac.v15i2.8767>
7. Penha M. *Sobrevivi... posso contar*. 2. ed. Fortaleza: Armazém da Cultura; 2012.
8. Agência Câmara de Notícias. Campanha Agosto Lilás de Enfrentamento à violência contra a mulher [Internet]. 2021[cited 2021 Sep 01] Available from: <https://www.camara.leg.br/noticias/791047-camara-lanca-campanha-agosto-lilas-de-enfrentamento-a-violencia-contra-a-mulher/>

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e19.c05>

## SITUAÇÃO VACINAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO POVO AKWÊ-XERENTE\*

**Layne Pereira Brito<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-0164-0301

**Bianca Guimarães Lima<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-0907-9803

**Flávia Martins Montelo<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-0676-256X

**Juliana Bastoni da Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6642-8910

**Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-8407-0310

**Mirian Cristina dos Santos Almeida<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-9178-1345

<sup>1</sup>Universidade Federal do Tocantins.

**Autor Correspondente:**

 Layne Pereira Brito  
laynebrito55@gmail.com

**Como citar:**

Brito LP, Lima BG, Montelo FM, Silva JB, Quaresma FRP, Almeida MCS. Povo Akwê-Xerente: análise da situação vacinal de crianças e adolescentes. In: Pereira RSF, Passinho RS, (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 3. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 38-48 p. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e19.c05>

Revisor: Ulisses Vilela Hipólito.  
Universidade Federal do Tocantins. Curso de Enfermagem.  
Palmas, Tocantins, Brasil.

### INTRODUÇÃO

Os povos indígenas, há muito enfrentam uma miríade de tensões de saúde, desde as epidemias de gripe, sarampo, varíola, mais recentemente a gripe H1N1 em 2009, até a pandemia de Covid-19 em 2020. Cada uma dessas crises de saúde afeta os grupos indígenas de maneiras diferentes, seja social, econômica ou demograficamente, por isso é importante entender as particularidades da região, e principalmente o relativo isolamento desses povos<sup>(1)</sup>. Parte dessas doenças provocaram redução no número de povos nativos que viviam no Brasil, acarretando o desaparecimento de um número expressivo de etnias. Além dos fatores acima citados, pode-se afirmar que a assistência à saúde desse grupo era precária ou inexistente, favorecendo ainda mais o processo de adoecimento e conseqüentemente a morte<sup>(2)</sup>.

Em virtude desses fatos, cresce a necessidade de intervenção e implementação de políticas e programas que auxiliassem no atendimento das comunidades indígenas evitando ou diminuindo o número de mortes por doenças imunopreveníveis. À vista disso, ao longo dos anos ocorreram importantes mudanças no cenário nacional no que se refere à saúde, incluindo a ampliação de pesquisas científicas e a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(3)</sup>.

Em 1999 foram criados 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) distribuídos em todo o território brasileiro, que possuem uma rede de serviços de atenção básica instalada dentro das terras indígenas<sup>(4)</sup> com uma estrutura de atendimento constituída pelos Polos Base e Casas de Saúde Indígena (CASA). Os DSEI'S se definem como a rede de atenção primária à saúde direcionada à essa população, visando a proteção, promoção e recuperação da saúde, constituindo-se como um sistema local.

\* Extraído do Trabalho de Conclusão de Curso "Povo Akwê-Xerente: análise da situação vacinal de crianças e adolescentes"



Cada Polo Base cobre um conjunto de aldeias, e se classificam em 2 tipos, de acordo com sua complexidade: o polo base tipo II tem estrutura física de suporte técnico e administrativo à equipe multidisciplinar sem executar assistência à saúde; o Polo Base tipo I executa algumas atividades de assistência à saúde, dentre elas coleta de material para exames, prevenção de câncer de colo de útero e também a imunização<sup>(5)</sup>.

Sabe-se que a vacinação é uma das formas mais eficazes de prevenção contra doenças transmissíveis. Através de campanhas de vacinação no Brasil, foi possível eliminar doenças como varíola e rubéola<sup>(6)</sup>.

Os primeiros registros de vacinação em comunidades indígenas podem ser vistos em meados de 1952, proposto por Noel Nutels, realizada na região do Araguaia e do Alto Xingu, com a administração de vacinas antitifo, varíola e febre amarela<sup>(7)</sup>. Buscando colocar em prática o art. 196 da constituição federal de 1988, onde a saúde é definida como um direito de todos e dever do estado, em 2002 foi criada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) que visa a organização dos serviços de saúde e o respeito aos seus conhecimentos e modo de vida<sup>(8)</sup>.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi criado em 1973, iniciando uma nova etapa na história das políticas de saúde Pública no campo da prevenção através da Portaria n° 311 de 9 de novembro. Este programa tem como missão organizar a política nacional de vacinação e contribuir para controle e erradicação de doenças imunopreveníveis<sup>(6)</sup>.

No entanto, apenas em 19 de julho de 2010, foi instituída a portaria n° 1.946, constituindo em todo território nacional o Calendário de vacinação para os Povos indígenas, estabelecendo um calendário específico. Atualmente, o Ministério da Saúde desenvolve ações anualmente denominadas Mês da Vacinação dos Povos Indígenas- MVPI, que visa a promoção e prevenção de saúde e a melhora da cobertura vacinal principalmente em áreas de difícil acesso<sup>(9)</sup>.

A população indígena, caracterizada por ser uma comunidade cultural com costumes e crenças diferenciadas, ainda é estigmatizada e descriminalizada socialmente e, apesar dos avanços, possuem uma assistência à saúde que necessita de aprimoramento<sup>(10)</sup>. Dados do relatório do Conselho Indigenista Missionário (CIMI)<sup>(11)</sup> de 2017 apontam que 702 crianças indígenas de 0 a 5 anos morreram no Brasil em 2017, sendo uma das principais causas diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível.

Uma das autoras desse capítulo, participante da comunidade indígena Xerente, enfatiza que é possível observar as insuficientes condições de saúde que essa etnia está submetida. A falta de recursos estruturais e materiais, a dificuldade de atendimento às comunidades que se apresentam mais distantes da cidade e a falta de saneamento repercutem nessa realidade de desigualdade em saúde e também para o processo de adoecimento, como mostram os dados do Ministério da Saúde que apontam que a principal causa de morte entre os indígenas são as doenças infecciosas, que podem ser preveníveis<sup>(2)</sup>.

Apesar de todos os avanços, os fatos acima mostram fragilidade da assistência à saúde para essas comunidades envolvendo não apenas fatores culturais, mas também sociais e ecológicos. Dessa maneira, é importante investir e estimular pesquisas científicas na área da saúde envolvendo povos indígenas, tendo em vista a carente base de dados nessa área, especificamente a de imunização, visando o cenário atual, onde ocorre a disseminação do movimento antivacina, sendo considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um dos maiores riscos à saúde global<sup>(12)</sup>.

Em relação à vacinação, um estudo<sup>(13)</sup> com indígenas da etnia Baniwa, obteve resultados que apontam que a chegada de equipes de saúde para vacinação no território pode gerar rejeição do usuário indígena que costuma priorizar as consultas médicas, colocando em plano secundário as ações de prevenção a doenças; já que, mesmo com o cartão de vacina completo, as crianças continuam a adoecer de outros agravos. Além dessas dificuldades, boa parte da população indígena se localiza em área rural, o que pode dificultar a adesão à vacinação, tendo em vista a dificuldade de locomoção.

A escassa literatura acerca da saúde indígena obscurece a observação da atual realidade dos serviços de saúde prestados à essa comunidade e consequentemente, dificulta o conhecimento sobre as principais



dificuldades encontradas dentro da perspectiva de saúde desses povos. Além disso, o cenário atual de disseminação dos movimentos antivacina alcançou os povos indígenas e preocupa já que a vacinação é uma das formas mais eficazes de prevenção a doenças como sarampo, febre amarela, entre outras. Assim este estudo objetiva avaliar o estado vacinal de crianças e adolescentes indígenas e as estratégias adotadas pelo serviço de saúde indígena em relação à imunização.

O presente capítulo teve como objetivo avaliar o estado vacinal de crianças e adolescentes de uma aldeia da etnia Akwê-Xerente e conhecer o trabalho dos profissionais de enfermagem do Polo Base responsável em relação a imunização deste povo.

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de campo, transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa procedeu-se em duas etapas:

1- Consulta aos arquivos de registros de vacinas de crianças/adolescentes indígenas de 0 a 14 anos da aldeia Brejo Comprido, no Polo Base 1 de Tocantínia- TO e teve como critério de Inclusão: Cartões de vacina de todas as crianças/adolescentes indígenas de 0 a 14 anos da aldeia Brejo Comprido arquivados no Polo Base de referência.

A Aldeia onde residem as crianças e adolescentes da etnia Xerente, que tiveram os registros de imunização avaliados, se localiza a 42 km do município de Tocantínia-TO e possui cerca de 150 habitantes, sendo 46 com idade entre 0 e 14 anos, constituindo-se a população alvo desde estudo. Essa comunidade é caracterizada como “não isolada” por possuir contato com a população não indígena. Apesar de possuírem a própria língua (Akwê), compreendem e falam a língua portuguesa.

2- Aplicação de questionário para os profissionais de enfermagem responsáveis pela imunização indígena que teve como critério de Inclusão: Profissionais de enfermagem que exerciam o trabalho no período da coleta de dados com atribuições relacionadas à imunização indígena.

A coleta de dados foi realizada em janeiro de 2021. Os dados foram coletados no Polo Base de Referência da Aldeia por meio de consulta aos arquivos contendo os registros de imunização de todas as 46 crianças/adolescentes indígenas de 0 a 14 anos da aldeia Brejo Comprido e aplicação de questionário aos profissionais de enfermagem responsáveis pela imunização desses indígenas. Para isso, agendou-se previamente com o responsável pelo Polo, a data e horário mais propício para consultar os registros de imunização e convidar os profissionais de enfermagem responsáveis pelas ações de imunização dos povos Akwê-Xerente para participarem do estudo, buscando não interferir na rotina do serviço. Devido ao estado de pandemia, foram adotadas medidas de precauções (distanciamento de 1 metro, uso de máscara, higienização prévia das mãos) para prevenção do novo coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-19).

A pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a Nota Técnica Nº 2/2018-DIASI/CGAPSI/DASI/SESAI/MS, respeitando as peculiaridades de estudos envolvendo a comunidade indígena. Portanto antes do início da coleta de dados, obteve-se autorização do cacique da aldeia, do conselho distrital de saúde, do conselho local de saúde, do conselheiro da aldeia, da aprovação do Distrito Especial de Saúde Indígena do Tocantins (DSEI-TO) (OFÍCIO Nº 284/2020/TO/DIASI/TO/DSEI/SESAI/MS de 14 de setembro de 2020) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins (CEP-UFT) (Parecer 3.987.063 de 23 de abril de 2020)(ANEXO A)/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa- CONEP (Parecer- CONEP 4.184.884 de 31 de 07 de 2020)(ANEXO B). Os documentos com a anuência estão de posse da autora/orientadora e foram apresentados ao DSEI-TO, ao CEP da UFT e ao CONEP.

Os profissionais de enfermagem participantes do estudo receberam o convite e deram anuência no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde constam os objetivos da pesquisa, a justificativa, os riscos e benefícios e o direito ao esclarecimento de quaisquer dúvidas e demais exigências da legislação vigente.

Os autores assinaram o Termo de Fiel Depositário e o Termo de Responsabilidade de Utilização de dados e informações de Saúde Indígena, tendo em vista que além da aplicação do questionário, os dados foram



obtidos nos arquivos dos registros de imunização disponível no Polo Base. O termo assegura que os pesquisadores se comprometem a manter em sigilo os dados e a privacidade dos indivíduos que tiveram suas informações acessadas, além de não repassar os dados coletados ou o banco de dados a outros não envolvidos na pesquisa, mantendo a integridade das informações e, sendo responsável com a guarda, cuidado das informações, utilizando-as somente para cumprimento dos objetivos da pesquisa.

Para coleta de dados dos registros de imunização foi utilizado um formulário criado na plataforma Google Forms composto por dados demográficos como idade, sexo e dados sobre a imunização, de acordo com o calendário nacional de vacinação dos povos indígenas: nome de cada imunobiológico administrado, data de administração, se o registro encontrava-se legível, com lote, unidade de administração, nome do profissional que administrou, registrado no local correto, além da presença de aprazamento e estado vacinal no momento da coleta de dados.

Na coleta de dados com os profissionais ligados ao serviço de imunização utilizou-se um questionário composto por 5 (cinco) questões, referentes ao sexo; conhecimento dos xerentes sobre vacinação; estratégias adotadas para aumento da cobertura vacinal; orientações pós vacinação; realização ou não de atividades de educação em saúde sobre vacinação e observação de interesse dos indígenas sobre vacinação.

