

ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE DE POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

• VOLUME II

EDUARDO SODRÉ DE SOUZA
ESRON SOARES CARVALHO ROCHA
NOELI DAS NEVES TOLEDO
RIZIOLÉIA MARINA PINHEIRO PINA
RENAN SALLAZAR FERREIRA PEREIRA
Organização



DEPARTAMENTO
DE ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO BÁSICA

Castro - 2012/1



**ASSOCIAÇÃO
BRASILEIRA
DE ENFERMAGEM**

Diretoria Nacional e Conselho Fiscal
Gestão 2020/2022

Sonia Acioli de Oliveira

Presidente

Marcia Regina Cubas

Vice Presidente

Lenilma Bento de Araújo Menezes

Secretária Geral

Sonia Maria Alves

Diretora do Centro Financeiro

Idenise Vieira Cavalcante Carvalho

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

Dulce Aparecida Barbosa

Diretora do Centro de Publicações e Comunicação Social

Esrn Soares Carvalho Rocha

Diretor do Centro de Estudos e
Pesquisas em Enfermagem

Edlamar Kátia Adamy

Diretora do Centro de Educação

CONSELHO FISCAL – TITULARES

Maria Goreti de Lima

Aline Macedo de Queiroz

Keli Marini Dos Santos Magno

CONSELHO FISCAL – SUPLENTES

Claudia Capellari

Quesia Nayrane Ferreira

Maria do Amparo Oliveira

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 2/ Organização:
Eduardo Sodré de Souza; Esron Soares Carvalho Rocha;
Noeli das Neves Toledo; Rizioléia Marina Pinheiro Pina;
Renan Sallazar Ferreira Pereira;
il., color. – Brasília, DF : Editora ABEn, 2022.

154 p.
ISBN 978-65-89112-07-5
e-Book (PDF)
Textos de Autores Diversos.

1. 1. Enfermagem. 2. Assistência à Saúde 3. Saúde
Pública. 4. Vulnerabilidade em Saúde 5. Populações
Vulneráveis I. Associação Brasileira de Enfermagem. II.
Eduardo Sodré de Souza(Org.); Esron Soares Carvalho
Rocha (Org.); Noeli das Neves Toledo(Org.); Rizioléia
Marina Pinheiro Pina(Org.); Renan Sallazar Ferreira
Pereira(Org.).

CDU 613.9
CDD 613

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

2022.v1.1

APRESENTAÇÃO

O e-book volume 2 é continuidade da obra: Enfermagem no Cuidado à Saúde de Populações em Situação de Vulnerabilidade. Na mesma perspectiva, apresenta os desafios para atenção e cuidado em saúde a grupos heterogêneos, indivíduos, famílias e comunidades vivendo em situação de vulnerabilidade, com foco em pesquisa e/ou experiências enfrentadas na atenção a estes grupos.

A temática da obra proposta foi pensada pelos pesquisadores do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde com Populações em Situação de Vulnerabilidade na Amazônia (GEPsVAM), vinculado aos seus respectivos Programas de Pós Graduação de Mestrado em Enfermagem Acadêmico e Profissional, da Universidade Federal do Amazonas, em parceria com pesquisadores da Universidade Federal do Tocantins (UFT) e da Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo (EEUSP).

Esta obra foi viabilizada pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), por meio das Diretorias de Comunicação e Publicações e Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da ABEn. A Editora ABEn, lançou o edital nacional de fluxo contínuo, como um ato de fortalecimento da “Ciência Enfermagem” e da comunicação científica brasileira.

A motivação para a construção desta obra surgiu das inquietações e dos diálogos entre pesquisadores/docentes, discentes e profissionais que atuam ou desenvolvem pesquisas neste campo do saber com as populações vivendo em situação de vulnerabilidade.

Esta obra reuniu manuscritos científicos produzidos por acadêmicos, por professores e por pesquisadores vinculados às Instituições de Saúde e/ou Ensino do país.

Os capítulos contemplam informações que dão subsídios para o ensino e pesquisa em enfermagem, bem como o planejamento, implementação e avaliação das ações de saúde inclusivas e contextualizadas à realidade cultural de cada povo ou grupo vivendo em situação de vulnerabilidade social e em saúde.

Ademais, as informações possuem potencial para dar visibilidade e promover valorização do trabalho da enfermagem e de outras áreas da saúde nesse campo do saber.

Aos leitores informamos que a obra contextualiza teoria e prática, favorecendo uma leitura reflexiva e dinâmica sobre os diferentes olhares que possam possibilitar a articulação da tríade ensino-pesquisa-serviço como precursora da promoção de uma práxis profissional ancorada na ciência e fortalecida pelo respeito e inclusão das diferenças.

Agradecemos o envolvimento e colaboração dos autores na construção de uma obra que tem como foco apresentar a atuação e a condução das boas práticas de cuidado realizadas pela enfermagem, bem como o enfrentamento das diversas situações de vulnerabilidade, ainda presentes nos diferentes territórios do país.

Os organizadores!

PREFÁCIO

A crise econômica da última metade da década passada aumentou a desigualdade e afetou de forma particularmente intensa a população com menor renda. A pandemia agravou ainda mais a situação de vulnerabilidade de diversos grupos populacionais, levando um contingente enorme de brasileiros a uma situação de pobreza e maior risco de adoecimento.

São grupos populacionais considerados em situação de vulnerabilidade em função de determinantes sociais como os níveis de escolaridade e de renda, condições de habitação, acesso à água e a saneamento, a segurança alimentar e a nutricional, a participação da política local, e a preconceitos como racismo, LGBTQIA+fobias e às vítimas de violência.

Em razão da grave crise sanitária e econômica que atravessa o país, devido à pandemia da Covid 19, emergiu da Enfermagem e dos profissionais da saúde que atuam junto a estas populações, a valorização de estratégias para que se obtenha de forma ágil e segura, êxito na adesão da população nas medidas farmacológicas e não farmacológicas para mitigar os efeitos deletérios da pandemia.

Estão presentes nesse E-book a enfermagem no cuidado à saúde da população negra, indígena, LGBTQIA+, gestantes e crianças no contexto da Covid-19, pessoas com deficiência, em situação carcerária, entre outras vulnerabilidades.

Um melhor entendimento por parte destes profissionais sobre a importância do cuidado poderá contribuir para a promoção e proteção à saúde das populações em situação de vulnerabilidade.

Esta obra traz luz ao potencial desses profissionais de promover à equidade, por meio de apoio ao acesso à informação, saúde, educação, proteção social e direitos humanos.

Estes profissionais são multiplicadores de conhecimento e considerados como os principais executores de medidas de proteção e promoção de saúde.

Uma boa leitura!

Dulce Barbosa

ORCID: [0000-0002-9912-4446](https://orcid.org/0000-0002-9912-4446)

Associação Brasileira de Enfermagem – Diretora do Centro de Publicações e Comunicação Social
Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

SUMÁRIO

SITUAÇÃO DE RUA

5 CAPÍTULO 1

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E
POPULAÇÃO DE RUA: SAÚDE, ACESSO E
VULNERABILIDADE**

10 CAPÍTULO 2

**AUTOCUIDADO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO
DE RUA EM TEMPOS PANDÊMICOS**

14 CAPÍTULO 3

**O CUIDADO PRODUZIDO ÀS MULHERES NA
ESTRATÉGIA CONSULTÓRIO NA RUA (ECR):
USO DE TECNOLOGIAS LEVES**

POPULAÇÃO NEGRA

25 CAPÍTULO 4

**INCORPORAÇÃO DE SABERES DE
ADOLESCENTES DE COMUNIDADE
QUILOMBOLA EM MATERIAL EDUCATIVO
SOBRE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

34 CAPÍTULO 5

**GEORREFERENCIAMENTO DE IDOSOS
QUILOMBOLAS E AS CARACTERÍSTICAS
FÍSICAS E SOCIAIS DAS SUAS COMUNIDADES,
MARANHÃO, BRASIL**

INDÍGENA

46 CAPÍTULO 6

**NADA SOBRE NÓS, SEM QUE NOS OUÇAM:
REFLEXÕES E APRENDIZADOS SOBRE
A SAÚDE MENTAL DO INDÍGENA**

55 CAPÍTULO 7

ENFERMAGEM NA SAÚDE INDÍGENA

PRISIONAL

70 CAPÍTULO 8

**PRÁTICAS DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS
EM SITUAÇÃO CARCERÁRIA: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA SOBRE AS DIMENSÕES DO CUIDAR**

78 CAPÍTULO 9

**ENFERMAGEM E DIREITO À SAÚDE DA
POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE**

LGBTQIA+

93 CAPÍTULO 10

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM À
POPULAÇÃO LGBT+**

IDOSOS

107 CAPÍTULO 11

**ESTRATÉGIAS PARA MANEJO DA VIOLÊNCIA
CONTRA A PESSOA IDOSA NO CONTEXTO
DA PANDEMIA DE COVID-19**

PCD

113 CAPÍTULO 12

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS
COM DEFICIÊNCIA**

CRIANÇA E ADOLESCENTE

126 CAPÍTULO 13

**CONSULTA DE ENFERMAGEM DO ADOLESCENTE
EM CONDIÇÃO DE VULNERABILIDADE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**

137 CAPÍTULO 14

**CONSULTA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA
CRIANÇA EM VULNERABILIDADE SOCIAL**

GESTANTE

147 CAPÍTULO 15

**SAÚDE MENTAL DAS GESTANTES NO
CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19:
REVISÃO INTEGRATIVA**

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c01>

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E POPULAÇÃO DE RUA: SAÚDE, ACESSO E VULNERABILIDADE

Marcos Vinicius de Carvalho Mendes^I

ORCID: 0000-0003-2841-9869

Raphael Alves de Souza^{II}

ORCID: 0000-0002-2619-5323

Tathiane Silva Castro^{III}

ORCID: 0000-0003-1667-2744

Luísa Marianna Vieira da Cruz^{III}

ORCID: 0000-0003-3969-1753

Constantino Duarte Passos Neto^{IV}

ORCID: 0000-0003-0312-6381

^IUniversidade Federal de Pernambuco.
Recife, Pernambuco, Brasil.