Os resultados foram baixados dos Formulários preenchidos no Google Forms na planilha do Excel, e codificados em forma de banco de dados. Após a correção de inconsistências, foram exportados para o Software Statistical Package for the Social Sciences for Windows (SPSS) versão 22.0, sendo realizadas análises com base estatística descritiva (frequência relativa e absoluta, média e desvio padrão) e inferencial (para as associações teste Qui quadrado e teste Exato de Fisher), considerando valores significativos  $p$  menor ou igual a 0,05. Os dados das questões abertas respondidas pelos profissionais ligados ao serviço de imunização foram analisados quantitativamente.

## RESULTADOS

Foram avaliados 46 cartões de vacina de crianças/adolescentes indígenas da etnia Akwê-Xerente residentes na aldeia Brejó Cumprido. A idade mínima encontrada foi de 3 meses e máxima de 161 meses, (média 76,33 meses; desvio padrão 43,92 meses), apresentando maior prevalência de 48 a 107 meses (4 anos a 8 anos e 11 meses (45,65%)), sendo 52,17% do sexo masculino conforme consta a tabela 1.

Das 46 crianças, 27 (58,70%) apresentaram calendário vacinal em dia. Considerou-se “não” para calendário vacinal em dia, cartões que constavam vacinas em atraso que ainda poderiam ser administradas, seguindo o calendário nacional de vacinação dos povos indígenas. De acordo com a avaliação, as vacinas que se encontravam em atraso foram: Hepatite A (1), Pentavalente 3<sup>o</sup> dose (1), VIP/VOP 1<sup>o</sup> dose (1), VIP/VOP 3<sup>o</sup> dose (1), Febre amarela (2), Varicela (10), Pneumocócica 10 reforço (1), Meningocócica C 1<sup>o</sup> (1) e 2<sup>o</sup> dose (1), Meningocócica C reforço (1), Tríplice Viral (1), DTP 2<sup>o</sup> reforço (1), Meningocócica ACWY (4) e VOP 1<sup>o</sup> reforço (1), totalizando 27 doses em atraso.

Quanto à presença de anotação da data da próxima vacina (aprazamento), apenas 16 (34,78%) cartões constavam essas anotações.

Verificou-se que não há associação entre o estado vacinal em dia com a faixa etária ( $\chi^2=6,422$ ,  $p=0,081$ ), sexo ( $\chi^2=1,315$ ,  $p=0,251$ ) e presença da anotação do aprazamento ( $\chi^2=0,061$ ,  $p=0,806$ ).

As tabelas 2, 3 e 4 apresentam a distribuição das vacinas preconizadas de acordo com o calendário nacional de imunização indígena. O  $n$  variou entre os imunobiológicos, pois considerou-se a idade de cada criança/adolescente em relação ao preconizado para a administração de cada vacina, bem como a data de introdução de novas vacinas no calendário nacional de imunização (Pneumocócica 10 e Meningocócica C em 2010, contra hepatite A em 2014). Foram consideradas vacinas administradas na data prevista aquelas administradas com até 1 semana (7 dias) de acordo com a idade preconizada pelo calendário nacional de imunização indígena do Ministério da Saúde. As vacinas administradas que ultrapassavam 8 dias da data prevista foram consideradas administradas em atraso.



**Tabela 1** - Distribuição dos cartões de vacina avaliados de acordo com faixa etária, sexo, estado vacinal em dia e presença de aprazamento, Tocantnia-TO, Brasil, 2021.

	Estado Vacinal em dia						Valor de p
	Sim		Não		Total		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Faixa Etária</b>							
Menores de 1 ano e 3 meses	1	20,00	4	80,00	5	10,87	0,081*
De 1 ano e 3 meses a 3 anos e 11 meses	6	75,00	2	25,00	8	17,39	
De 4 anos a 8 anos e 11 meses	15	71,40	6	28,60	21	45,65	
A partir de 9 anos	5	41,70	7	58,30	12	26,09	
Total	27	58,70	19	41,30	46	100,00	
<b>Sexo</b>							
Feminino	11	50,00	11	50,00	22	47,83	0,251**
Masculino	16	66,70	8	33,30	24	52,17	
Total	27	58,70	19	41,30	46	100,00	
<b>Presença de Anotação do Aprazamento</b>							
Sim	9	56,25	7	43,75	16	34,78	0,806**
Não	18	60,00	12	40,00	30	65,22	
Total	27	58,70	19	41,30	46	100,00	

\*Teste Exato de Fisher

\*\*Teste Qui Quadrado

Na tabela 2, apresentam-se os dados relacionados às vacinas preconizadas na infância, de 0 a 6 meses de vida. De acordo com os dados, a 2ª dose e a 1ª dose de Rotavírus apresentaram maiores índices de não administradas com 26,67% e 19,57% respectivamente, seguidas da 2ª dose de Meningo C (12,82%) e 2ª dose da Pneumocócica (10,26%). As vacinas BCG e Hepatite B mostram maior índice de administração na data prevista, com 71,74% respectivamente. No que se refere à administração em atraso, a 3ª dose de Pentavalente apresentou maior índice com 84,09%, sendo em seguida, a 3ª dose de VIP/VOP com 81,82%.

**Tabela 2** - Distribuição das vacinas preconizadas de 0 a 6 meses de acordo com o calendário nacional de imunização indígena, Tocantnia-TO, 2021.

Vacinas	Administrada na data prevista		Administrado em atraso		Não administrado	
	N	%	N	%	N	%
BCG (n=46)	33	71,74	13	28,26	0	0,00
Hepatite B (N=46)	33	71,74	13	28,26	0	0,00
Pentavalente 1ª dose (n=46)	18	39,13	28	60,87	0	0,00
Pentavalente 2ª dose (n=45)	11	24,44	34	75,56	0	0,00
Pentavalente 3ª dose (n=44)	6	13,64	37	84,09	1	2,27
VIP/VOP 1ª dose (n=46)	18	39,13	27	58,70	1	2,17
VIP/VOP 2ª dose (n=45)	10	22,22	35	77,79	0	0,00
VIP/VOP 3ª dose (n=44)	7	15,91	36	81,82	1	2,27
Pneumocócica 10 1ª dose (n=40)	17	42,50	21	52,50	2	5,00
Pneumocócica 10 2ª dose (n=39)	10	25,64	25	64,10	4	10,26
Rotavírus 1ª dose (n=46)	18	39,13	19	41,30	9	19,57
Rotavírus 2ª dose (n=45)	10	22,22	23	51,11	12	26,67
Meningocócica C 1ª dose (n=40)	10	25,00	27	67,50	3	7,50
Meningocócica C 2ª dose (n=39)	4	10,26	30	76,92	5	12,82

Na tabela 3 verificam-se as vacinas preconizadas a partir dos nove meses de vida até 4 anos. A vacina contra Hepatite A destacou-se com maior índice de administração na data prevista (35,71%). Apresentando maior percentual de atraso na administração encontra-se a vacina contra Febre Amarela Reforço (90,91%). No entanto deve-se considerar no Calendário Nacional de Imunização, o reforço da Febre amarela foi abolido



em 2017 e retornou em 2020, podendo ter ocasionado esses resultados. Observa-se ainda que as vacinas Varicela 2º dose, Meningo C Reforço e Pneumo 10 Reforço aparecem com maior índice de não administradas com 30,30%, 24,39% e 23,81% respectivamente.

**Tabela 3-** Distribuição das vacinas preconizadas a partir de 9 meses até 4 anos de idade de acordo com o calendário nacional de imunização dos povos indígenas, Tocantínia-TO, 2021.

Vacinas	Administrada na data prevista		Administrado em atraso		Não administrado	
	N	%	N	%	N	%
Febre Amarela (n=43)	10	23,26	32	74,42	1	2,33
Tríplice Viral (n=42)	14	33,33	27	64,29	1	2,38
Pneumocócica 10 Reforço (n=42)	11	26,19	21	50,00	10	23,81
Meningocócica C Reforço (n=41)	9	21,95	23	56,10	10	24,39
Hepatite A (n=28)	10	35,71	17	60,72	1	3,57
VOP 1º Reforço (n=41)	6	14,63	30	73,17	5	12,20
DTP 1º Reforço (n=41)	7	17,07	34	82,93	5	12,20
Tetra viral* (n=41)	8	19,51	31	75,61	0	0,00
Pneumocócica 23 (n=05)	0	00,00	4	80,00	1	20,00
VOP 2º Reforço (n=33)	6	18,18	20	60,61	7	21,21
Varicela 2 dose (n=33)	7	21,21	16	48,49	10	30,30
DTP 2º Reforço* (n=33)	7	21,21	24	72,73	1	3,03
Febre Amarela Reforço (n=33)	2	6,06	30	90,91	1	3,03

\*A vacina tetra viral apresentou 2 doses administradas sem identificação de data, assim como a vacina de DTP 2º reforço que apresentou o registro de 1 dose sem data.

Na Tabela 4, apresentam-se as vacinas preconizadas na adolescência. Com maior índice de administração na data prevista encontra-se a vacina Meningocócica C com 54,14%. Evidencia-se como vacina menos administrada a Meningocócica ACWY com 66,66%. As vacinas contra HPV 1º e 2º dose apresentam respectivamente índice 0 de não administração. Ressalta-se que 2 (dois) adolescentes que não receberam a vacina Meningo C (11 a 14 anos) receberam a Meningocócica ACWY, excluindo dessa forma, a necessidade da dose meningocócica C.

**Tabela 4-** Distribuição das vacinas preconizadas de 9 a 14 anos segundo o calendário nacional de imunização indígena, Tocantínia-TO, Brasil, 2021.

Vacinas	Administrada na data prevista		Administrado em atraso		Não administrado	
	N	%	N	%	N	%
Febre Amarela (n=43)	10	23,26	32	74,42	1	2,33
HPV 2ª dose (n=8)	3	37,50	5	62,50	0	0,00
Meningo C- 11 a 14 anos (n=7)	4	54,14	1	14,29	2	28,57
Meningo ACWY (n=6)	1	16,67	1	16,67	4	66,66

No total, foram encontradas 1008 doses de vacinas administradas, dentre elas, 690 com atraso e 315 administradas na data prevista. O total de doses não administradas foi de 98 doses, sendo que 27 ainda podem ser realizadas; as demais (71) são consideradas como perdidas visto que não é possível realizá-las devido a idade, peculiaridades das vacinas e calendário nacional de imunização vigente.

No que diz respeito aos registros de imunização, de acordo com a tabela 5, 99,80% apresentavam registro legível e data de administração, sendo a anotação menos presente o nome da Unidade local de administração da vacina com 37,10%, seguida do nome do profissional que administrou com 7,54%.

No polo base de referência todos os profissionais responsáveis pela imunização dos Xerentes participaram do estudo: são três técnicas de enfermagem, do sexo feminino. Como estratégias adotadas para melhora da cobertura vacinal foram citadas as orientações sobre a importância da vacinação, o deslocamento da equipe para as aldeias, a busca ativa dos indígenas com vacinas em atraso, relatando ainda, a importância dos agentes



indígenas de saúde (AIS) e até mesmo a recorrência aos caciques para auxiliar no processo de informação. Todas avaliaram o conhecimento dos indígenas sobre vacinação como “bom” e “bem orientados”. Como orientações pós-vacinação, citou-se a compressa fria no local, as reações e possíveis efeitos colaterais das vacinas, a importância de retorno para próxima dose e medicamentos que podem ser utilizados em caso de febre.

**Tabela 5** - Distribuição dos registros de imunização das doses de vacinas administradas nos cartões de vacina, Tocantínia-TO, 2021.

Registros de Imunização N=1008	Sim		Não	
	N	%	N	%
Registro Legível	1006	99,80	2	0,20
Lote do imunobiológico	935	92,76	73	7,24
Unidade onde foi administrada	634	62,90	374	37,10
Profissional que administrou	932	92,46	76	7,54
Data de Administração	1005	99,70	3	0,30
Local adequado de registro	1008	100,00	0	0,00

Todos os profissionais relataram realizar atividades de educação em saúde por meio de rodas de conversas e orientações individuais e coletivas quando necessário, bem como afirmam que há interesse por parte dos indígenas para vacinação, existindo procura espontânea para atualização vacinal.

## DISCUSSÃO

De acordo com o Programa Nacional de Imunização (PNI), a meta operacional básica é vacinar todas as crianças menores de um ano com todas as vacinas indicadas no calendário básico. Porém, o presente estudo evidenciou que apesar dos avanços, existem falhas referentes à administração de determinadas vacinas preconizadas pelo calendário nacional de imunização dos povos indígenas, apresentando expressivo número de crianças com estado vacinal em atraso ou incompleto. A associação do estado vacinal com a faixa etária, sexo e presença da anotação do aprazamento não foi estatisticamente significativa.