^{II}Universidade Federal do Vale do São Francisco.
Petrolina, Pernambuco, Brasil.

^{III}Autarquia Educacional de Serra Talhada.
Serra Talhada, Pernambuco, Brasil.

^{IV}Escola de Saúde Pública do Ceará.
Fortaleza, Ceará, Brasil.

Autor Correspondente:

 Marcos Vinicius de Carvalho Mendes
marcosvc Mendes@gmail.com

Como citar:

 Mendes MVC, Souza RA, Castro TS, Cruz LMV, Passos Neto CDP. Centro de Atenção Psicossocial e População de Rua: Saúde, Acesso e Vulnerabilidade. In: Souza ES, Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 2. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 5-9. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c01>

 Revisora: Cristine Vieira do Bonfim.
Universidade Federal de Pernambuco.

INTRODUÇÃO

O conceito de saúde mental é um obstáculo para aqueles que atuam nessa área⁽¹⁾. Não há consenso sobre uma definição exata de saúde mental, mantendo-se ainda como a ausência de doença mental ou incapacidade de lidar com tensões normais de vida dentro de uma comunidade⁽¹⁻³⁾. O debate na saúde mental engloba os determinantes sociais de saúde, que compreendem as circunstâncias nas quais as pessoas vivem e trabalham⁽²⁾.

O gradiente da estrutura dos determinantes sociais impulsiona desigualdades em uma sociedade na qual as políticas públicas, mesmo existentes, são insuficientes⁽³⁾. Para que ocorra uma redução das iniquidades, são necessários maiores investimentos em educação, saúde e trabalho, direcionados para a população que deles necessita^(3,4). O Brasil, um país em desenvolvimento, sofre com as disparidades estruturais, sendo que um dos impactos resulta no aumento dos riscos de transtornos mentais, do uso de álcool e outras drogas, além do crescimento de indivíduos em situação de rua, o que impacta diretamente na saúde mental⁽⁴⁾.

No Brasil, no ano de 2001, foi sancionada a lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Essa lei rege a Política de Saúde Mental do país e está completando 20 anos. Segue avançando no cuidado à população brasileira que necessita de saúde mental, ao passo que diversos serviços foram implementados, como os centros de atenção psicossocial (CAPS), os leitos integrais de saúde mental e o matriciamento^(4,5). As práticas profissionais também sofreram mudanças que refletiram na população, passando a ter um olhar menos estigmatizante sobre os indivíduos com problemas mentais, o que inclui os dependentes de substâncias psicoativas⁽⁶⁻⁸⁾.

Outro marco legal da saúde mental foi a Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que define os CAPS



como ponto de atenção de referência a um serviço de saúde mental⁽⁵⁾. Tem como população-alvo indivíduos com transtornos mentais e aqueles com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas⁽⁵⁾. Sua operacionalização é realizada por acolhimento diário e planejamento terapêutico individualizado, elaborado por uma equipe, promovendo cuidado baseado na integralidade^(5,6). A multidisciplinaridade nesses serviços é fundamental para que os atendimentos possam ser humanizados, reforçando a autonomia e liberdade das pessoas assistidas, indo além de apenas reprodução de discursos⁽⁴⁾. Os CAPS fazem parte da rede de atenção e fomentam o debate da inclusão dos usuários do serviço⁽⁸⁾.

Uma das principais demandas dos CAPS são os transtornos mentais decorrentes do uso/abuso de álcool e outras drogas. Em relação ao uso abusivo de substâncias psicoativas, a literatura aponta-o como um dos problemas de saúde que podem conduzir à necessidade de cuidados de urgência e emergência⁽⁹⁾. Cerca de 10% das populações urbanas fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, em variação de gênero, classe e etnia. A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) indica que o uso repetido e excessivo de drogas é um transtorno que envolve um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos^(6,10).

A rede de atenção psicossocial no Brasil estrutura-se na lógica da produção de sentidos das pessoas inseridas no seu território, onde se constituem os processos de saúde-doença^(7,8). É na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que se organiza o acesso aos cuidados em saúde mental garantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), considerando as especificidades e as trajetórias das pessoas, independentemente das condições em que vivem^(4-7,11).

Este estudo oferece uma breve reflexão sobre a população de rua que faz uso de álcool e outras drogas, compreendendo-a como sujeitos vulneráveis que necessitam de cuidados dos CAPS. Os resultados das reflexões foram divididos em três tópicos: Rede de atenção Psicossocial: direitos, deveres e saúde; Acesso e cuidado nos CAPS para a população em situação de rua; Desafios para a saúde e equipe multiprofissional dos CAPS para população em situação de rua. Este trabalho não possui exigência do Comitê de Ética, uma vez que não há participantes nem falas de outros indivíduos, mas apenas reflexões dos autores.

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DIREITOS, DEVERES E SAÚDE

A discussão sobre a população em situação de rua traz vários questionamentos: o que aconteceu na vida daquela pessoa para viver nessa condição? Como alguém consegue viver em situação de rua? Como pode escolher essa vida? No contexto da saúde, não se objetiva o julgamento, como também não se espera que a realidade das pessoas em situação de rua se molde socialmente diante de um “bom viver”. Destaca-se que a rua é território, é vida, é o local onde os indivíduos se constituem como sujeitos sociais.

A RAPS foi concebida para o acesso de quem precisa, como a população de rua que faz uso de substância psicoativa. Tantas são barreiras encontradas pelos usuários que estão em situação de rua, muitas vezes sem documentos de identificação, sem acesso a equipamento e materiais para realização de higiene pessoal de forma adequada e regular. Sofrem pelos estereótipos construídos socialmente acerca da sua vivência, associada à periculosidade ou a alguém sem perspectiva. O consultório de rua e as unidades de acolhimento fazem parte das estratégias das ações direcionadas à população de rua usuária de substâncias. Trata-se de pontos de acessos que direcionem um caminho às pessoas com demanda em saúde e assistência social^(4-7,11).

Considerando os cuidados em saúde, serão enfatizados os consultórios de rua e as unidades de acolhimento como equipamentos de assistência em saúde. O consultório de rua é uma estratégia que reflete “[...] a necessidade de integração intersetorial entre as políticas de saúde e as demais políticas públicas, visando melhorar a capacidade de resposta às demandas e necessidades de saúde inerentes à população em situação de rua⁽¹¹⁾. As equipes consultório de rua são constituídas por profissionais de saúde (enfermeiro(a), psicólogo(a), assistente social, entre outros) que atuam de forma itinerante nos locais de concentração dessa população. Já as unidades de acolhimento têm como objetivo oferecer apoio voluntário e cuidados contínuos para pessoas



com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar, que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo^(9,12). Os consultórios de rua são uma estratégia de atenção residencial de caráter transitório, proposta pela RAPS.

Essas estratégias estão voltadas para a atenção a uma população em situação de rua dentro do escopo da saúde. O manual sobre o cuidado à saúde da população em situação de rua propõe que o ponto de partida seja o treinamento do profissional, que deve ter a sensibilidade de trabalhar com pessoas na calçada, tendo em vista serem portadoras dos direitos de um cidadão brasileiro⁽¹³⁾. As ações de cuidado devem evitar associação com criminalização e culpabilização das pessoas em situação de rua, construindo e considerando estratégias para esse fenômeno social e suas interfaces, como a pobreza e o desemprego^(14,15).

ACESSO E CUIDADO NOS CAPS AD PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

É desafiador debater a acessibilidade da população em situação de rua nos CAPS AD, visto que esse público muitas vezes não possui a garantia de uso do sistema de saúde, mesmo que descrita em lei, ou utiliza de forma precária os serviços públicos. A baixa adesão e procura dos serviços públicos deve-se, principalmente, à situação de extrema vulnerabilidade social que essas pessoas vivem. São necessários, então, o desenvolvimento e a aplicação de intervenções que integrem formas efetivas de direcionar um cuidado integral em saúde humanizado a essa população, sejam com abrigo proveniente do serviço social, ou com a oportunidade de retorno ao estudo junto com os serviços educacionais.

As ações na área de saúde mental são regidas pela Lei 10.216/2001, na qual a reforma psiquiátrica se consolidou como uma política nacional. Os CAPS AD fazem parte da rede de serviços de saúde mental do SUS e seguem os princípios da reforma psiquiátrica⁽¹¹⁻¹⁴⁾. Pessoas em situação de rua apresentam agravos de forma geral à saúde, tanto física como mental, e estão expostas a conjunturas de vulnerabilidades, dificuldade de acesso a serviço e mortalidade⁽¹⁴⁾.

O reconhecimento da necessidade da intersetorialidade no campo da saúde mental ganha força nos espaços de comunicação, em eventos científicos, na unidade de saúde e nas ruas. Discussões e atuações na área de saúde mental possibilitam que diferentes setores sejam acionados para as complexas demandas da área. O aprimoramento, as estratégias e as ações que objetivam promover a saúde dessas pessoas envolvem, também, entender sobre seus perfis e realidade social na qual estão inseridas, a fim de que os projetos voltados às pessoas em situação de rua sejam melhor direcionados para a demanda apresentada pelo indivíduo⁽¹⁵⁾.

A população em situação de rua que faz uso de múltiplas drogas relata, de forma recorrente, que a recusa em buscar unidades de saúde se deve a ocorrências de um atendimento negligente, negado e/ou até ocorrendo o impedimento de entrada em hospitais e demais unidades de saúde. Serviços de saúde, ao suprimirem o acesso de usuários em situação de rua, devido a preconceitos, excessos burocráticos e inflexibilidade de práticas, mostram-se como uma barreira à execução do trabalho em rede, o que prejudica os fluxos entre os serviços para essa população. A atuação dos trabalhadores da saúde é influenciada pelas diferentes percepções sobre esse público, o que facilita ou dificulta o trato e acesso aos serviços. É necessário que os trabalhadores da saúde do CAPS AD e demais unidades de saúde da rede estabeleçam uma comunicação acolhedora e interativa com os usuários em situação de rua, oferecendo cuidado humanizado.

A dificuldade de acesso a serviços públicos de qualidade e a insuficiência nas respostas às necessidades e demandas contribuem para que a rua se torne um espaço de resistência e sobrevivência desses sujeitos. Destarte, o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde é uma questão crítica, que demanda ser articulada de forma intersetorial. Os CAPS AD, por vezes, limitam-se a uma atuação dentro da própria instituição, com foco no coletivo, geralmente descuidando das singularidades de cada usuário. Esse cuidado deve ser dado à pessoa em situação de rua que faz uso de substância psicoativa, necessitando ser percebida como um agente de reconstrução, o que intenta uma intervenção multisetorial.



DESAFIOS PARA A SAÚDE E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DOS CAPS AD PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Mesmo com a garantia à moradia trazida como um dos direitos fundamentais do ser humano no Brasil, há pessoas que se deparam com sua falta, estando em situação de rua. A utilização do termo situação de rua, em suas nuances, é complexa, pois perpassa diversos outros campos, tais como educação, saúde, trabalho e renda, segurança alimentar e acesso aos direitos civis. Faz-se presente a necessidade de cuidados institucionais e de políticas públicas que amparem esses indivíduos que moram nas ruas. Somam-se, também, os preconceitos sobre a “cultura de rua”, os quais são relacionados à ideia de mendicância e ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas, acrescido ao uso de outras substâncias psicoativas.

O uso de substâncias é, por muitas vezes, o meio de fuga da realidade daqueles que estão em situação de rua. Os profissionais da equipe dos CAPS AD e da saúde em geral devem compreender a conjuntura do sujeito em situação de rua e o consumo de álcool e outras drogas para que se faça o apoio à política de redução de danos. O acompanhamento do usuário de substância psicoativa, frente à redução de danos, significa apoiar o indivíduo de forma terapêutica e singular, sem julgamentos, em que as intervenções sejam pensadas no sentido de prevenir os danos de uso, além de se pautar na utilização segura quando se faz esse consumo. Garantir a autonomia do sujeito em situação de rua traz a oportunidade para que escolha seus próprios objetivos, desde a redução do uso até a sua abstinência⁽¹⁵⁾. A adoção, então, de uma política de abstinência em primeira linha entende que o álcool ou a substância psicoativa é o centro do problema, sendo anacrônico o desejo de que seja efetiva.

Assim, há ainda muito a ser debatido no cuidado à saúde: serviços de habitação, segurança alimentar e uso de serviços de urgências e emergências. Os CAPS estão disponíveis para atendimentos de crises, evitando lotação em serviços de urgência e emergência^(4,8,10). Por isso, uma abordagem de redução de danos deve ser inserida em primeiro lugar no âmbito de um projeto terapêutico singular (PTS). É uma tecnologia leve na qual o usuário e o técnico de referência (TR) irão dispor para debaterem quais as melhores abordagens a serem adotadas. Para um sujeito em situação de rua, a instabilidade das condições de vida pode significar dificuldades de manter o tratamento e perdas de planejamentos em diversos momentos de reconstrução do plano^(7,8).

Cabe à equipe multiprofissional a garantia de que a dignidade seja uma constante na vida dessas pessoas, como traz a lei Paulo Delgado, de nº 10.216, de abril de 2001. A participação do próprio usuário no seu tratamento, a escuta com atenção e qualidade sem atitudes julgadoras, o tratamento do ser humano com valor e as relações de confiança são essenciais para o alcance de metas estabelecidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As melhorias obtidas pela saúde mental ao longo do tempo foram essenciais para o atendimento da população de rua que necessita desse cuidado. Porém, avanços ainda são necessários para que haja a assistência a usuários de substâncias psicoativas que vivem em situação de rua. A falta de experiência na área, as condutas impositivas de julgamento e inflexíveis frente às demandas dos serviços fazem com que os profissionais criem barreiras no tratamento à saúde mental votado a esse público. Essas atitudes prejudicam a prestação da assistência necessária ao usuário, que deve ser humanizada, respeitosa e visando a preservação do bem-estar e da autonomia dos sujeitos.

Dessa maneira, toda a rede de saúde atua na perspectiva de qualificar as suas práticas profissionais e garantir a equidade na assistência em saúde, facilitando o acesso a toda a população que necessite de cuidados, sobretudo aqueles mais vulneráveis, como as pessoas em situação de rua. Os pontos de atenção da RAPS trabalham em conjunto para superar as dificuldades ainda tão presentes, lançando mão de estratégias como o matriciamento em saúde mental, no qual as equipes constroem juntas as estratégias de intervenções



necessárias nos territórios, a elaboração de PTS, os estudos de casos, a criação e implementação de fluxos assistenciais, dentre outras estratégias que garantam uma assistência humanizada, inclusiva e integral a quem dela necessite, em especial os grupos mais vulneráveis.

REFERÊNCIAS

1. Affleck W, Carmichael V, Whitley R. Men's mental health: social determinants and implications for services. *Can J Psychiatry*. 2018;63(9):581–9. <https://10.1177/0706743718762388>
2. Alegría M, NeMoyer A, Falgàs Bagué I, Wang Y, Alvarez K. Social determinants of mental health: where we are and where we need to go. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20(11):95. <https://10.1007/s11920-018-0969-9>
3. Manwell LA, Barbic SP, Roberts K, Durisko Z, Lee C, Ware E, et al. What is mental health? evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open*. 2015;5(6):e007079–e007079. <https://10.1136/bmjopen-2014-007079>
4. Andrade T, Santiago L, Amari E, Fischer B. 'What a pity!': exploring the use of 'pitolho' as harm reduction among crack users in Salvador, Brazil. *Drugs Educ Prev Policy*. 2011;18(5):382–6. <https://doi.org/10.3109/09687637.2010.506898>
5. Mendes CRP, FillipeHorr J. Vivência nas ruas, dependência de drogas e projeto de vida: um relato de experiência no CAPS-ad. *Rev Psicol Saúde [Internet]*. 2014 [cited 2021 Jun 20];6(1):90–7. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v6n1/v6n1a12.pdf>
6. Prado FKM, Lourenço MAM, Souza LB, Placeres AF, Cândido FCA, Zanim G, et al. Therapeutic follow-up and network intervention as a strategy in psychosocial care. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0161>
7. Alverga AR, Dimenstein M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface Comun Saúde, Educ*. 2006;10(20):299–316. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200003>
8. Borysov IC, Furtado JP. Acesso e intersectorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2013;23(1):33–50. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000100003>
9. Morais ASE, Cordeiro GFT, Peters AA, Santos TM, Ferreira RGS, Peres MAA. Working conditions of a nursing team in mental health facility. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(suppl 3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0407>
10. Nacamura PAB, Marcon SS, Paiano M, Salci MA, Radovanovic CAT, Rodrigues TFCS, et al. Guidelines to the families of mental health service users from the multi-professional team's perspective. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(suppl 1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0389>
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria No 122, de 25 de janeiro de 2011 [Internet]. 2011 [cited 2021 Jun 18]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria No 2.436, de 21 de setembro de 2017 [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 18] Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
13. Ministério da Saúde (BR). Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua [Internet]. 2012 [cited 2021 Jun 18]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf
14. Wijk LB van, Mângia EF. Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet*. 2019;24(9):3357–68. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.29872017>
15. Andrade JMM, Farinha MG, Esperidião E. Mental Health Nursing: waiting room intervention in integral health care. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(suppl 1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0886>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c02>

AUTOCUIDADO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM TEMPOS PANDÊMICOS

Laís de Melo Gontijo¹

ORCID: 0000-0002-1175-3548

Luiz Otávio Marques Silva¹

ORCID: 0000-0002-4842-0595

Luiza Nogueira De Azevedo Antunes¹

ORCID: 0000-0003-0338-5009

Mayla Sousa Rocha¹

ORCID: 0000-0003-2785-6581

Samuel Barroso Rodrigues¹

ORCID: 0000-0002-9832-5510

¹Universidade de Itaúna.
Itaúna, Minas Gerais, Brasil.