Considerando a forma de vida desta comunidade e as precárias condições de saneamento, os números de não administração da vacina contra rotavírus são preocupantes, uma vez que se constitui como principal agente causador de diarreias em crianças menores de cinco anos, revelando-se um atual e grave problema de saúde pública<sup>(14)</sup>. Segundo o boletim da SasiSUS de 2019<sup>(9)</sup>, uma das causas de morte mais comum em crianças menores de um ano constitui-se nas doenças infecciosas e parasitárias. Relata ainda, que 233 crianças menores de 5 anos morreram entre 2013 e 2016 por causas “reduzíveis por ações de promoção à saúde vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde”, com destaque para as doenças diarreicas e gastroenterites, correspondendo a 17,1% das mortes.

Outra vacina com números preocupantes de não administração na faixa etária de 0 a 1 ano é a meningocócica C- 2º dose e reforço. Um estudo<sup>(15)</sup> realizado em 2012 mostra que a vacina além de proteger o indivíduo, através de “proteção rebanho”<sup>1</sup> diminui o número de portadores entre os vacinados, resultando assim em redução da transmissão da doença na população. Segundo este mesmo estudo, a incorporação dessa vacina no PNI resultou numa redução importante da morbimortalidade por essa doença, uma vez que a mesma possui fácil transmissão. Ressalta-se que a vacina meningocócica C foi introduzida no PNI apenas em 2010, e por esta razão, 6 adolescentes indígenas que não haviam recebido essa vacina na infância foram contemplados com a inserção da mesma no calendário do adolescente e já estão imunizados. No entanto, ainda se verificou que quatro adolescentes precisam receber a vacina meningocócica ACWY, introduzida no calendário nacional de imunização em 2020<sup>(16)</sup>.

1 Proteção dada a segmentos não vacinados de uma população devido ao controle dos agentes infecciosos em decorrência do número do aumento de indivíduos imunes pela vacinação<sup>17</sup>.



O boletim SasiSUS evidenciou números extremamente baixos entre os anos 2011 e 2014 de cobertura vacinal das vacinas rotavírus e meningocócica C em nível nacional para todos os indígenas, demonstrando assim, um problema de saúde não apenas local da aldeia alvo do estudo<sup>(9)</sup>.

Entre as vacinas com menor índice de administração encontra-se a pneumocócica 10, podendo acarretar vulnerabilidade desses indígenas, já que entre 2010 e 2016, mais de um milhão de crianças indígenas menores de um ano morreram por doenças do trato respiratório, sendo ainda, a atual maior causa de morte em crianças indígenas menores de um ano<sup>(9)</sup>. Evidencia-se aqui falha de atenção à saúde indígena ainda persistente, visto que estudos demonstram níveis abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde no âmbito nacional dos povos indígenas no que se refere à vacina pneumocócica em menores de um ano em 2018<sup>(9)</sup>.

Conforme instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação de 2020, a vacina pneumocócica 23 deve ser administrada em indígenas a partir de cinco anos de idade sem comprovação vacinal com as vacinas pneumocócicas conjugadas. Assim das 05 (cinco) crianças/adolescentes que não haviam recebido nenhuma dose da vacina pneumocócica 10, 04 (quatro) foram contempladas com a administração da Pneumocócica 23. De acordo com os achados, uma criança de nove anos não recebeu nenhuma dose de pneumocócica 10 e/ou 23. Exceto esta, todas as crianças/adolescentes que não receberam pneumocócica 23 receberam ao menos uma dose de pneumocócica 10, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde<sup>(16)</sup>.

Quanto a vacinação contra varicela, o PNI recomenda que crianças indígenas a partir de sete (7) anos não vacinadas ou sem comprovação vacinal devem receber 1 ou 2 doses de varicela a depender do laboratório<sup>(17)</sup>. Todavia, o presente estudo evidenciou que dez (10) crianças não receberam 2ª dose da vacina varicela, corroborando com o alto índice de calendários vacinais em atraso. Esses dados retratam preocupação, uma vez que esta vacina foi introduzida no calendário indígena em 2002 visando à redução de surtos comunitários e que a comunidade foco desse estudo possui fortes relações sociais entre seus indivíduos em todas as fases da vida, em especial as crianças. Ressalta-se que a varicela se caracteriza como uma doença altamente contagiosa, com incidência anual de 26 a 61 casos para cada 1.000 indivíduos não vacinados, podendo evoluir com complicações como pneumonite, doença respiratória obstrutiva aguda, meningite e outros<sup>(18)</sup>. A segunda dose da vacina varicela aumenta a efetivação da imunização de 85% para 98% reduzindo assim a incidência de casos graves<sup>(19)</sup>.

Dos 46 cartões de vacinas avaliados verificou-se que apenas 28 crianças foram elegíveis para a vacinação contra hepatite A, devido à idade. A introdução deste imunobiológico no Calendário Nacional de Imunização ocorreu apenas em 2014, quando 13 crianças/adolescentes já tinham mais de 1 ano 11 meses, idade máxima preconizada na época para imunização. Posteriormente, em 2017 a cobertura foi aumentada para menores de 5 anos, mas ainda não contemplou as crianças/adolescentes mencionados acima. Sabe-se que as populações indígenas podem possuir acesso restrito ou inexistente ao sistema de saneamento básico e tal fato ocorre na aldeia onde residem os indígenas que tiveram o estado vacinal avaliado. Desta forma, o baixo número de crianças imunizadas contra Hepatite A evidenciados nesta comunidade preocupa, visto que a forma de contaminação da hepatite A se dá por via fecal-oral. A vista disso, esses números podem representar um futuro problema de saúde local, pois, a hepatite A se caracteriza como a hepatite que mais afeta as comunidades indígenas após a hepatite B<sup>(20)</sup>. Essa vacina apresenta grande importância dentro do cenário brasileiro de vacinação, pois, após a sua implementação, a incidência de notificações da hepatite A reduziram significativamente em todos os indivíduos, com maior redução em crianças menores de 5 anos, que passou de 949 casos em 2014 para 31 casos em 2017<sup>(21)</sup>.

Além de números expressivos de não administração de determinadas vacinas, ressalta-se ainda o elevado índice de vacinas administradas em atraso, fator esse que, ao depender do tempo de atraso, pode levar a perda da administração do imunobiológico por passar da idade recomendada, além de aumentar o risco e suscetibilidade do indivíduo a doenças e seus agravos. Atrasos e falhas na cobertura vacinal indígena podem ter como fatores associados as dificuldades de locomoção das equipes à aldeia, uma vez que a mesma se localiza a 42



km do Polo Base de referência; a falta dos insumos necessários ou vacina, uma vez que os dados do presente estudo apontam não administração e administração de determinadas vacinas que deveriam ser realizadas de forma simultânea, ex: 1º reforço de DTP e Tetra Viral; a ausência da família no dia que da ação de imunização na aldeia ou mesmo a recusa ou resistência por parte dos pais ou responsáveis podem também estar associados.

Segundo o boletim SasiSUS, as principais falhas encontradas, que dificultam o aumento da cobertura vacinal preconizada, estão dificuldade no cumprimento do cronograma de entrada das equipes nas aldeias; a limitação na oferta de determinados imunobiológicos por parte de alguns laboratórios e liberação insuficiente de alguns municípios, principalmente na região Norte e Nordeste<sup>(9)</sup>.

Devido aos achados, torna-se imprescindível investigar e intervir nas possíveis causas da baixa cobertura vacinal e seus atrasos. Pois, como relatado pelos profissionais responsáveis pela vacinação indígena, as atividades educativas estão sendo realizadas, resultando em interesse e procura por parte dos indígenas para a vacinação. Com isto, possíveis falhas podem estar inseridas no contexto do próprio serviço de saúde indígena, como gerenciamento das ações de imunização e maior controle dos aprazamentos, tendo em vista os baixos números de presença dessas anotações para retorno.

Ressalta-se ainda que, os números de atrasos podem ter relação com o atual cenário pandêmico do novo coronavírus (COVID-19), uma vez que a coleta de dados foi realizada em Janeiro de 2021, alguns meses após a explosão da pandemia e das recomendações de quarentena que afetaram todas as comunidades, em especial a comunidade indígena por ser uma população vulnerável.

O Ministério da Saúde<sup>(22)</sup> recomenda que no cartão de vacina sejam realizadas anotações legíveis de data da vacinação, lote da vacina e unidade de saúde de administração em conjunto com a assinatura do profissional. A presença do aprazamento pode facilitar a identificação por parte do profissional das doses a serem administradas, bem como auxiliar os pais ou responsáveis na identificação da data de retorno, diminuindo assim atrasos ou perdas da data de vacinação. Porém, além do aprazamento, o presente estudo apresentou baixos índices de anotação do nome da unidade de administração da vacina e do nome do profissional. Esses registros são de suma importância uma vez que contribuem no controle individual vacinal, assim como auxilia outros profissionais em situações futuras de possíveis intercorrências. Especificamente no caso da população indígena, os cartões de vacina ficam arquivados no Polo Base de referência e são fornecidos aos pacientes sempre que solicitado pelo mesmo.

Apesar dos resultados apontarem um expressivo número de vacinas não administradas, é louvável o índice de calendários vacinais em dia. Este achado pode ter relação com as estratégias citadas pelos profissionais de enfermagem, pois atividades de educação em saúde, visitas domiciliares e abordagem da comunidade podem aumentar a cobertura vacinal, comprovando desta forma, a eficácia dessas ações no âmbito da imunização<sup>(23)</sup>. No entanto, cabe a intensificação dessas ações e a busca de novas estratégias para aumento da cobertura vacinal nessa população.

É possível que haja associação entre o conhecimento e a corresponsabilização sobre vacinação entre os indígenas, uma vez que essa comunidade não vive em isolamento e mantém constante contato com a sociedade não indígena e as tecnologias. Desta forma, é de notável importância que se investigue diretamente com esta comunidade sobre suas crenças e conhecimento acerca da vacinação.

## CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou a verificação do estado vacinal de crianças e adolescentes indígenas de uma aldeia da etnia Akwê-Xerente, bem como identificou as estratégias dos profissionais da imunização para aumento da cobertura vacinal. Desta forma, conclui-se que pouco mais da metade apresentava calendário vacinal em dia. Feito este que pode ter relação direta com as ações realizadas para aumento da cobertura vacinal relatadas pelos profissionais responsáveis pela imunização desta comunidade, como a busca ativa desses indígenas, as rodas de educação em saúde e o auxílio das lideranças nas atividades de saúde.



Todavia, evidenciaram-se expressivo número de doses não administradas de vacinas de suma importância no contexto desta comunidade, como Rotavírus, Varicela, Meningocócica C e Pneumocócica 10, entre outras resultando em percentual expressivo de calendários vacinais incompletos ou em atraso, o que pode vir a se tornar um futuro problema de saúde. Diante disto, evidencia-se a necessidade de identificar as possíveis causas desses atrasos, possibilitando a realização de intervenções que resultarão no aumento da cobertura vacinal e consequentemente, na promoção da saúde para esses povos, reduzindo a possibilidade de adoecimento por doenças imunopreveníveis.

No que tange aos registros dos imunobiológicos, observou-se que boa parte das anotações apresentavam o preconizado, porém, ressalta-se a importância de registro do apazamento, conforme recomenda o Ministério da Saúde, uma vez que este pode auxiliar no controle e busca ativa contribuindo para o aumento da cobertura vacinal.

O presente estudo fornece informações da realidade do estado vacinal do povo Akwê- Xerente da aldeia Brejó Cumprido e contribui desta forma, para melhor observação e discussão da realidade visando a elaboração de estratégias que auxiliem no aumento da cobertura vacinal indígena.

Como intervenção dos achados aqui expostos, ressalta-se que foram repassados os nomes das crianças e das respectivas vacinas que constavam atraso vacinal para os profissionais do Polo Base de referência da supracitada aldeia.

Como limitação de estudo, destaca-se que a presente pesquisa demonstra a realidade de apenas uma aldeia, de população relativamente mediana. Para melhor observação da realidade indígena, cita-se a necessidade da realização de outros estudos que possibilitem maior abrangência populacional no que tange a saúde, uma vez que estudos com indígenas são escassos e desatualizados, dificultando assim, a realização de uma melhor análise situacional.