Autor Correspondente:

 Samuel Barroso Rodrigues
Samuelbarroso88@gmail.com

Como citar:

Rodrigues SB, Gontijo LM, Silva LOM, Antunes LNA, Rocha MS. Percepção das Populações em Situação de Rua Sobre o Autocuidado em Tempos Pandêmicos. In: Souza ES, Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 2. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 10-3 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c02>

 Revisora: Sara Pinto Barbosa,
Universidade de São Paulo.
Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

No fim de 2019, surgiu na China um surto de pneumonia de origem desconhecida, caracterizado em janeiro de 2020 como vírus SARS-CoV-2, agente etiológico desta síndrome respiratória aguda grave⁽¹⁾. Assim, no dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) denominou como pandemia a doença Covid-19 provocada pelo SARS-CoV-2, também chamado de novo coronavírus, devido ao surto mundial⁽²⁾.

Nesse contexto, é necessário o isolamento, distanciamento social e autocuidado, relacionado ao uso de máscaras, higiene das mãos com álcool em gel ou lavagem com água e sabão. No entanto, populações vulneráveis, a exemplo de pessoas em situação de rua, muitas vezes não possuem acesso a estes insumos, dificultando a promoção do autocuidado e qualidade de vida do indivíduo. Assim, torna-se evidente a necessidade de preocupação com essas pessoas que não têm moradia e nem instruções de como se proteger em relação ao vírus da Covid-19⁽³⁾.

Uma consequência possível da pandemia é o aumento de pessoas nessa condição, devido à crise econômica acentuada no contexto atual. Duas pesquisas recém-concluídas pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) alertam que a propagação do novo coronavírus aumenta a vulnerabilidade de quem vive na rua e exige atuação mais intensa do poder público⁽⁴⁾.

No Brasil, sempre houve uma defasagem a respeito das políticas sociais que abrangem a população em situação de rua. Sendo assim, a Covid-19 nesses indivíduos é alarmante, já que implica na saúde pública e nos recursos de assistência à saúde, uma vez que mesmo os casos mais leves de coronavírus entre essas pessoas exigem consideração de locais de isolamento e manejo⁽⁵⁾. Dessa forma, surge a necessidade de respostas mais eficazes relacionadas à estabilização da conjuntura mundial, especialmente sobre a população mais exposta ao vírus.



A promoção à saúde implica em moradia, alimentação e recursos fundamentais à garantia do autocuidado. Dessa maneira, compreender a percepção desse conceito por essa população torna-se essencial para que respostas rápidas e eficazes sejam realizadas a fim de diminuir o contágio e a disseminação entre eles.

AUTOCUIDADO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM TEMPOS PANDÊMICOS

Em dezembro de 2019, a cidade de Wuhan, na China, vivenciou um surto de pneumonia de origem desconhecida. Já em janeiro de 2020, pesquisadores chineses isolaram um novo coronavírus chamado de SARS-CoV-2, agente etiológico desta síndrome respiratória aguda grave⁽³⁾. Ainda no mesmo mês, a doença foi registrada em outros países da Ásia, Europa e América do Norte, fazendo com que a OMS decretasse Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional⁽²⁾. Por fim, em março de 2020, em uma conjuntura com mais de 110 mil casos espalhados por 114 países, é decretada a pandemia de Covid-19 pela OMS⁽¹⁾.

Nesse contexto, o domicílio passou a representar segurança, devido à recomendação prioritária inicial ter sido a realização de isolamento social e quarentena, causando impactos nas esferas econômica, social, política e sanitária⁽⁶⁾. Sendo assim, ao pensar sobre os efeitos da pandemia de Covid-19 no mundo e, mais especificamente, no Brasil, torna-se necessário não os tratar de modo isolado e pontual. Portanto, há uma ampliação das condições precárias de populações já vulneráveis, além de riscos presentes e futuros, impactando de modo muito mais acentuado as condições de vida e saúde dos mais pobres⁽⁶⁾. Dessa maneira, é fundamental fazer um recorte sobre as consequências da pandemia na vida das populações em situação de rua.

Segundo as Diretrizes Gerais da Resolução nº 40⁽⁷⁾, de 13 de outubro de 2020, sobre a Política Nacional para População em Situação de Rua, os cidadãos brasileiros sem acesso à moradia caracterizam-se por ser um grupo populacional diverso, visto que podem utilizar as ruas dos municípios e as áreas degradadas como espaço para moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporária ou como moradia provisória. Essas pessoas possuem em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular.

Conforme estimativa realizada pelo IPEA (2016), existem cerca de 101.854 pessoas vivendo em situação de rua no Brasil. A região Sudeste abriga as três maiores regiões metropolitanas do país e 48,89% da população em situação de rua⁽⁸⁾.

Em março de 2020, a população em situação de rua chegou a aproximadamente 222 mil pessoas, sendo que a partir de 2012 teve um aumento de 140%⁽⁴⁾. A tendência é que esse número aumente ainda mais, devido à crise econômica acentuada pela pandemia do SARS-CoV-2. Hoje, no país, são mais de 119.636 famílias em situação de rua cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal⁽⁹⁾.

A urgência dessa situação nos leva a agir e traçar possíveis respostas a esse desafio. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea (2020), a propagação do novo coronavírus aumenta a vulnerabilidade de quem vive na rua e exige atuação mais intensa do poder público. Pessoas em situação de rua com menos de 65 anos têm mortalidade por todas as causas 5 a 10 vezes maior do que a da população em geral⁽¹⁰⁾.

Partindo-se do princípio de que a promoção da saúde implica em moradia, alimentação e saúde, a manutenção de estilos de vida saudáveis é fundamental e um direito de qualquer cidadão, a ser assegurado pelo Estado⁽¹¹⁾. Além disso, com o Direito de Bem-estar Social promovido pela Constituição Federal de 1988, que garante direitos sociais como educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia e segurança, o Estado tem o dever de promover o autocuidado para as pessoas em vulnerabilidade⁽¹²⁾.

Segundo Orem⁽¹³⁾, o conceito do autocuidado é definido como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam, desenvolvendo-a dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal. Somado a isso, de acordo com Toney e Alligood⁽¹⁴⁾, é importante ressaltar que o autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas desempenham deliberadamente por si próprias ou por alguém que a execute por elas para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar.



No entanto, sabe-se que grande parte da população em situação de vulnerabilidade social torna-se refém de práticas de autocuidado. Isso ocorre muitas vezes pela escassez de recursos ou pela falta de informação, impossibilitando ao sujeito o acesso a esses insumos⁽¹⁵⁾.

É nesse sentido que, no Brasil, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) promove ações socioassistenciais com o objetivo de garantir recursos sociais mínimos às populações mais vulneráveis, levando-se em conta as desigualdades territoriais. Seu objetivo é promover equidade no alcance das necessidades de indivíduos, sobretudo em grupos específicos como a população em situação de rua (PSR), indígenas, adolescentes em conflito com as leis e quilombolas⁽¹⁶⁾.

Nessa perspectiva, muitas vezes essas populações não possuem voz ativa diante da escassez de recursos oferecidos pelo Estado e, por estarem inseridos em espaços de fragilidade social, com lacunas inclusive no acesso à informação, esses indivíduos não possuem a oportunidade de reconhecer e fazerem valer seus direitos perante a lei. Assim, torna-se imperativa a necessidade de entender como compreender as ações de autocuidado em saúde das pessoas em situação de rua, de modo a vislumbrar as noções dessas frentes à preservação da vida e à garantia de bem-estar pessoal.

Entre as providências tomadas pelos municípios e estados no contexto da pandemia associadas ao autocuidado dessa população, a mais frequente vem sendo o estabelecimento de abrigos temporários através da adaptação de pontos pré-existentes, seguida de ações buscando higienização e alimentação dessa população, além de medidas de conscientização e prevenção da doença. Porém, apesar das ações emergenciais que as prefeituras vêm realizando, estudos alertam para aumento do contingente em situação de rua durante a pandemia devido à crise econômica⁽²⁾.

Sendo assim, torna-se evidente a necessidade de ações integradas de diversos setores dentro do governo, como o uso de locais destinados a práticas esportivas, eventos culturais, religiosos e educacionais para serem utilizados como estrutura de acolhimento. Como por exemplo, a utilização de escolas e hotéis, que hoje estão inoperantes, e poderiam ser adaptados rapidamente com o auxílio de ações voluntárias, como ONGs e instituições, que também poderiam promover arrecadação, preparação e distribuição de álcool em gel, máscaras, roupas e alimentos. Ainda, vale ressaltar a necessidade da pluralidade de condutas, desde as mais simples, como a intensificação da higiene do ambiente e dos acolhidos, às mais complexas, como orientações sobre o autocuidado e aspectos da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O isolamento social impõe barreiras ao cotidiano de toda a população, mas, sem dúvida, especialmente àqueles que se encontram em situação de rua, os desafios do dia a dia são ainda maiores. Se medidas não forem tomadas, haverá drásticas consequências, já que são pessoas que se encontram mais vulneráveis nessa situação. Mesmo que a sociedade, por meio de movimentos voluntários, tente arrecadar insumos para suprir as necessidades básicas desses indivíduos e auxiliá-los com o autocuidado, é essencial que haja a execução de uma medida pública intersetorial que seja realmente rápida e efetiva.

Tais medidas poderiam englobar, de forma prioritária, a vacinação desse grupo, o aumento de vagas nos locais de acolhimento, com atuação de equipes voluntárias auxiliando na distribuição de alimentos, máscaras, álcool em gel, sabonetes, entre outros itens básicos para o autocuidado. Além disso, espaços públicos inoperantes poderiam ser oferecidos como abrigo temporário, como por exemplo, escolas e universidades federais, com estruturas adequadas para recebê-los. Ainda, poderiam ser instaladas medidas sanitárias preventivas nos albergues e nos novos abrigos, de acordo com o que é preconizado pela OMS, como por exemplo, a aferição da temperatura, distanciamento de beliches, uso de álcool em gel, além da manutenção do ambiente arejado e higienizado.

Fica claro, portanto, a importância da compreensão por esses indivíduos a respeito do autocuidado e dos aspectos da doença para que essas medidas sejam realmente eficazes.



AGRADECIMENTOS

Agradecemos, primeiramente, a Deus, pelo dom da vida e pelas oportunidades. Aos nossos pais que nos auxiliaram em todos os momentos de nossas vidas, principalmente os difíceis. Aos nossos amigos e familiares, que nos apoiaram e proporcionaram momentos de alegria. Aos professores e funcionários da Universidade de Itaúna que contribuíram para nosso ensino e crescimento profissional. Agradecemos, também, às pessoas em situação de rua, que durante o seu momento mais vulnerável contribuíram com mestria ao nosso aprendizado e crescimento humano.

REFERÊNCIAS

1. Cavalcante JR, Cardoso dos Santos AC, Bremm JM, Lobo AP, Macário EM, De Oliveira WK, et al. COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(4):e2020376. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000400010>
2. De Paula HC, Daher DV, Koopmans FF, Faria MGA. No place to shelter: ethnography of the homeless population in the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 2):e20200489. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0489>
3. Honorato BEF, Oliveira ACS. População em situação de rua e COVID-19. *Rev. Adm. Pública*. 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-761220200268>
4. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). População em situação de rua cresce e fica mais exposta à Covid-19 [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 6]. Available from: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=35811
5. Baggett TP, Keyes H, Sporn N, Gaeta JM. COVID-19 outbreak at a large homeless shelter in Boston: implications for universal testing. *MedRxiv*. 2020;04.12.20059618. <https://doi.org/10.1101/2020.04.12.20059618>
6. Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (CEPEDES). A Gestão de Riscos e Governança na Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise dos decretos estaduais no primeiro mês [Internet]. Brasília: ENSP; 2020 [cited 2021 Jul 6]. Available from: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41452/2/relatorio_cepedes_gestao_riscos_covid19_final.pdf
7. Ministério da mulher, da Família e dos Direitos Humanos (BR). Conselho Nacional dos Direitos Humanos. Resolução nº 40, de 13 de outubro de 2020 [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 6];211(1):144. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-40-de-13-de-outubro-de-2020-286409284>
8. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico: população em situação de rua e violência: uma análise das notificações no Brasil de 2015 a 2017 [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 6]. Available from: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/13/2019-010-publicacao.pdf>
9. Ministério de Cidadania (BR). População em situação de rua no Brasil: o que os dados revelam?. [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 7]. Available from: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/Monitoramento_SAGI_Populacao_situacao_rua.pdf
10. Baggett TP, Hwang SW, O'Connell JJ, et al. Mortalidade entre adultos sem-teto em Boston: mudanças nas causas de morte em um período de 15 anos. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2013 [cited 2021 Jul 7]:189-95. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3713619/>
11. Cueto M. Saúde global: uma breve história. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2015; p. 29-58.
12. Congresso Nacional (BR). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.
13. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
14. Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de Enfermagem e a sua obra. 5a ed. Loures: Lusociência; 2002.
15. Oliveira RG. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. *Saúde Soc*. 2018;27(1):37-50. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170915>
16. Gomes DF, Elias FTS. Políticas públicas de assistência social para população em situação de rua: análise documental. *Comun Ciên Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jul 6]:1-7. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/politicas_publicas_%20assistencia_%20social.pdf

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c03>

O CUIDADO PRODUZIDO ÀS MULHERES NA ESTRATÉGIA CONSULTÓRIO NA RUA (ECR): USO DE TECNOLOGIAS LEVES

Nayara Gonçalves Barbosa¹

ORCID: 0000-0003-3646-4133

Thais Massita Hasimoto¹

ORCID: 0000-0002-3003-4231

Angelina Lettiere Viana¹

ORCID: 0000-0002-4913-0370

Juliana Cristina dos Santos Monteiro¹

ORCID: 0000-0001-6470-673X

Flávia Azevedo Gomes-Sponholz¹

ORCID: 0000-0003-1540-0659

¹Universidade de São Paulo.
Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Autora Correspondente:

 Nayara Gonçalves Barbosa
nbarbosa@usp.br

Como citar:

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: volume 2. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 14-24 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c03>

 Revisora: Simone Protti-Zanatta.
Universidade Federal de São Carlos.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), instituída em 23 de dezembro de 2009 pelo Decreto nº 7.053, a visa promoção e proteção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais da população em situação de rua (PSR)⁽¹⁾. A PNPSR representa um marco na defesa do direito à saúde e do SUS e possui como princípios: a universalidade, a igualdade, a equidade, a humanização, o respeito à dignidade da pessoa humana e cidadania, o direito à convivência social (familiar e comunitária) e o reconhecimento da singularidade social⁽¹⁾. A relevância dessa política refere-se sobretudo pela persistência de barreiras no acesso e cuidado em saúde, sobretudo para segmentos populacionais em situação de extrema vulnerabilidade, como a PSR, promovendo a manutenção de sua invisibilidade⁽²⁾.

O atendimento humanizado constitui um dos pilares da PNPSR e se relaciona diretamente com a Política Nacional de Humanização (PNH). Esta atua por meio da articulação e comunicação entre trabalhadores, usuários e gestores, pautada na valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, inovando os modos de gerir e cuidar. A PNH fundamenta-se no reconhecimento das singularidades das necessidades de saúde dos usuários, autonomia e no protagonismo dos sujeitos sociais, corresponsabilidade, estabelecimento de vínculos solidários, confiança e a participação coletiva nas práticas de saúde, propiciando a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) nas práticas dos serviços de saúde⁽³⁾.

O número significativo e crescente de pessoas em situação de rua no cenário brasileiro acarreta desafios estruturais para garantir a cidadania e a visibilidade dessa população no âmbito das políticas públicas⁽⁴⁾. O Brasil não realiza contagem oficial da PSR no território nacional, entretanto, observa-se aceleração recente desse crescimento populacional, sobretudo diante do contexto da pandemia



de COVID-19⁽⁵⁾. Em março de 2020, o número estimado de PSR no Brasil era de 221.869, enquanto em 2012 era estimado em 96.560⁽⁵⁾. Observa-se maior concentração da PSR em municípios de grande porte, com a detecção de aumento expressivo da PSR no Brasil em relação à década anterior⁽⁵⁾.

Embora a PSR seja constituída predominantemente por homens⁽⁶⁾, as mulheres representam uma das subpopulações com maiores condições de vulnerabilidade à violência, exploração financeira, marginalização, invisibilidade⁽⁷⁾, preconceitos, desigualdade de gênero e de direitos sociais⁽⁸⁾. Nas ruas, as mulheres vivenciam inúmeras dificuldades e intempéries, incluindo a impossibilidade de higienização e repouso, vulnerabilidade à violência física, sexual e o convívio com as drogas. Relata-se, também, o estado de solidão e sentimento de culpa por estarem longe dos filhos e familiares⁽⁸⁾. De fato, a vida nas ruas exige que as mulheres perpassem por uma diversidade de situações que envolvem diretamente a relação com o seu corpo, sexualidade e, finalmente, o cuidado com os filhos⁽⁸⁾.

A estratégia do consultório na rua, foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria nº 2.488, em 21 de outubro de 2011, para facilitar o acesso ao sistema de saúde, concebendo a porta de entrada aos serviços de saúde, além de garantir a integralidade e longitudinalidade do cuidado à PSR, a partir da realização de ações *in loco* e em articulação com outros pontos da rede de atenção à saúde⁽⁴⁾. O consultório na rua insere-se no território vivo da população em situação de rua, construindo seu *setting* terapêutico fundamentado no vínculo e acolhimento. O conhecimento das especificidades e das necessidades de saúde dessa população, bem como as características de seu território e seu contexto são fundamentais para atuação da equipe de consultório na rua (eCR)⁽⁹⁾.