## REFERÊNCIAS

1. Brito CAG. A história da saúde indígena no Brasil e os desafios da pandemia de Covid-19 [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020[cited 2023 Feb 9]. Available from: <https://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1779-a-historia-da-saude-indigena-no-brasil-e-os-desafios-da-pandemia-de-covid-19.html>
2. Ministério da Saúde (BR). Programa de Qualificação de agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento: saúde, doença e atenção nos territórios indígenas. 2016. Brasília: Ministério da Saúde.
3. Garnelo L, Pontes AL. Saúde Indígena: uma introdução ao tema [Internet]. Brasília: MEC-SECADI; 2012[cited 2023 Feb 9]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_indigena\\_uma\\_introducao\\_tema.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf)
4. Sousa MC, Scatena JHG, Santos RV. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. Cad Saúde Pública [Internet]. 2007[cited 2019 Aug 20];23(4):853-61. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RSfQ5HXFP8SF3Gkwmc6qbFk/?lang=pt>
5. Ministério da Saúde (BR). Saúde Indígena. Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) [Internet]. 2017[cited 2019 Aug 28]. Available from: <http://www.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis>
6. Ministério da Saúde (BR). Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós- vacinação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2021 Mar 20]. Available from: <https://sbim.org.br/images/files/manual-vigilancia-epidemiologica-eventos-vacinacao-4ed.pdf>
7. Costa DC. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. Cad Saúde Pública [Internet]. 1987[cited 2019 Aug 28];4:388-401. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/D3qjZPh3mrgzz5YcGxxzcFj/?lang=pt>
8. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
9. Ministério da Saúde (BR). Saúde Indígena: Análise da situação de saúde no SasiSUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019[cited 2021 Mar 20]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_indigena\\_analise\\_situacao\\_sasisus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_analise_situacao_sasisus.pdf)



10. Coimbra Jr. CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):125–32. <https://doi.org/10.1590/S1413-8123200000100011>
11. CIMI. Relatório Violência contra os povos indígenas no Brasil [Internet]. 2017[cited 2019 Sep 01]. Available from: [https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio-violencia-contra-povos-indigenas\\_2017-Cimi.pdf](https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio-violencia-contra-povos-indigenas_2017-Cimi.pdf)
12. Organização Pan-Americana da Saúde OMS. Dez ameaças à saúde que a OMS combaterá em 2019 [Internet]. 2018[cited 2019 Sep 01]. Available from: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5848:dez-ameacas-a-saude-que-a-oms-combatera-em-2019&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5848:dez-ameacas-a-saude-que-a-oms-combatera-em-2019&Itemid=875)
13. Garnelo L. Aspectos socioculturais de vacinação em área indígena. *Hist, Ciênc, Saúde-Manguinhos*. 2011;18(1):175-90. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/6kxxxbdd48886tpF4MxwtgJ/?lang=pt>
14. Kfourri RA, Cunha J, Sarinho EC, Solé D, Lima EJJ, Cocco RR, et al. Vacina Rotavírus segurança e alergia alimentar: posicionamento das Sociedades Brasileiras de Alergia e Imunologia (ASBAI), Imunizações (SBIIm) e Pediatria (SBP). *Arq Asma Alerg Imunol*. 2017;1(1). <https://doi.org/10.5935/2526-5393.20170006>
15. Safadi MAP, Berezin EN, Oselka GW. Uma avaliação crítica das recomendações para o uso de vacinas meningocócicas conjugadas. *J Pediatr*. 2012;88(3). <https://doi.org/10.2223/JPED.2167>
16. Ministério da Saúde (BR). Anexo V: Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação 2020 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2021 Mar 15]. Available from: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Calend%C3%A1rio%20de%20Vacina%C3%A7%C3%A3o/INSTRUCAO%20NORMATIVA%202020.pdf>
17. Ministério da Saúde (BR). Manual de normas e procedimentos para vacinação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014[cited 2021 Mar 20]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_procedimentos\\_vacinacao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf)
18. Hirose M, Gilio AE, Ferronato AE, Ragazzi SLB. Impacto da vacina varicela nas taxas de internações relacionadas à varicela: revisão de dados mundiais. *Rev Paul Pediatr*. 2016;34(3):359-66. <https://doi.org/10.1016/j.rppede.2016.03.001>
19. Manetti CL, Fernandes B, Oliveira DK, Banovski DC, Araújo SP, Brusque CEP, et al. Varicela grave: An analysis of compulsory notifications, Brazil 2012 to 2019. *RSD*. 2021;10(2):e7510212026. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12026>
20. Maia JKO, Travassos PNC, Cruz MR, Lima RKS, Mendonça IS, Maia RLSN, et al. Hepatites Virais em Indígenas: uma análise epidemiológica. In: Silva Neto BR (Org.). *Alicerces e Adversidades das ciências na saúde do Brasil: Vol 5* [Internet]. Atena; 2019[cited 2021 Mar 20]. p. 149-156. Available from: <https://www.atenaeditora.com.br/catalogo/post/hepatites-virais-em-indigenas-uma-analise-epidemiologica>
21. Brito WI, Souto FJD. Vacinação universal contra hepatite A no Brasil: análise da cobertura vacinal e da incidência cinco anos após a implantação do programa. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;(23):e200073. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200073>
22. Ministério da Saúde (BR). Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2021 Apr 19] Available from: <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/09/manual-cries-9dez14-web.pdf>
23. Assad SGB, Corvino MPF, Santos SCP, Cortez EA, Souza FL. Educação em saúde e atividades de vacinação: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 28];(11):410-21. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30590>

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e19.c06>

# PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ACOLHIMENTO A PUÉRPERA MIGRANTE VENEZUELANA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Ana Beatriz Oliveira Costa<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-6235-5753

**Paulo Sérgio da Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-2746-2531

**Gleidilene Freitas da Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-002-7697-0770

<sup>1</sup> Universidade Federal de Roraima.  
Boa Vista, Roraima, Brasil.

**Autora Correspondente:**

 Ana Beatriz Oliveira Costa  
boliveirana@gmail.com

**Como citar:**

Costa ABO, Silva PS, Silva GF. Práticas assistenciais de acolhimento a puérpera migrante venezuelana na atenção primária à saúde. In: Pereira RSF, Passinho RS, (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 3. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 49-57 p. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e19.c06>

 Revisora: Renata Soares Passinho.  
Universidade Federal do Sul da Bahia.  
Porto Seguro, Bahia, Brasil.

## INTRODUÇÃO

O presente estudo emerge de uma instigação científica que se dispõe a elaborar argumentos com bases teóricas a respeito da assistência prestada pelos profissionais da saúde durante o acolhimento a puérperas migrantes venezuelanas na atenção primária à saúde (APS). Nesse sentido, é oportuno contextualizar que no ano de 1978, em Alma Ata, foi realizada a Conferência Internacional sobre APS, onde a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceituou a APS como: cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias<sup>(1)</sup>.

A APS possui um modelo que segue a orientação e a lógica da saúde no Brasil, estabelecendo estratégias organizacionais dos sistemas de atenção e promovendo a saúde para a sociedade, considerando o processo saúde-doença com base nos determinantes sociais. Países que possuem em seus sistemas a APS como base, evidenciam resultados melhores e indicadores de saúde com impactos positivos<sup>(2)</sup>.

Estrategicamente inserida na APS, tem-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), definida como prioridade para que se constitua e qualifique a Atenção Básica do país. Em 2006, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a ESF se estabelece como a principal estratégia e prioridade para a organização do sistema de saúde. Essa política preconiza que a atuação da assistência à saúde seja realizada a partir de uma delimitação territorial, com usuários adscritos que recebam a assistência e o acompanhamento à saúde de modo longitudinal<sup>(2-3)</sup>.

As unidades primárias mediante ações realizadas pelas equipes de saúde, ofertam para os seus usuários multivariados serviços assistenciais para que se tenham atenção integral à saúde, avaliando o processo saúde-doença



os aspectos biopsicossociais, realizando a promoção, a prevenção, a cura e a reabilitação de acordo com a conjuntura da APS<sup>(1)</sup>.

Os serviços de saúde que são ofertados pela APS são dispensados para todos(as) que estão inseridos no território, independente da nacionalidade, tendo em vista que os cidadãos possuem direito universal à saúde e à educação. Do ponto de vista da organização assistencial da saúde, podem existir alguns empecilhos para a população migrante venezuelana, sobretudo para compreender os fluxos e a rede assistencial brasileira<sup>(4)</sup>.

O serviço a ser realizado pelo profissional de saúde será selecionado de acordo com o que o usuário apresentar como demanda e se faz necessário que a necessidade seja escutada, acolhida, questionada, e vista como real. Ocasionalmente, pode existir a conformidade entre a demanda apresentada e o olhar técnico-profissional. Logo, quando não ocorrer, é essencial que haja um empenho durante o diálogo e a compreensão, evitando o acontecimento de reclamações, retornos desnecessários, queixas e a procura em outros serviços<sup>(5)</sup>.

Dentro dos serviços ofertados pelas unidades da APS, tem-se a atenção à mulher durante o período puerperal, caracterizado por ser um momento da gravidez em que ela vivencia muitas mudanças físicas, psicológicas e socioculturais. Nesse período deve-se criar o vínculo entre o binômio mãe-filho e a reconstrução da rede de apoio com a família. No puerpério, é necessário que a assistência à saúde seja individual, integral e assista a puérpera, o recém-nascido e a família, levando em consideração o contexto sociocultural no qual estão inseridos, resultando na promoção da saúde<sup>(6)</sup>.

De acordo com o Ministério da Saúde (2019), a assistência no período do puerpério baseia-se na garantia da realização da Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI), cuidados voltados para o binômio mãe-filho, garantidos na visita domiciliar realizada após o nascimento do bebê, entre os dias 7 e 10, e, caso o RN seja de risco, nos primeiros 3 dias, e, por fim, no agendamento da consulta puerperal até 42 dias após o parto<sup>(1)</sup>.

Especificamente, ao considerar a população migrante venezuelana o enfoque deste estudo localiza-se na mulher em período gravídico-puerperal, o que direcionou questionamentos sobre a assistência ofertada pela equipe multiprofissional da UBS. Diante do exposto, este estudo apresenta como objetivo: identificar as práticas assistenciais de acolhimento prestadas pela equipe mínima das Unidades Básicas de Saúde (UBS) junto às migrantes venezuelanas em estado puerperal.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de caráter qualitativo, realizado em 10 UBS localizadas no município de Boa Vista-RR selecionadas por sorteio, número total delimitado pelo ponto de saturação dos achados investigativos.

O grupo social do estudo foi composto por 46 profissionais de saúde atuantes em UBS de Boa Vista-RR e que compõem minimamente a equipe da ESF. Os critérios de inclusão foram: profissionais atuantes em UBS que componham a equipe mínima da ESF, profissionais que realizaram consultas, visitas domiciliares e atendimento em saúde de qualquer natureza a mulheres migrantes venezuelanas em estado puerperal. Como exclusão os critérios foram: profissionais da equipe mínima da ESF com tempo de atuação na APS inferior a três meses, profissionais de saúde que não realizaram nenhuma atividade assistencial com migrantes venezuelana em estado puerperal e, profissionais de saúde licenciados ou afastados de suas atividades laborais.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal de Roraima (CEP-UFRR), obedecendo à resolução do conselho nacional de saúde nº 466/2012, aprovado pelo parecer 4.701.055. O estudo foi aplicado através da carta de anuência assinada pelo gestor municipal da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), utilizada com os participantes da pesquisa após o aceite voluntário, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), constituindo todas as informações referentes à pesquisa e ficou uma das vias em sua posse.

Para a coleta de dados, utilizou-se um guia físico para nortear a entrevista e um gravador de voz, após assinatura do Termo de Autorização para Gravação de Voz. A organização das respostas obtidas por meio das



seguintes identificações, seguidas de um número romano crescente correspondente ao número da entrevista: Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Agente Comunitário. Após a coleta dos dados, foi realizada a transcrição dos áudios e análise de conteúdo, segundo Bardin iniciada pela pré-análise, seguida da análise de todo material obtido e finalizada com a interpretação dos resultados obtidos. Por fim, todo o material foi organizado por meio de unidades temáticas.

## RESULTADOS

Os resultados referentes às práticas assistenciais compreendidas como acolhedoras pelas equipes mínimas das UBS ofertadas à migrante venezuelana em estado puerperal foram organizados em três unidades temáticas, a saber: visita domiciliar, escuta qualificada e orientações em saúde.

Especificamente a primeira unidade temática aborda a visita domiciliar. Esta prática foi decodificada pelos profissionais da equipe mínima da UBS a partir dos principais conteúdos: visita de acordo com a necessidade de cada puérpera migrante venezuelana, visita interprofissional, visita como dever, visita puerperal protocolar (primeiros 7, 10 e 14 dias), visita avaliativa, visita rastreadora de dificuldades ao binômio mãe-filho e de evasão, visita para realização de procedimentos, visita à puérpera nômade e visita criadora de elos e vínculos. Algumas destas decodificações podem ser evidenciadas nos excertos dispostos a seguir:

*[...] faço visita domiciliar quando precisa [...]* (Médico da Unidade I).