A complexidade das vivências das mulheres em situação de rua requer o direcionamento de olhares e práticas na atenção às necessidades de saúde dessa população⁽⁸⁾ e ampliação do olhar sobre o processo saúde-doença-cuidado, considerando as questões sensíveis ao gênero.

No processo produtivo do cuidado, compreende-se que o trabalho em saúde é intencional e relacional, ou seja, decorre da interação entre o trabalhador e o usuário. Nesta interação se instaura o reconhecimento da centralidade do trabalho vivo. Isso significa que os produtos da saúde se realizam em ato. Portanto, essa dimensão relacional, comporta um tipo de tecnologia orientada. As tecnologias relacionais que compõem o processo de trabalho são conhecidas como “tecnologias leves”, às quais se associam às tecnologias “duras” e “leve-duras” no processo de produção do cuidado^(10,11).

As tecnologias leves constituem em uma dimensão do trabalho em saúde e situam-se no âmbito da micropolítica do processo de trabalho. Envolvem as relações no encontro entre sujeitos trabalhadores e usuários, a partir da escuta, diálogo, interesse, estabelecimento de relações de confiança, construção de vínculos, compromisso e responsabilização^(10,12).

Nessa direção, o presente estudo teve como objetivo compreender o uso das tecnologias leves e a construção de vínculos durante as práticas de cuidado em saúde desenvolvidas com as mulheres em situação de rua pela eCR. Intenciona-se com os resultados deste estudo fomentar reflexões acerca da centralidade das tecnologias leves no cuidado às populações em condições de extrema vulnerabilidade e desigualdade de gênero. Ademais, despertar a discussão sobre as produções terapêuticas, com o uso das tecnologias leves, em uma perspectiva de integralidade do cuidado. Finalmente, demarcar a importância do cuidado à mulher em situação de rua para os trabalhadores e gestores do sistema de saúde, garantindo a efetivação dos princípios do SUS.

O presente capítulo apresenta resultados do estudo “*O cuidado integral à saúde das mulheres em situação de rua: o papel da equipe de consultório na rua (eCR) na efetivação de políticas públicas*”, cujo objetivo foi analisar como os profissionais da eCR desenvolvem suas práticas de cuidado, com mulheres em situação de rua, considerando o princípio da integralidade em saúde. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 29873518.5.0000.5393). Ressalta-se que o desenvolvimento deste estudo seguiu os preceitos éticos para pesquisas com seres humanos. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva,



desenvolvido no Consultório na Rua, modalidade II, de um município de médio porte do interior de São Paulo, no período de dezembro de 2020 a abril de 2021. Utilizou-se como fundamentação teórica para a discussão do processo de trabalho os estudos teóricos da saúde coletiva, principalmente, de Emerson Elias Merhy⁽¹⁰⁻¹³⁾.

No desenvolvimento do estudo, participaram profissionais que atuavam no serviço sendo, dois psicólogos, três enfermeiros, um técnico de enfermagem e três agentes comunitários de saúde. A média de idade dos participantes foi de 52 anos (DP: 7,33), variando de 33 a 63 anos, predominantemente do sexo feminino 6 (66,67%). O tempo de atuação dos profissionais variou de um mês até 11 anos.

A produção de dados se deu por meio da realização de entrevistas semiestruturadas, agendadas previamente com os participantes, com duração média de 45 minutos e realizadas em um local privativo no serviço de saúde.

Para a realização das entrevistas utilizou-se um roteiro estruturado em duas partes. A primeira parte era composta por perguntas referentes à caracterização sociodemográfica dos participantes, tais como idade, sexo e escolaridade. Na segunda parte, as questões abertas estavam relacionadas às práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais da eCR junto às mulheres em situação de rua, bem como, as ações referentes à criação de vínculos com essa população e como os profissionais se sentiam após realizar a assistência à mulher em situação de rua.

Para garantia do sigilo e confidencialidade dos participantes da pesquisa, bem como compreender a perspectiva do profissional da eCR no cuidado à mulher em situação de rua, de acordo com sua formação e experiência, eles foram identificados pela sua categoria profissional, porém, sem distinção numérica, sendo: Agente Comunitário de Saúde (ACS), Psicólogo (P), Enfermeiro (E), Técnico de Enfermagem (TE).

Os conteúdos das entrevistas audiogravadas foram transcritos na íntegra, preservando a originalidade. Na etapa subsequente, foi realizada a leitura flutuante, acompanhada por sucessivas leituras e exploração minuciosa do material, com o objetivo de captar os aspectos relevantes para responder os objetivos da pesquisa. Para a análise dos dados optou-se pela análise de conteúdo temática^(14,15), segundo as fases de pré-análise e exploração dos dados que foram minuciosamente feitas, bem como o tratamento dos resultados, inferência e interpretação⁽¹⁵⁾.

Realizou-se o recorte das falas, considerando a frequência dos temas extraídos dos discursos para a identificação dos principais núcleos de sentido, cuja presença dão significado ao objetivo proposto⁽¹⁴⁾. Identificou-se um único núcleo temático intitulado “*Tecendo o cuidado: o vínculo e as relações humanas como instrumentos terapêuticos*”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

TECENDO O CUIDADO: O VÍNCULO E AS RELAÇÕES HUMANAS COMO INSTRUMENTOS TERAPÊUTICOS

O acolhimento e desenvolvimento dos projetos de cuidado na eCR acontecem *in loco*, em um espaço que transpõe os moldes convencionais dos locais que comumente acontecem a assistência à saúde. Este espaço é marcado pela falta de paredes, ausência da mesa, locais moventes e, exposto aos fatores ambientais (sol, vento, frio, calor, chuva), a sujeira, os odores acentuados e ao medo da polícia. São estes locais que propiciam o encontro com histórias invisibilizadas de vida em contextos angustiantes em seu percurso⁽¹⁶⁾.

Adentrar nas paisagens desse território (geográfico, cultural, existencial, profissional, disciplinar) vivo e pulsante é desafiador e traz à tona um conjunto inusitado de necessidades de saúde que desafiam o sistema de saúde⁽¹⁶⁾ em produzir um cuidado que ultrapasse o esperado, o programado, o prescrito⁽¹⁷⁾.

Para a produção de cuidado a apropriação e familiarização com este território pela eCR é fundamental para o acolhimento da PSR e para a construção do processo de trabalho em saúde⁽¹⁸⁾.



O grupo sai, faz esses serviços na comunidade, sai em grupos, e, tanto na comunidade quanto em praças, aqui na baixada, aí você começa a abordar, senta do lado, conversa, e daí que você vai ver a necessidade que a pessoa tem, tentar desenrolar. TE

O que o consultório na Rua faz é sair realmente a campo nas comunidades ou até mesmo nas áreas em que a gente, conhecidamente, são áreas onde eles se reúnem às vezes como usuário de drogas e abordagem, ver assim frente a frente para identificar a necessidade, de repente de identificar o que ela está precisando naquele momento, o que ela já não faz o uso há um tempo e fazer essa abordagem... E

Nesse cenário, o cuidado à mulher em situação de rua é colocado pelos profissionais como desafiador, considerando o estigma que a mulher carrega, a desigualdade de gênero, a invisibilidade social, e as condições de maior vulnerabilidade nas ruas.

A mulher ela, historicamente ela carrega um, eu acho que uma opressão, assim, uma violência, principalmente emocional, muito forte. Então é sempre uma carga muito forte. Então vem sempre várias demandas juntas. É diferente o atendimento à mulher sabe? Acho que são atendimentos mais pesados, mais carregados, mais sofridos. P

No desenvolvimento das práticas de cuidado, o trabalho vivo, se situa na relação entre o trabalhador e usuário para a produção da saúde⁽¹⁰⁾. Neste encontro, o contexto de vulnerabilidade vivenciados pelas mulheres afeta os profissionais de saúde, tornando os atendimentos mais sofridos.

Assim, pressupõe-se que na atenção à saúde dessa população deve-se compreender a cultura de rua. É preciso questionar: Quem é essa mulher? Como ela consegue sobreviver física, psicológica e socialmente? Qual o sentido atribuído à sua existência?^(19,20). Além disso, deve-se questionar qual o papel do profissional de saúde na produção dos cuidados em saúde?

No encontro com outro para a produção do cuidado é necessário que o profissional de saúde mobilize recursos como a observação do espaço/território e perceba quem é a mulher a ser cuidada. Para tanto, o profissional deve colocar em ação o uso das tecnologias relacionais a fim de promover uma escuta qualificada.

A estratégia é você observar, é você tornar aquela mulher visível para você e para a equipe. P

Na abordagem inicial da pessoa em situação de rua, a priorização da observação e escuta qualificada, permeada pela valorização e respeito aos diversos saberes e modos de viver dos sujeitos possibilita a construção de vínculos de confiança junto a essa população, que se reproduz em processos relacionais no cuidado integral à saúde⁽¹⁸⁾.

Conhecer a mulher pelo nome confere a identidade e valorização da mulher, uma vez que a vivência nas ruas transfigura a noção de cidadania e assevera a invisibilidade do sujeito e perda de sua identidade pessoal e social. Assim, conhecer e tratar a mulher pelo nome e/ou apelido, remete ao resgate de sua essência humana, dignidade e cidadania, assim como dar voz, valorizar, conhecer sua biografia, sua origem, razões de estar em situação de rua, compreender suas relações sociais e familiares, as suas particularidades são fundamentais na produção de subjetividades e fornecem subsídios para a elaboração de um projeto terapêutico singular.

A gente conhece pelo nome, pelo apelido. E como eles se conhecem vivem juntos, todo mundo se conhece, né. Então quando eles saem dali, os próprios colegas falam "ah, ela saiu, ah ela tá ali, ah ela tá lá". E a gente vai atrás... Quando chega alguém novo, né, a gente colhe toda a história, tenta se aproximar, "de onde você veio, o que está fazendo aqui?" "Então o consultório de rua é bem ativo e conhece elas pelo nome. E

Entretanto, a formação do vínculo é um processo desafiador. Usualmente o profissional de saúde é visto como um "estrangeiro", um "desconhecido" no território, ao qual atribui-se desconfiança em relação às suas intencionalidades. Neste processo, além do reconhecimento do trabalhador da invisibilidade da mulher para



si próprio e para a equipe multiprofissional, é importante que a mulher também reconheça o trabalho e a equipe de saúde.

Assim, no processo de produção da saúde é preciso compreender que todos os atores em cena governam certos espaços, considerando a autonomia conferida no cotidiano do trabalho em saúde. Nessa direção, no trabalho em saúde, o modelo assistencial tem como premissa a constituição de “certas contratualidades”. Esta pactuação deve ser uma construção efetivamente negociada entre os atores sociais, ainda que esta se dê sob condições de forte tensão⁽¹⁰⁾.

A gente vai dentro das comunidades (...), eles têm medo da gente porque eles vinculam a polícia, porque quando você vai muito naquele lugar, “ah ele está bixado”, sabe essas conversas assim? ACS

Desafio eu creio que é isso né, entrar nesse tipo de comunidade, até porque a gente também sofre muitas vezes negativa das pessoas daquela área, das pessoas que são ditas que comandam aquele local. E

Muitas pessoas em situação de rua apresentam-se reticentes, pois associam a presença dos profissionais de saúde com a polícia. Adicionalmente, as experiências prévias negativas, como a implementação de ações sanitárias de caráter higienista e punitivo nos espaços públicos⁽²⁰⁾ que ignoram a dignidade da vida e os direitos humanos⁽²¹⁾, bem como a implementação de um modelo tecnoassistencial prescritivo e impositivo podem corroborar com o distanciamento e geração de tensões entre os usuários pertencentes à PSR e os trabalhadores.

Nessa direção, é preciso refletir sobre a hegemonia do trabalho morto, no qual o modelo assistencial se caracteriza como produtor de procedimentos, rigidamente vinculados ao protocolos e normativas, conferindo em processos de trabalho com menores graus de liberdade para os trabalhadores que compõem as equipes de saúde^(10,11).

O manejo dessa situação exige um diálogo esclarecedor com as pessoas pertencentes a esse território, em relação aos objetivos da inserção da eCR, com o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção da saúde, proteção e no cuidado integral às mulheres em situação de rua, demonstrando os benefícios reais das práticas de saúde para essa população, utilizando de toda a potencialidade das tecnologias leves, relacionais.

Observa-se a relação dificultosa de interação entre as pessoas em situação de rua com a eCR, interferindo na formação do vínculo⁽²⁰⁾. São detectadas tensões e estranhamentos iniciais no encontro entre o usuário e o trabalhador. Deste modo, é importante compreender que a produção do cuidado em saúde é um local de permanente tensão, no qual evidencia-se uma diversidade de interesses, uma vez que é um espaço de produção, com o encontro de diferentes vontades, seja dos próprios trabalhadores, usuários, gestão instituída, dentre outros⁽¹⁰⁾.

(...) Tem que saber conversar, tem que saber respeitar o tempo delas, porque se a gente chegar com autoridade você não consegue nada. Você consegue as coisas com elas respeitando e conversando (...) ACS

É devagar, com jeito sem pressionar. Que a gente não pode estar pressionando, porque se não, eles vazam, eles não querem. ACS

Detecta-se a necessidade da formação dos profissionais sensíveis para atuar junto à PSR e com preparo e experiência para manejar uma diversidade de situações desafiadoras e intempéries, mantendo a sua segurança e integridade, em um campo vivo, ativo e pulsante de práticas sociais e de saúde.

E muitas vezes eles falam coisas querendo te agredir, mas você abaixa a guarda, tem todo aquele jogo de cintura. TE

Dentre as barreiras para o encontro entre o trabalhador e a mulher em situação de rua denota-se a dinâmica na qual a mulher está inserida nas ruas, realizando atividades vinculada ao tráfico, prostituição, e com relações estabelecidas de poder e opressão, que muitas vezes impedem ou dificultam esses encontros, fazendo com



que a mulher priorize a sua “sobrevivência” nas ruas, ao invés de seu próprio cuidado em saúde. Também se destaca o estado da mulher, muitas vezes sob efeito de substâncias, ou com menor receptividade ao diálogo com o trabalhador de saúde. Assim, é um trabalho de encontros, desencontros, expectativas, frustrações, reavaliação e replanejamento contínuo, dada as condições impostas e o respeito à vontade e o desejo da mulher.

Desafio maior é poder entrar nessas áreas e também sensibilizar a mulher no cuidado com ela mesma porque às vezes elas estão muito preocupadas né, com outras situações às vezes elas estão mais preocupadas com o uso da droga e releva um pouco a saúde dela para segundo plano. E

Todo dia para nós que estamos no campo, todo dia para nós é um desafio. Que às vezes a gente vai, às vezes a gente muda aquela expectativa de conseguir chegar lá e elas falam para você “não vou” então você tem que vir embora forçada. Aí depois você vai lá remarcar tudo de novo para estar fazendo, às vezes naquele dia elas não estão bem ou estão trabalhando. Trabalhando lá com o pessoal mais forte né que elas. Então é complicado. ACS

Assim, as práticas de cuidados nos espaços das ruas devem incorporar saberes, bem como valorizar a experiência e cultura das pessoas que fazem parte desse processo de trabalho *in loco*, ou seja, no local onde essas mulheres vivem, em uma relação interpessoal baseada no vínculo, acolhimento, diálogo, escuta qualificada e responsabilização⁽²⁰⁾. Os encontros dos trabalhadores com as histórias de vida dessas mulheres no contexto das ruas se dão em um contexto de subjetividade e de imensa complexidade, que provoca uma desestabilização dos saberes e práticas cristalizados, tendo em vista que retira os lugares identitários de cada profissão, reconfigurando-os em ato⁽¹⁷⁾.

A construção do vínculo é um processo desenvolvido paulatinamente, em um processo de aproximação, reconhecimento do outro em suas singularidades, e desenvolvimento de relações de confiança entre o trabalhador e a mulher em situação de rua, sujeito desejante e ativo na busca de sua saúde.

Desafio é a gente conseguir pegar elas, conseguir levar no médico. Porque às vezes você chega ela tá noiada, tá na droga. Então é muito difícil, a gente tem que estar trabalhando, tem que estar conversando, para poder a gente conseguir. Vai conquistando. Aí elas vão que vão, sabe? boazinha; mas, no começo elas ficam meio (...) Como que eu vou te dizer? meio rebelde. Mas aí depois elas vão se acertando. ACS

Então a gente a acolhe... a gente oferece o que a gente tem, para poder conquistar. A gente na realidade é como se fosse uma pontezinha, para resgatar, porque elas são assim: com todas as dificuldades delas, elas são muito difíceis para se abrir com a gente, então você tem que ir conquistando aos poucos. Aí um dia você passa e fala “está tudo bem? Você quer manteiga de cacau?”, você vai conquistando ela aos poucos. ACS

(...) é uma coisa assim, de formiguinha. Cada dia é um dia, então tem dia que a gente tem muito sucesso com as coisas e tem dia que a gente volta frustrado, volta triste. ACS

A extrema objetivação e direcionamento do olhar sobre o corpo biológico influencia na conduta do trabalhador centrada nos procedimentos, esvaziada de interesse no outro, com escuta empobrecida, propiciando a perda da potência e eficácia da dimensão cuidadora das ações de saúde. A relação vertical e unidirecional deslegitima todos os outros saberes sobre a saúde, promovendo a configuração de ação/cooperação de quem está sendo “tratado”. Ou como se a cooperação fosse obtida automaticamente a partir da “iluminação técnica” sobre o problema e suas condutas de enfrentamento, o que reflete nas dificuldades de “conquistar a adesão” do usuário às propostas terapêuticas⁽¹²⁾.