*[...] fazer as visitas para saber como está a criança e a mãe [...]* (Médico Dada unidade IV).

*[...] fazer a visita nos primeiros sete dias [...]* (Enfermeiro da Unidade I).

*Nós fazemos como nos protocolos, a visita puerperal [...]* (Enfermeiro da Unidade IX).

*[...] realizo visita quando precisam de algum atendimento meu, como medicação, vacina [...]* (Técnico de enfermagem da Unidade I).

*[...] quanto as visitas acabam que elas raramente acontecem por conta de muitas delas [puérperas venezuelanas] dão o endereço e quando a gente vai nesse endereço ele nunca esteve, ou já se mudou, então fica bem comprometido essa parte do cuidar de fato* (Técnico de Enfermagem da Unidade VII).

*[...] a gente vai na casa da migrante [...]* (ACS da Unidade II).

*[...] depois que ela [puérpera venezuelana] tem o bebê fazemos a visita de puérpera e depois mensal* (ACS da Unidade IV).

Secundariamente, foram identificados nos depoimentos dos profissionais que compõem a equipe mínima da UBS a escuta qualificada como uma atitude de acolhimento presente no interior das práticas assistenciais às puérperas migrantes venezuelanas. Este ouvir-escutar foi decodificado a partir de uma escuta biológica representada por queixas clínicas, escuta atenta à classificação de riscos, escuta-emocional, escuta de necessidades individuais, escuta de testemunhos de vida, escuta detalhada, escuta qualificada, escuta acolhedora e escuta atenciosa. Estas decodificações podem ser evidenciadas nos excertos dispostos a seguir:

*[...] escutar essa paciente e o que ela [puérpera venezuelana] quer falar [...]* (Médico da Unidade III).

*[...] ouvindo as queixas dessa paciente [puérperas venezuelanas], e tratando [...]* (Médico da Unidade VII).

*[...] eu escuto a questão emocional dela [puérpera venezuelana], tento deixar aberta falando que pode ter dias que ela vai ficar mais triste e insegura, mas se ela perceber que não está dando conta ou não está querendo cuidar do bebê,*



*não gosta de dar banho, ou não gosta de ficar com o bebê, se a voz e o choro estão irritando não é para ela se sentir culpada* (Enfermeiro da Unidade I).

*Para ouvir: sempre pergunto como ela [puérpera venezuelana] está, como está amamentando, como estão os sangramentos, se ela está realizando a contracepção, o planejamento familiar, eu busco fazer sempre isso porque é puericultura, mas tem a mãe* (Enfermeiro da Unidade II).

[...] *ouve e recebe o usuário na unidade* [...] (Técnico de Enfermagem da Unidade VII).

[...] *escutar se ela [puérpera venezuelana] está bem, se ela tomou todos os cuidados* [...] (Técnico de Enfermagem da Unidade IX).

[...] *A melhor prática que a gente pode ter como agente de saúde para um acolhimento delas [puérperas venezuelanas] é a escuta paciente, principalmente com a comunicação* [...] (ACS da Unidade III).

[...] *o ouvir, o agente de saúde faz esse trabalho na rua nas casas das pessoas, é uma forma de eu levar informação para nos casos das puérperas* [...] (ACS da Unidade X).

A terceira unidade temática, posiciona a orientação produzida pela equipe mínima da UBS como elemento central no exercício cotidiano das práticas assistenciais de acolhimento às migrantes puérperas venezuelanas. Os conteúdos decodificam a ação de orientar como direcionada para as necessidades apresentadas pela mãe envolvendo os temas da amamentação, alimentação, planejamento reprodutivo e suplementação de vitaminas. Orientações direcionadas para a criança, o que inclui: imunização, exames, higienização, crescimento e desenvolvimento do recém-nascido. Além disso, as orientações foram expandidas para a família e o ambiente onde vivem. No plano do conteúdo, as orientações estiveram atreladas à instrumentalização de migrantes venezuelanas em estado puerperal, à realização de práticas de (auto)cuidar, ao reconhecimento dos profissionais e seus atributos na UBS, aos seus direitos enquanto usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e identificação das redes de apoio à saúde. Seguem os principais excertos ilustrativos:

[...] *Eu faço orientações de acordo com a necessidade da paciente* [...] (Médico da Unidade I).

*Durante o puerpério na atenção primária eu faço mais orientações sobre os principais cuidados que ela [puérpera venezuelana] deve ter no período puerperal, se fala sobre a alimentação, sobre a prevenção, medicação, anticoncepcional, atendimento para a família em geral, muitas vezes ela influencia no comportamento da puérpera* [...] (Médico da Unidade VI).

[...] *fazer elas [puérperas venezuelanas] entenderem que têm os mesmos direitos para fixar no país* [...] (Médico da Unidade III).

[...] *Acolher e estimular a demanda espontânea. A gente orienta que ela terá que retornar* [...] (Enfermeiro da Unidade II).

*Nós fazemos orientações sobre a importância do aleitamento materno, da higienização com a criança e todos os cuidados que se faz necessários para esse período* [...] (Enfermeiro da Unidade IX).

*Orientar se ela [puérpera venezuelana] já fez o teste do pezinho, da orelhinha, do ouvido, do olhinho* [...] (Técnico de Enfermagem da Unidade IV).

[...] *a gente conversa e explica para ela [puérpera venezuelana] a situação, e eu tento ao máximo ajudar no que me compete*. (Técnico de Enfermagem da Unidade V).



*[...] a gente passa orientações de como ela [puérpera venezuelana] deve agir após o parto, como vai ser feito o acompanhamento dos enfermeiros, dos médicos, o nosso acompanhamento [...] (ACS da Unidade I).*

*[...] a gente orienta e atende de maneira humanizada [...] (ACS da Unidade VII).*

## DISCUSSÃO

Gerar uma discussão a respeito das práticas assistenciais realizadas por profissionais da equipe mínima da ESF frente à migrante venezuelana em estado puerperal é desafiador, pois tal temática pode abranger inúmeras vertentes relevantes a serem consideradas nesta discussão. À luz dos resultados obtidos, foram identificadas as seguintes ações assistenciais de acolhimento prestadas por esta equipe da ESF: a visita domiciliar, a escuta qualificada e as orientações em saúde.

Quanto à visita domiciliar, de acordo com os profissionais da equipe mínima das UBS, ela deve ser realizada mediante à necessidade da puérpera migrante venezuelana, podendo ser interprofissional, sendo efetivada nos primeiros, 7, 10 e 14 dias após o parto, para avaliar e rastrear as dificuldades vividas pelo binômio mãe-filho, podendo resultar na criação de um vínculo. A realização da PSSI, se faz necessária para que sejam prestados os cuidados à mulher puérpera, prevenindo aumento da morbimortalidade materno-infantil, e, inserida nesses cuidados, tem-se a visita domiciliar, realizada por qualquer profissional da equipe da ESF, formando um conjunto de práticas contínuas e planejadas, de acordo com o que a puérpera e a sua família necessitam<sup>(7)</sup>.

Portanto, é indispensável que os profissionais se articulem a fim de produzirem práticas assistenciais resolutivas às demandas subjetivas da puérpera migrante venezuelana. Demandas essas identificadas através do encontro profissional-paciente, utilizando a escuta qualificada e observando como a usuária reage a sua realidade vivida<sup>(8)</sup>. Momento esse oportuno para identificar o modo em que se vivem as migrantes venezuelanas em estado puerperal em que cada profissional pode ter um olhar diferente durante a visita, beneficiando a incorporação de ações resolutivas pela equipe diante dos problemas identificados.

Em um estudo realizado em 2019 foi evidenciado a importância da sistematização das visitas domiciliares. Para que a visita domiciliar seja realizada de modo eficaz, é indispensável que se tenha uma rede integrada de cuidados que atue em concordância entre os gestores, profissionais da saúde e os usuários, a fim de que as problemáticas sociais sejam sanadas e os meios de acesso seguro às residências estejam à disposição<sup>(9)</sup>.

A visita domiciliar é uma prática capaz de proporcionar ao binômio mãe-filho a atenção que o período puerperal exige, logo, é recomendado que ela seja feita até o sétimo dia após o parto. Por meio dela, é possível que os profissionais avaliem como se encontra o estado de saúde da mãe (migrante venezuelana) e do bebê, permitindo que se desenvolvam ações de intervenções, a fim de se gerir o cuidado de acordo com a singularidade e a especificidade de cada um<sup>(9)</sup>.

Dessa forma, os profissionais da equipe mínima da ESF em Boa Vista estão realizando a visita domiciliar de acordo com o período preconizado pelo Ministério da Saúde, com avaliações singulares, rastreamento de riscos e necessidades da usuária migrante venezuelana, permitindo a formação de vínculo entre a família e a equipe.

O vínculo que se cria entre a puérpera e a rede de apoio se dá por meio da estrutura da APS, que presta o cuidado e acompanhamento de modo contínuo aos usuários, promovendo a promoção da saúde<sup>(10)</sup>. Para que esse vínculo seja consolidado, os profissionais da ESF valorizam a visita domiciliar, considerada como instrumento responsável pela aproximação e criação do elo entre os usuários e a unidade prestadora de serviço, momento em que é possível identificar as reais necessidades enfrentadas<sup>(8)</sup>.

De acordo com Ministério da Saúde, tal visita visa realizar o mapeamento de dados da população que necessita de atenção domiciliar, e as puérperas migrantes venezuelanas estão inclusas nesse público-alvo, devendo ser realizada pelos ACS na microárea em que atua, buscando os critérios pré-definidos pela equipe por meio da coleta de informações, podendo ser posteriormente pelo enfermeiro sistematizadas, e as demandas podem ser encaminhadas para os demais profissionais<sup>(8)</sup>.



O ACS é o profissional reconhecido por saber quem são os usuários que moram no território e, em sua maioria, sabe das dificuldades vividas por eles, uma vez que estão inseridos no fluxo territorial. Logo, esse profissional possui meios diferenciados para realizar o acolhimento aos usuários, que na situação de migrante venezuelana, muitas se encontram “escondidas”, por inúmeros motivos, como pelo modo de vida no novo país, pelos documentos e por condições precárias no local de trabalho<sup>(10)</sup>.

Através da territorialização, identifica-se o público-alvo para os serviços ofertados, após a delimitação da área de abrangência e identificação dos usuários<sup>(10)</sup>. Por meio desse diagnóstico populacional, é permissível que se identifique a população e as necessidades enfrentadas<sup>(8)</sup>. Com a maciça e contínua migração venezuelana, têm-se a formação de novas territorialidades, resultado da inserção de novos grupos populacionais, que, de modo (in)direto, acabam criando e recriando suas particularidades e singularidades no território. Esse fluxo migratório impossibilita a preservação do elo entre a puérpera e a UBS, tendo o ACS como profissional que vivencia de maneira ativa a dinâmica populacional que a migração gera<sup>(10)</sup>.

Nesse cenário, a APS vivencia um desafio pela preservação do vínculo e elo que fora criado durante a visita domiciliar, entre a puérpera migrante venezuelana com os profissionais da equipe da ESF. Durante o contato, é necessário que o profissional utilize estratégias que mantenha a usuária sempre próxima a equipe, e que ela busque sempre a assistência quando necessário. Durante esse processo, é importante que a migrante venezuelana expresse as suas queixas e cabe ao profissional utilizar desse momento para realizar a escuta qualificada. Os profissionais da equipe mínima em Boa Vista - RR demonstraram ter uma escuta biológica, durante o atendimento. Em um primeiro momento, eles classificam a puérpera migrante venezuelana orientados pela escuta clínica de queixas e avaliação detalhada de seus riscos.

A escuta biomédica faz com que o profissional, durante a realização da assistência à saúde do paciente, utilize, de forma centralizada em si, as práticas e o seu conhecimento para a realização das mesmas<sup>(11)</sup>. No puerpério, as práticas de assistência à saúde da mulher migrante venezuelana sofreram a influência do modelo biomédico, mas não se limitou a ele. A usuária foi escutada pela ótica da singularidade da pessoa humana pelo profissional, o que possibilitou a realização de condutas de acordo com as necessidades expressadas durante o contato com a usuária na UBS.

Há que se considerar, na dimensão da escuta qualificada, uma atenção direcionada para elementos de ordem emocional, necessidades individuais e singulares a cada puérpera migrante venezuelana, escuta das histórias de vida orientado por atitudes de atenção e acolhimento<sup>(12)</sup>. A escuta qualificada está inserida dentro do acolhimento ao usuário e, dependendo da situação, faz-se necessário um espaço que mantenha restrito esse encontro entre o paciente e o profissional de saúde. Durante esse momento, o profissional deve escutar as queixas do paciente e as demais demandas, como as expectativas e medos, sendo necessário que se identifiquem os riscos à saúde e às vulnerabilidades, realizar o acolhimento de fato, avaliando o próprio paciente<sup>(13)</sup>.

A Política Nacional de Humanização (PNH) traz o acolhimento ao usuário para que se tenha o funcionamento da assistência dos trabalhadores da ESF em uma lógica de valorização da escuta qualificada. Tal prática garante que as usuárias tenham o acesso às tecnologias em saúde que sejam apropriadas ao que se é necessário, aumentando a eficiência das práticas em saúde<sup>(12)</sup>. A escuta qualificada, realizada por meio das orientações contidas na PNH, traz aos usuários garantias a sua saúde, como por exemplo, o atendimento a todos de acordo com a classificação de vulnerabilidade<sup>(12)</sup>.

A terceira ação identificada como acolhedora, prestada pela equipe mínima das UBS junto às migrantes venezuelanas em estado puerperal, diz respeito ao fornecimento de orientações em saúde. A orientação é um ato que está intrínseco ao acolhimento, prática embasada na PNH, a fim de ofertar uma assistência de qualidade aos usuários na UBS. Tal política tem a sua atuação mediante orientações quanto a política da funcionalidade da APS, as atitudes éticas e condutas clínicas, que representam os sistemas de trabalho<sup>(14)</sup>.

Nas UBS de Boa Vista, os profissionais que prestam o atendimento às migrantes venezuelanas em estado puerperal afirmam que, durante os seus atendimentos, realizam orientações em saúde, abordando assuntos



que são pertinentes a esse período, como o aleitamento materno, a alimentação e suplementação, o planejamento familiar e ações de cuidado voltadas ao recém-nascido, abrangendo sempre a mãe, o filho e a família de acordo com a realidade vivida.

Nesse prisma, o êxito do aleitamento materno relaciona-se ao conhecimento apropriado em relação ao preparo e à higiene das mamas, a posição da mãe e do bebê que deve ser confortável para ambos, e a pega correta na mama que deve ser na região da aréola e que não traga desconforto para a mãe. É importante que o profissional procure conhecer as crenças que a puérpera tem em relação à amamentação e, logo em seguida, a mesma deve ser orientada quanto às vantagens que esse ato traz para o vínculo mãe-filho e o crescimento e desenvolvimento da criança<sup>(15)</sup>.

Os cuidados com a mãe após o nascimento devem ter continuidades, envolvendo a higiene, a realização e a alimentação saudável acompanhada da suplementação alimentar com sulfato ferroso 40mg/dia, após o parto, durante três meses. Orientar também que ela tem o poder de escolha quanto ao método contraceptivo, para que se tenha o planejamento reprodutivo, podendo ser hormonal (via oral ou intramuscular) ou não hormonal (preservativo ou DIU)<sup>(15)</sup>.

Quanto ao recém-nascido (RN), deve ser realizada a triagem neonatal (teste do pezinho e auditivo), identificando se há um risco habitual e, quanto à imunização, certificar se na maternidade foram realizadas as vacinas BCG e hepatite B e informar que, posteriormente, serão realizadas as outras de acordo com a idade. A puérpera deve levar seu filho à unidade para realização de consultas no 2º; 4º; 6º; 9º; 12º; 18º e 24º mês de vida, destinadas para avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança e realizar orientações quanto ao cuidado e higiene<sup>(16-17)</sup>.

E por fim a família e a comunidade também devem participar da assistência e receber as orientações dessa nova etapa da vida, pois eles encontram-se inseridos nessa mudança, sendo necessária a adaptação para o recebimento do RN. A família deve ser um apoio social e emocional para a mãe durante todo o processo do puerpério e ela deve ser inserida no atendimento à puérpera, sendo agentes facilitadores do puerpério<sup>(16)</sup>. De fato, a migrante venezuelana, em estado puerperal, deve obter o conhecimento a respeito de seus direitos e a disponibilidade dos serviços que lhe são ofertados e, em caso de recusa da assistência, deve ser informada, também, sobre os riscos e consequências para si, auxiliando a tomada de decisões<sup>(17)</sup>.

Além disso, no campo das migrações, as orientações dos profissionais da equipe mínima da ESF estiveram atreladas à instrumentalização das migrantes venezuelanas em estado puerperal ao reconhecimento dos atributos da UBS, seus direitos enquanto usuárias do SUS e identificação das redes de apoio à saúde. A migrante venezuelana, em estado puerperal, deve ter como porta de entrada, desde o pré-natal, a UBS prestando assistência à saúde da usuária de acordo com a necessidade, utilizando estratégias para realizar o acolhimento, proporcionando, de maneira longitudinal e contínua, todo o acompanhamento, principalmente no período gravídico<sup>(16)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Generalizar não foi possível. Entretanto, é reconhecido que os profissionais da equipe mínima da ESF que se propuseram a participar da pesquisa, prestam o acolhimento às mulheres migrantes durante o período puerperal, através de práticas assistenciais que foram identificadas pela realização da visita domiciliar, escuta qualificada e orientações em saúde.

A primeira prática identificada foi a visita domiciliar, realizada nos primeiros dias após o parto, a qual tem a sua frequência de acordo com a necessidade da puérpera migrante venezuelana, contando com a participação de toda a equipe mínima da ESF, com o objetivo de avaliar e rastrear as dificuldades enfrentadas por essas usuárias e, se necessário, são realizadas condutas, de acordo com a competência de cada profissional, podendo também localizar evasões do território da migrante venezuelana em estado puerperal e, por fim, tal prática resulta na criação de elo e vínculos entre o binômio profissional-paciente.



A escuta qualificada foi caracterizada como a segunda prática de acolhimento à migrante venezuelana em estado puerperal, realizada pelos profissionais de maneira atenta, acolhedora e atenciosa, mediante escuta biológica e emocional para as queixas expressadas pelas pacientes, permitindo a classificação de riscos de acordo com a singularidade de cada migrante puérpera. A última prática de acolhimento identificada consistiu nas orientações em saúde, realizada para migrante venezuelana em estado puerperal, podendo abranger, necessidade do filho, da família e a comunidade. Os temas abrangem acerca do aleitamento materno, alimentação saudável e suplementação, práticas de higiene, planejamento familiar, imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do RN.

Baseado nisso, o presente estudo espera contribuir para a assistência à mulher migrante venezuelana em estado puerperal, a partir do conhecimento das práticas assistenciais realizadas no âmbito da APS. E espera-se que, posteriormente, o presente estudo possa incentivar a criação de uma linha investigativa-assistencial considerando outros povos migrantes em região de fronteira, para assim singularizar a assistência de acolhimento à mulher migrante no período puerperal junto ao SUS.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) [Internet]. 2019[cited 2023 Jan 20]. 80p. Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps\\_versao\\_profissionais\\_saude\\_gestores\\_completa.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf)
2. Funayama AR, Cyrino EG, Garcia MAA. Atuação profissional em práticas de promoção da saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. Rev APS. 2022;25(Supl 1). <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.35440>
3. Ministério da Saúde (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. 2012[cited 2023 Jan 20]. 318p. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)
4. Losco LN, Gemma SFB. Atenção Primária em Saúde para imigrantes Bolivianos no Brasil. Interface. 2021;25:e200477. 14p. <https://doi.org/10.1590/interface.200477>
5. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização (PNH) [Internet]. 2013[cited 2023 Jan 20]. 16p. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)
6. Silva LP, Silveira LM, Mendes TJM, Stabile AM. Assistência puerperal e a construção de um fluxograma para consulta de enfermagem. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2020;20(1):115-27. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000100007>
7. Lima CS, Araújo TCV. A visita domiciliar do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção ao puerpério. Rev Ciênc Plural. 2021;7(3):290-307. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2021v7n3ID25143>
8. Ministério da Saúde (BR). Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [Internet]. 2020[cited 2023 Jan 20]. 98 p. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_domiciliar\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf)
9. Hollanda GSE, Lima VKS, Oliveira BMM, Bezerra RA, Carvalho CML, Santos LVF. Visitas domiciliares puerperais: promoção da saúde do binômio mãe-filho. J Nurs Health. 2019;9(3). <https://doi.org/10.15210/jonah.v9i3.17027>
10. Losco LN, Gemma SFB. Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao migrante. Interface. 2019;23:e180589 <https://doi.org/10.1590/Interface.180589>
11. Universidade Aberta do SUS. Saúde e sociedade [Internet]. Florianópolis: UFSC; 2010[cited 2023 Jan 20]. 87 p. (Eixo 1. Reconhecimento da Realidade). Available from: [https://unassus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6135/mod\\_resource/content/1/Cont\\_Impresso\\_0504/Modulo2\\_Completo\\_0504.pdf](https://unassus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6135/mod_resource/content/1/Cont_Impresso_0504/Modulo2_Completo_0504.pdf)
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH) [Internet]. 2013[cited 2023 Jan 20]. 16p. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)
13. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Linha de cuidado gestante e puérpera: manual técnico do pré-natal, parto e puerpério [Internet]. São Paulo: SES/SP; 2018[cited 2023 Jan 20]. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/2018/ses-37505/ses-37505-6953.pdf>



14. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde Debate*. 2015;39:105:514-24. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>
15. Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005[cited 2023 Jan 20]. 163p. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)
16. Ministério da Saúde (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília : Ministério da Saúde; 2012[cited 2023 Jan 20]. 318p. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)
17. Pedra AJB. Guia de Atendimento aos Migrantes, Refugiados, Vítimas de Tráfico de Pessoas e Brasileiros Retornados, em situação de vulnerabilidade e em áreas de fronteira [Internet]. Brasília: ICMPD; 2016[cited 2023 Jan 20]. 91p. Available from: [https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/trafico-de-pessoas/publicacoes/guias-e-manuais/act-1-6\\_guia\\_atendimento\\_migrante\\_refugiado\\_vitimadetp\\_final.pdf](https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/trafico-de-pessoas/publicacoes/guias-e-manuais/act-1-6_guia_atendimento_migrante_refugiado_vitimadetp_final.pdf)

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e19.c07>

# TECNOLOGIAS LEVES NO CUIDADO DO ENFERMEIRO A MULHERES NO CONSULTÓRIO NA RUA

**Nayara Gonçalves Barbosa<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0003-3646-4133

**Lise Maria Carvalho Mendes<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0001-9325-8382

**Juliana Branco Castro<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-3158-9669

**Lucila Castanheira Nascimento<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-7900-7111

**Flávia Azevedo Gomes-Sponholz<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0003-1540-0659

<sup>I</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora,  
Faculdade de Enfermagem,  
Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade de São Paulo,  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,  
Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

**Autora Correspondente:**

 Nome: Nayara Gonçalves Barbosa  
E-mail: [nbarbosa@usp.br](mailto:nbarbosa@usp.br)

**Como citar:**

 Barbosa NG, Mendes LMC, Castro JB, et al. Tecnologias leves no cuidado do enfermeiro a mulheres no Consultório na Rua. In: Pereira RSF, Passinho RS, (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 3. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 58-65 p. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e19.c07>

 Revisor: Renan Sallazar Ferreira Pereira  
Universidade Federal de São João del-Rei.  
Divinópolis, Minas Gerais, Brasil

## INTRODUÇÃO

A população em situação de rua é definida como “grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e 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 ou como moradia provisória”<sup>(1)</sup>. Embora a população em situação de rua seja composta predominantemente por homens<sup>(1-2)</sup>, as mulheres apresentam condições de maior vulnerabilidade nas ruas, em um contexto complexo e estigmatizante, permeado por preconceitos, invisibilidade, violação da intimidade, violência física e sexual, exploração sexual, desigualdade de gênero e de direitos de saúde e sociais<sup>(3-6)</sup>.

Nas ruas, as mulheres apresentam piores condições de saúde física e mental, maior risco de morte prematura, de desenvolvimento de doenças crônicas, aquisição de infecções sexualmente transmissíveis, afecções ginecológicas e maior risco de gestações não intencionais, contribuindo para a perpetuação do ciclo da pobreza e da miséria, além de práticas de aborto inseguro<sup>(3,4,6,7)</sup>. Reconhecer a história, o contexto de vida, as subjetividades e as necessidades de saúde dessas mulheres tem o potencial de subsidiar estratégias de trabalho e promover o cuidado integral, fundamentado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e na garantia dos direitos sociais<sup>(5)</sup>.

Nesse contexto, o Consultório na Rua (CnaR) foi instituído por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pela Portaria nº 2.488, em 21 de outubro de 2011. Objetiva facilitar o acesso da população em situação de rua ao sistema de saúde, concebendo a porta de entrada aos serviços de saúde, em integração com as unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) e em articulação com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde<sup>(8)</sup>.



A Equipe de Consultório na Rua (eCR) é responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território<sup>(9)</sup>, de modo a construir um *setting* terapêutico fundamentado no vínculo e no acolhimento das necessidades de saúde dessa população<sup>(8)</sup>. As atividades são realizadas de forma itinerante no território, ao encontro da população em situação de rua, mediante o desenvolvimento de ações *in loco*, em instalações específicas, na unidade móvel e nas Unidades Básicas de Saúde, em articulação e parceria com os serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde, além de ações intersetoriais para garantia dos direitos e acesso às tecnologias de saúde a essa população<sup>(9)</sup>.

As tecnologias que compõem o processo de trabalho e de produção do cuidado em saúde englobam aquelas inscritas nos instrumentos (tecnologias duras), o saber técnico estruturado (tecnologias leve-duras) e as tecnologias leves, que se referem às relações entre sujeitos que só têm materialidade em ato<sup>(10)</sup>. As tecnologias leves possuem caráter relacional, inerentes à forma de agir no encontro entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos<sup>(10)</sup>. Envolve escuta, diálogo, interesse, estabelecimento de relações de confiança, construção de vínculos, compromisso e responsabilização<sup>(10)</sup>.

Um modelo de produção do cuidado centrado no usuário e suas necessidades deve operar centralmente por meio das tecnologias leves e leve-duras<sup>(10)</sup>. A partir da escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores ao usuário, é possível garantir o acesso oportuno às tecnologias adequadas às suas necessidades e, assim, ampliar a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades mediante a avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco<sup>(11)</sup>. Nessa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo conhecer o uso de tecnologias leves no cuidado do enfermeiro a mulheres em situação de rua no CnaR. Intenciona-se, com os resultados, fomentar reflexões acerca da relevância das tecnologias leves e relacionais no cuidado integral a mulheres em situação de rua na efetivação dos princípios do SUS.

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo<sup>(12)</sup>, cuja fundamentação baseia-se nos estudos teóricos da saúde coletiva, principalmente, de Emerson Elias Merhy<sup>(10)</sup>. O cenário do estudo foram os serviços de CnaR de modalidades II e III de dois municípios do estado do Pará que atendem a população em situação de rua, profissionais do sexo, indígenas *Warao* e outras populações em situação de vulnerabilidade no território. As equipes apresentavam composição variável com a atuação dos seguintes profissionais: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal e agentes sociais. Foram selecionados os enfermeiros que atuavam no CnaR há mais de seis meses. Os dados foram obtidos entre os meses de setembro e dezembro de 2022. O recrutamento das potenciais participantes se deu por meio de envio de e-mail com convite às secretarias estaduais e municipais de saúde do estado do Pará, a fim de obter o contato da coordenação do CnaR, que intermediou o acesso aos enfermeiros participantes do estudo. O convite para integrar a pesquisa foi enviado individualmente para cada enfermeiro.

Após a manifestação de interesse e concordância em participar do estudo, expressos mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido disponibilizado de forma digital, uma das pesquisadoras entrava em contato com o enfermeiro para o agendamento da entrevista semiestruturada, realizada remotamente e gravada no Google Meet®. As entrevistas foram realizadas por duas pesquisadoras enfermeiras, com títulos de Doutor e/ou Mestre em Ciências e experiência em pesquisa qualitativa, tiveram duração média de 60 minutos (mínimo de 40 minutos e máximo de 75 minutos) e foram realizadas uma única vez por participante.

O instrumento de coleta de dados seguiu um roteiro semiestruturado, composto por duas partes: a primeira, referente à caracterização das participantes, incluía idade, cor autorreferida, nível de formação (especialização, mestrado, doutorado) e tempo de atuação no CnaR; e a segunda, composta por questões abertas relacionadas ao cuidado do enfermeiro a mulheres em situação de rua.

Após a coleta dos dados, procedeu-se à transcrição das entrevistas. O conteúdo das entrevistas foi ordenado a partir da transcrição integral das gravações. Para garantia do sigilo e confidencialidade das participantes, as entrevistas foram identificadas com a letra "E", Enfermeiro, seguida de um número ordinal correspondente à ordem de realização das entrevistas.



Os dados foram submetidos à análise temática indutiva<sup>(13)</sup>, conduzida em seis etapas: 1) Familiarização com os dados; 2) Geração de códigos iniciais; 3) Busca dos temas; 4) Revisão dos temas; 5) Definição e nomeação dos temas; e 6) Produção de relatório. Foram construídas duas categorias temáticas: i) A construção do vínculo com as mulheres em situação de rua: desafios para o enfermeiro; ii) Vínculo e acolhimento: instrumentos terapêuticos no cuidado à mulher em situação de rua.

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o número CAAE 56604922.3.0000.5147 e número do parecer 5.390.304, de maio de 2022.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

No desenvolvimento do estudo, participaram cinco enfermeiros: três do sexo feminino e dois do masculino. A média de idade entre os profissionais foi de 38,2 anos, variando de 31 a 53 anos, e o ano de formação foi entre 1996 e 2017. Quanto ao tempo de atuação no CnR, a média foi de três anos, sendo que metade desses profissionais iniciou sua atuação no CnR durante o período de pandemia por Covid-19, em 2020. Além disso, todos declararam possuir algum tipo de capacitação adquirida em serviço para atuar com a população em situação de rua.

### A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO COM AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: DESAFIOS PARA O ENFERMEIRO

O encontro dos enfermeiros das eCR com as mulheres em situação de rua se dá em uma esfera desafiadora e sob forte tensionamento. Nas ruas, as mulheres vivenciam uma série de condições inóspitas que desafiam a sua sobrevivência, além da forma hostil com que são tratadas na sociedade, o que propicia um comportamento protetivo, por vezes agressivo, para manter o distanciamento das pessoas. Esse processo faz com que o enfermeiro encontre resistência na aproximação e no estabelecimento do contato com essas mulheres, por ocasião da oferta do cuidado.

*Uma das mais difíceis (...), super brava, super turbulenta, agressiva, aquela que insulta todo mundo, que não respeita ninguém, que não tem medo de polícia, que apedrejou a nossa base [do Consultório na Rua]. (...) Então, assim, ela chega cheia de fúria, de ódio, de mágoa, né? Carregada de ódio por estar naquela situação que ela não consegue sair, e aí ela procura canalizar isso e direcionar pro mundo. (...) Ela está no momento dela, são pessoas adoecidas. E3*

*As pessoas não são acolhedoras com elas. Mas eu entendo a dificuldade de elas poderem chegar e serem atendidas, elas já passaram por muita coisa para poder estar ali. Não vêm de primeira. E1*

A rua representa territórios existenciais em suas tensões constitutivas, um local onde as existências atuam e se perpetuam na produção de morte e vida, experiências de resistência, vivências que abrem passagem para a produção de diferentes formas de prosseguir na vida. A rua é marcada por códigos específicos e plurais, por uma rede viva de solidariedade, trocas, partilhas, assim como de disputas e desavenças. A rua comporta alegrias, dores, dissabores e desafios que interferem diretamente nas vivências e no processo saúde-doença das mulheres que ali vivem<sup>(14)</sup>.

O processo de construção do vínculo com as mulheres ocorre paulatinamente, ao longo do tempo, por meio do contato e presença constante do enfermeiro no território. O trabalho com a população do território permite o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população<sup>(9)</sup>. O acolhimento, a paciência, o estabelecimento de relações respeitadas e a cordialidade na abordagem à mulher são elementos fundamentais para a aproximação e criação de relações de confiança. O acolhimento possibilita a escuta e o oferecimento de uma resposta positiva que busque a resolução dos problemas de saúde<sup>(15)</sup>.



Nesse processo, tornam-se imprescindíveis, na atuação do enfermeiro, a reflexão contínua e a resignificação das ações para que o cuidado continuado se estabeleça no tempo do outro, a partir de pequenos passos<sup>(16)</sup>.

*Na primeira abordagem, elas não gostam: "O que vocês querem com a gente?". Aí a gente deixa, volta no outro dia, já explica para elas. E2*

*Comigo tudo ocorre da forma mais cordial possível com ela. Com educação e acolhimento, porque, muitas vezes, ela até estranha isso. E1*

*Nem sempre é fácil, entendeu? Nem sempre é fácil. A gente chega de mansinho, uma tenta abordar uma vez, se ela recusar a gente vai num outro momento, num outro dia tentar abordá-la de novo. (...) E4*

A construção do cuidado exige a atuação dos enfermeiros pautada na construção de vínculos que humanizem cada encontro. Faz-se necessário compreender sem julgar, além de respeitar e estabelecer limites<sup>(16)</sup>. A escuta qualificada tem em seus elementos presença e atenção, é livre de preconceitos e permite ao sujeito exprimir-se e abrir a porta ao reencontro da pessoa com ela mesma. A escuta atenta e livre permite a criação de um estado de confiança necessário que permitirá à pessoa ultrapassar seus medos<sup>(17)</sup>.

*A gente vai criando esse vínculo, numa relação de fato de empatia, de simpatia, de amizade que a gente constrói junto com essas pessoas, com essas mulheres, e aí elas acabam depositando confiança na gente. A gente não está ali como um profissional rígido, como um profissional que faz julgamentos, e ter essa compreensão de que a gente tá ali de fato pra fazer o nosso trabalho e com a intenção de ajudar. E3*

*Uma conversa bastante informal, sempre sorrindo, fazendo brincadeira, e, às vezes, elas também fazem brincadeira. A gente entra ali naquela brincadeira, sempre sorrindo e não deixando ser assim aquele momento tenso como se fosse numa consulta, num consultório onde ficaria o paciente, o profissional atrás da mesa só fazendo pergunta. Eu gosto muito de falar com eles olhando no olho. Passando mesmo confiança. E5*

A complexidade da abordagem a mulheres em situação de rua exige a implementação de estratégias de comunicação e escuta ativa pelo enfermeiro, compreensão de suas queixas e necessidades de saúde e respeito para que possam se expressar livremente. As tecnologias leves no cuidado possibilitam captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário; tais tecnologias contribuem significativamente para o enriquecimento e ampliação do raciocínio clínico dos trabalhadores de saúde e sua abertura para a existência do outro em sua singularidade<sup>(18)</sup>.

*Quando ela direciona pra mim [o comportamento agressivo] e vê que não dá certo, eu falo: "Eu estou aqui pra te ajudar" (...). Aí, vamos lá: "O que você precisa?". "Ah, doutor, eu quero um remédio, quero um remédio pra dor". "Só queria falar mesmo". Então, está tudo certo. Entrou por aqui e saiu por aqui [a ofensa]. (...) Então, essa responsabilidade, essa confiança, funciona, mas funciona aos poucos, funciona no seu tempo. E3*

*Tem uns usuários que a gente nunca conseguiu abordar porque eles não deixam realmente. Mas têm uns que logo no começo não deixava, mas hoje em dia já são nossos camaradas. É tudo questão de conversa mesmo, de como tu aborda, de como tu chega com ele e pergunta, que fala, de como é a confiança que tu vai passar pra eles, entendeu? É desse jeito que a gente tenta conquistar. E4*

Destaca-se, ainda, que o vínculo poderá ou não ser desenvolvido no contexto do trabalho em saúde, a depender do modo como são estabelecidas as relações entre os trabalhadores e as usuárias<sup>(19)</sup>. Assim, o vínculo é passível de ser construído, mas também pode ser desconstruído ao longo das relações entre os sujeitos, ou ainda, não ser alcançado. Dessa maneira, o vínculo precisa ser cuidado para a manutenção de



sua existência<sup>(19)</sup>. O vínculo somente se constrói a partir da permissão mútua, da reciprocidade, da postura ética de reconhecer o outro enquanto sujeito de pactuações, que tem necessidades, desejos, expectativas e uma diversidade de saberes que enriquecem a prática<sup>(19)</sup>.

Ao longo do tempo, e com a construção e fortalecimento dos vínculos, ocorre a aproximação das mulheres com os enfermeiros, com a expressão de seus sentimentos e subjetividades. Isso permite o estabelecimento de relações calorosas e horizontais no processo de cuidado, rompendo com as barreiras preexistentes. Assim, a produção de atos de saúde opera com altos graus de incerteza e com certo grau de autonomia dos trabalhadores, o que possibilita a criação de estratégias, construção de novos valores, compreensões e relações, pois há espaço para a invenção<sup>(18)</sup>. Esse processo se expressa na conformação da relação trabalhador-usuário, pautada em parâmetros humanitários, de solidariedade e de cidadania<sup>(15)</sup>.

*A gente cria um vínculo de amizade, na verdade, muito grande. Então, elas vão criando vínculo, né? Chegam, já gritam de longe, espalhafatosas, na maioria das vezes (...) têm umas que já vêm agarrando e até isso é engraçado porque tem muita gente que tem nojo de tocar nas pessoas e aí não! Eu vou e abraço e tal sabe? Então, muita gente tem preconceito por exemplo, muitas delas têm HIV por exemplo, já não gosta de tocar. E1*

*O mais importante, que eu acho, é criar vínculo com essas pessoas. Porque eles criam confiança na gente. E4*

*Eu tento, de todas as formas, conquistar. A palavra é essa: conquistar. Eu não sinto a resistência, mas eu sinto que eu devo conquistar aquela pessoa pra ela poder voltar. E5*

## VÍNCULO E ACOLHIMENTO: INSTRUMENTOS TERAPÊUTICOS NO CUIDADO À MULHER EM SITUAÇÃO DE RUA

Os enfermeiros valorizaram a criação de vínculos, o acolhimento, a escuta terapêutica e a humanização do cuidado, em busca da valorização do usuário enquanto cidadão de direitos e tratando-o de maneira equânime. Uma prática amparada pelos princípios do SUS, tais como equidade e universalidade, é um importante referencial para que a igualdade de direitos de cada cidadão se mostre presente no processo de cuidado a esses usuários. A universalidade parte do reconhecimento de que o acesso aos serviços de saúde é direito de todos, e é função do Estado subsidiá-lo, por meio de mecanismos institucionais ou políticas públicas, a fim de garantir acesso aos bens e serviços sem limitação ou impedimentos<sup>(20)</sup>.

*Com escuta humanizada, com afeto, com amorosidade, que eu não digo também nem homem e mulher e nem pessoas em situação de rua, é o atendimento que um ser humano precisa ter, né? Porque a gente trabalha com pessoas em situação de rua, mas, pra nós, não tem diferença se eles estão em situação de rua ou se ele é um cidadão que não está em situação de rua, que tem casa, que tem emprego. A gente atende eles como seres humanos, não faz essa diferenciação. Estamos num papel de profissional de saúde que ocupa também um espaço diferente, que poucos atuam nessa área. E3*

É fundamental conhecer a história de cada usuária, como chegaram e (sobre)vivem nas ruas e chamá-las pelos seus nomes, nomes sociais ou apelidos de preferência. Essa conduta promove a valorização da identidade da mulher, o resgate de sua essência humana, dignidade e cidadania, uma vez que a vivência nas ruas favorece a invisibilidade do sujeito e a desconfiguração de sua identidade pessoal e social<sup>(5)</sup>. O reconhecimento das mulheres em situação de rua enquanto sujeitos portadores de vidas complexas e plurais, permeadas por subjetividades, saberes, desejos, alegrias e tristezas, é fundamental para a produção do cuidado de modo compartilhado, pois permite novas possibilidades de manejo dos problemas e sofrimentos<sup>(19)</sup>.

*A gente acaba se familiarizando e chama elas pelo nome. A gente sabe o nome de cada uma, temos o prontuário, conhecemos a história delas, sabemos das queixas, das necessidades. Então, a gente acompanha com muito carinho cada caso; não tem diferenciação. E3*



O estabelecimento de relações de confiança com o enfermeiro promove o reconhecimento das necessidades de saúde, a vinculação da mulher em situação de rua ao CnaR e, por conseguinte, o acesso aos diferentes serviços da Rede de Atenção à Saúde, visto que a fragilidade dos vínculos com a equipe pode comprometer a adesão das mulheres ao cuidado. Assim, o acolhimento e o vínculo são elementos imprescindíveis na produção da responsabilização clínica e sanitária, bem como de intervenções resolutivas que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença <sup>(15)</sup>.

*A gente tenta criar um vínculo, faz com que o usuário tenha confiança na gente pra poder dar essa continuidade ao trabalho. Porque se eles [pessoas em situação de rua] não tiverem confiança no profissional que está ali, não adianta, porque eles vão estar morrendo, mas eles não vão querer, não vão querer mesmo [receber assistência]. E, graças a Deus, a gente consegue ter essa confiança, essa ligação entre o profissional e o usuário. E4*

*O nível de carinho que elas têm pela equipe, abraçando, falando com a gente na rua, perguntando: “Quando é que eu tenho consulta?”, “Quando é que vocês vão voltar?”, “Quando é que eu posso voltar para passar lá na base?” [local em que são acondicionados os materiais do CnaR]”. E3*

O CnaR, em alinhamento com a PNAB, viabiliza a longitudinalidade do cuidado que pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente <sup>(9)</sup>. Entretanto, devido ao perfil migratório, “nômade” da população em situação de rua, a continuidade do cuidado é fragilizada, dadas as constantes mudanças para outros territórios.

*Eu sento, começo a perguntar um monte de coisa; é aí que elas, muitas vezes, vêm, mas como já estou há um tempo ali naquela área, já me conhecem. Então, muitas vezes, por mais que elas não me conheçam, já manjam que eu estou ali naquela área, aí já senta, já começam a se abrir de forma melhor. A gente tinha muita dificuldade no início. Hoje já está caindo um pouco essa barreira. E1*

*Geralmente, elas [pessoas em situação de rua] já conhecem o nosso trabalho solidário. (...) Muitas delas, a gente consegue dar continuidade, a gente aborda elas: “Olha, a gente vai fazer isso e isso”. Mas aí, a gente depois não encontra mais essa usuária, ela sumiu. Você já vai encontrar essa usuária daqui há um mês, numa situação pior. Aí, a gente tenta acolher ela de novo. E4*

O cuidado da enfermagem no consultório na rua implica autonomia do enfermeiro para agir e mobilizar recursos cabíveis na atenção às necessidades de saúde das mulheres. A construção de estratégias de cuidados individuais e coletivos implementadas na própria rua, ou em articulação com os serviços de Atenção Primária à Saúde de referência, ou nos demais equipamentos sociais e pontos da Redes de Atenção em Saúde <sup>(16)</sup>, faz parte do rol de atividades do enfermeiro no CnaR. Destaca-se a importância da resolutividade no CnaR, a partir da articulação de diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e implementar intervenções clínicas e sanitárias efetivas, centradas na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais <sup>(9)</sup>.

*A gente tem atendido às necessidades gerais (...) faço muita orientação em saúde com elas, faço essa educação em saúde para tentar sensibilizá-las. E3*

*A gente faz assistência lá desses que já estão, que a gente pode resolver ali, a enfermagem, oferecendo o que eu posso oferecer: um exame, verificação de sinais vitais, se estiver precisando de um curativo já é feito ali mesmo e o que ela precisar da questão de documento, auxílio, outro serviço, a gente faz os encaminhamentos pros outros setores que são parceiros da equipe, do programa. E2*



O cuidado à mulher em situação de rua exige respeito, dignidade e garantia da privacidade. Nesse contexto, o enfermeiro busca alternativas para abordá-las e realizar ações e intervenções de cuidado em contextos de extrema precariedade e restrições das condições de atendimento. Deve-se garantir à mulher o direito a serviços de saúde com atendimento de qualidade, pautado nos princípios éticos, com o respeito à autonomia, privacidade, confidencialidade, sigilo e sem discriminação<sup>(17)</sup>.

*Fazer o exame dela é bem diferente do homem, né? Às vezes, o homem, se ele tiver que baixar a bermuda, o short, ele abaixa ali mesmo, muitos deles. A mulher é diferente, né? Apesar delas estarem na situação que elas estão, elas têm incômodo. Então, requer essa abordagem, esse cuidado diferenciado com ela. Chamamos, apesar do atendimento ser ali in lócus, na rua, a gente chama: "Ah, eu quero falar em particular, vamos para um local reservado, num quarto, numa sala que é perto". A gente improvisa, né? A gente trabalha com improvisação, porque o nosso carro é pequeno, não oferece ainda um consultório. E aí, a gente faz as improvisações no mercado, na feira, uma sala ali separada pra fazer esse atendimento com ela. Até separado mesmo da equipe, debaixo de uma mangueira, mas a gente faz. Se precisar fazer um exame físico mais reservado, a gente vai pra essa sala improvisada. E2*

O acolhimento associa, na forma exata, o discurso da inclusão social, da defesa do SUS<sup>(15)</sup> e da defesa dos direitos humanos para população em situação de rua, propiciando o respeito à dignidade da pessoa humana e o atendimento humanizado e universalizado<sup>(1)</sup>.

*A gente tem um compromisso muito grande com o trabalho e eu falo isso pra minha equipe, que não temos o compromisso só com o trabalho, temos um compromisso com as pessoas. A gente tem o compromisso com a vida dessas pessoas. (...) Esse compromisso de efetivar as ações, de procurar fazer com que essa política afirmativa, que é a política nacional para as pessoas em situação de rua, que elas sejam efetivadas de fato por cada equipe. E a gente costuma dizer que missão dada, é missão cumprida. Vai até o limite da honra. E3*

O comprometimento com uma prática de saúde cada vez mais humanizada e equânime, que considere os diversos contextos e culturas, valorize a vida e a cidadania e respeite todas as condições e necessidades de cada sujeito<sup>(1)</sup> é precursor de um cuidado horizontal, universalizado, e de direito de cada ser.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de cuidado do enfermeiro na equipe de CnaR a mulheres em situação de rua é desafiador. Os encontros são permeados por intensa tensão e desconfiança dessas mulheres. A presença constante do enfermeiro no território e a abordagem pautada no acolhimento, escuta e estabelecimento de relações horizontais e respeitadas são fundamentais para a construção do vínculo e das relações de confiança com essas mulheres, com benefícios diretos no processo de cuidado.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Rua: Aprendendo a Contar[Internet]. Brasília, DF: MDSCF; 2009[cited 2022 Mar 25]. Available from: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Livros/Rua\\_aprendendo\\_a\\_contar.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf)
2. Nunes NRA, Rodríguez A, Cinacchi GB. Health and Social Care Inequalities: the impact of COVID-19 on people experiencing homelessness in Brazil. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(11):5545. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115545>
3. Cronley C, Hohn K, Nahar S. Reproductive health rights and survival: the voices of mothers experiencing homelessness. *Women Health*. 2018;58(suppl 3):320-333. <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1296060>
4. Assegid DT, Abera L, Girma M, Hailu M, Tefera B. Pregnancy and sexual related problems among women living on the street in Dire Dawa City, Eastern Ethiopia, 2021: qualitative study. *BMC Womens Health*. 2022;22(suppl 1):429. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-02006-3>



5. Barbosa NG, Hasimoto TM, Michelon TM, Mendes LMC, Santos GGD, Monteiro JCDS, et al. Atenção à saúde sexual e reprodutiva da mulher no consultório de rua. *Int J Environ Res Saúde Pública*. 2022;19(suppl 17):10885. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710885>
6. Barbosa NG, Hasimoto TM, Viana AL, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. O cuidado produzido às mulheres na Estratégia Consultório na Rua (eCR): uso de tecnologias leves. In: Souza ES, Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF. (Orgs.). *Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade*: Brasília: Editora Aben; 2022. 14-24p. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c03>
7. Guillén AI, Panadero S, Vázquez JJ. Disability, health, and quality of life among homeless women: A follow-up study. *Am J Orthopsychiatry*. 2021;91(suppl 4):569-577. <https://doi.org/10.1037/ort0000559>
8. Viegas SMDF, Nitschke RG, Bernardo LA, Tholl AD, Borrego MAR, Soto PJL, et al. Quotidiano de equipes de consultório na rua: tecendo redes para a promoção da saúde. *Esc Anna Nery*. 2021;25(suppl 3):e20200222. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0222>
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
10. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde Debate* [Internet]. 2003[cited 2022 Mar 25];27(65). Available from: [https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao\\_tecnica\\_do\\_trabalho\\_emerson\\_merhy\\_tulio\\_franco.pdf](https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf)
11. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
12. Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
13. Braun V, Clarke V. One size fits all? what counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qual Res Psychol*. 2020;18(suppl 3):328-352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
14. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua, implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulg Saude Debate*. 2014;52:153-64.
15. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 1999;15(suppl2):345-53.
16. Alecrim TFA, Protti-Zanatta ST, Palha PF, Ballesterero JGA. Advisory teams on the streets: a nurse's experience report. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20220026. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0026en>
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
18. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Júnior H (Orgs.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p.59-72.
19. Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT, Bortoletto MSS, Slomp Junior H, MerhyEE. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e170627. <https://doi.org/10.1590/Interface.170627>
20. Costa SL, Vida CPC, Gama IA, Locatelli NT, Karam BJ, Ping CT, et al. Gestantes em situação de rua na cidade de Santos, São Paulo, Brasil: Reflexões e desafios para as políticas públicas. *Saúde Soc*. 2015;24:1089-1102. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015134769>