Embora a eCR configure um rearranjo do processo de cuidado e produção de saúde para a PSR, formação de uma equipe multiprofissional, com o deslocamento do trabalho para o território, *in loco*, em integração com a atenção básica⁽¹⁸⁾, denota-se que no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho⁽¹⁰⁾ a perpetuação de uma atividade clínica, com resquícios de um núcleo do cuidado que continua operando um



processo centrado na lógica instrumental, prescritiva, de produção do cuidado, ancorado nas tecnologias duras. Entretanto, observa-se a intencionalidade dos trabalhadores para a constituição de novas conformações do processo de trabalho e utilização das tecnologias leves no cuidado, em um ciclo de tentativas e acertos, campo prático e experimental de aprendizados e construções no mundo real do trabalho em saúde, em sua complexidade, além de considerar a formação tradicional dos trabalhadores da saúde.

Assim, a forma de viver/trabalhar da PSR requer a reorientação do processo de formação em saúde historicamente embasado no modo disciplinar, procedimento-centrado, individual e biológico, o que torna insuficiente dada a complexidade do processo saúde-doença-cuidado da PSR^(17,19).

A maioria dos profissionais não tem às vezes a experiência de atender pessoas em situação de rua, não sabe que por si só é uma prioridade, não tem essa vivência principalmente na formação. E isso tanto mulher quanto o homem em situação de rua sofrem na hora quando chegam em uma unidade de saúde. Então acho que assim, o maior desafio é de quebrar essa barreira de acesso ao serviço de saúde. P

O acolhimento possibilita espaço para o diálogo, e a livre expressão da fala que pode expressar o desejo e a busca espontânea pelo cuidado, sentimentos e subjetividades expressas em expressões verbais e não verbais das mulheres em situação de rua com os trabalhadores da eCR e permitem a identificação de necessidades de saúde e o reconhecimento das especificidades dessas mulheres.

Às vezes a gente nem vai atrás delas e elas vêm até nós, e a gente vê de longe o olhar que elas têm. TE

A escuta e o diálogo são habilidades inerentes aos seres humanos e também possuem a dimensão do cuidado, como ferramentas essenciais para atenção integral, proporcionando o respeito à diversidade, à singularidade no encontro entre os sujeitos: quem cuida e quem é cuidado⁽²⁰⁾.

Quando ela quer “ai, eu quero conversar com a senhora, eu preciso da senhora, eu quero falar com a senhora”. Então a gente ouve de tudo, a gente ouve que às vezes está com problema de saúde ou com isso, aquilo. Então elas falam as reclamações mais improváveis, vamos dizer assim, que acontece. ACS.

Nessa direção, as tecnologias leves possibilitam a captação da existência do outro em sua singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos de andar a vida, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico dos trabalhadores de saúde⁽¹²⁾ na atenção às necessidades de saúde⁽²²⁾ da PSR. Assim, a relação interpessoal pautada nas práticas diárias de cuidados com essa população é fundamental para a interação e criação de relações de confiança⁽²⁰⁾, que poderão ter um impacto significativo no cuidado.

A produção dos atos em saúde, terreno do trabalho vivo, é permeado por tudo o que é humano, isso significa que os trabalhadores atuam sob linhas de força agenciadas por uma ética do cuidado, que se expressam pelo manejo das tecnologias do trabalho e as subjetividades que operam no campo do cuidado na saúde⁽¹⁰⁾. Tal subjetividade do trabalho é constitutiva das redes de atenção, estabelecidas na complexidade das múltiplas relações e fluxos entre as “existências” de trabalhadores e usuários⁽²³⁾, em um processo de afetação, no qual a interação com as mulheres em situação de rua apresentam repercussões internas no trabalhador.

Eu tenho três filhas mulheres, e eu às vezes comento muito com elas sobre elas, sobre assim, o uso excessivo de álcool e droga, a prostituição, e acaba sendo assim, um aprendizado, eu tento conversar bastante com minhas filhas, eu me sinto bastante sensibilizado mesmo. TE

Denota-se na atuação da eCR o suporte social e apoio emocional, como tecnologias leves de cuidado⁽⁹⁾. Ademais, a produção de atos de saúde opera continuamente com altos graus de incerteza e grau considerável de autonomia dos trabalhadores. Tais características permitem a construção de novos valores, compreensões e relações, pois há espaço para a criação e submersão no mundo singular de cada usuário⁽¹²⁾.



A realidade, no trabalho a PSR revela inúmeras facetas da carência, inclusive de, atenção, carinho e amor. Assim, é imprescindível a identificação do profissional com os sujeitos que receberão o cuidado⁽¹⁹⁾.

Então a gente fica meio encabulado de ver aquilo, de ver pessoas carentes. Então, você precisa de ser mãe, de ser família às vezes. A gente ouve. Quando a gente cuida, cuida, cuida que a gente dá um resultado que a gente quer, fica um vínculo tão grande, te chama de mãe, abraça no meio dos outros como se você fosse a rainha da Inglaterra, sabe assim? Elas são carentes, e aí elas vêm, em contrapartida dando aquilo do melhor abraço, "eu posso dar um abraço na senhora hoje, aí a senhora está tão cheirosa. ACS

É gratificante para gente porque a gente consegue, quando a gente consegue é uma vitória. E quando a gente não consegue a gente pensa assim, amanhã é outro dia. Então a gente volta e torna a persistir para estar conseguindo. ACS

Acolhimento possui uma dimensão mais ampla do que receber o usuário de forma acolhedora. Acolhimento engloba uma abertura humana, interesse, postura ética e de cuidado, empatia e respeito ao usuário, entretanto, abrange também a avaliação de riscos e vulnerabilidades, eleger prioridades, e identificar as necessidades de saúde com o potencial de orientar a postura profissional e as práticas do trabalho⁽²⁴⁾.

Assim, acolher significa compreender a demanda do usuário para além de sua queixa principal, implica reconhecer o sujeito no seu contexto social e inseri-lo na rede de atenção à saúde, na qual a atenção básica é a coordenadora do cuidado⁽¹⁸⁾ e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Nessa direção, a aplicação das tecnologias leves propiciam a sustentação do princípio da integralidade e a operação das linhas de cuidado⁽¹⁰⁾, na garantia do acesso que caracteriza-se pela acessibilidade, aceitabilidade e disponibilidade a serviços de saúde⁽¹⁷⁾.

A potencialidade que eu vejo é a equipe mesmo né, é a equipe ter essa sensibilidade, a empatia e o trabalho de querer trazer esse povo para dentro de uma unidade de saúde e cuidar da saúde dela. E

Usuários em situação de rua são mais resistentes, mas a gente vai conquistando eles. Conforme você vai conquistando a confiança deles, você traz eles aqui, toma um banho, a gente dá roupa, faz cadastro, passa na assistente social. E se tem alguma queixa ginecológica, alguma coisa a gente já agenda. Se tem vaga disponível já passa no mesmo dia com a ginecologista aqui, tenta convencer elas do implanon, papanicolau. E

A complexidade que envolve a PSR requer intervenções nos problemas e nos determinantes do processo saúde-doença, para tanto, deve-se considerar que as necessidades de saúde são diferentes, com a requisição de recursos/métodos também diferenciados para o seu atendimento⁽¹⁷⁾. Igualmente, a continuidade desse serviço, por vezes, é determinada por situações distintas das que originaram a entrada na rede de atenção à saúde, o que implica a análise das demandas em suas particularidades⁽¹⁷⁾.

Você fica responsável por essa pessoa que você assumiu, né, que você encontra na rua, e vai direcionar ela até o final dessa doença ou do que ela necessita. Você assume ela até o fim, através de uma abordagem mesmo, de uma conversa, que ela aceite você estar conversando com ela. TE

A construção do vínculo tem impacto terapêutico, e propicia o reconhecimento e resposta às necessidades singulares das mulheres em situação de rua e promove a ruptura da barreira no acesso aos serviços de saúde, ampliando as oportunidades de cuidado. O acolhimento e o vínculo estabelecido com a equipe, permite a construção da linha de cuidado em rede, e possui a potencialidade de promover o bom desenvolvimento do caso⁽¹⁸⁾.

Assim, a estruturação dos serviços de saúde requerem políticas públicas e um conjunto de práticas que supram as necessidades e particularidades da PSR, com a organização das práticas com ênfase na intersectorialidade, com a necessidade de conexões entre diversos setores e órgãos (governamentais ou não)⁽²⁵⁾, no âmbito das três esferas da administração pública⁽²⁶⁾, considerando a grande complexidade deste problema



social⁽²⁵⁾. Também, exige novos arranjos de articulação em rede, transformando as organizações técnico-administrativas de maneira que possam incorporar esses segmentos populacionais em suas necessidades e demandas⁽¹⁷⁾, considerando a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde⁽²⁷⁾.

O Consultório na Rua consegue identificar que tem uma gestante, aí o profissional que conseguiu identificar tenta fazer o primeiro vínculo, porque é um namoro isso, né. Não consegue... a pessoa não vai, não dá certo.. Então nós temos que discutir isso e passar para um outro profissional fazer isso.. E às vezes a gente pega esse rumo, porque nós temos que escutar todas as possibilidades de vínculo. P

Nesse território constituído pelas relações, sentidos e significações dos encontros, de trabalho vivo em ato, o usuário amplia suas possibilidades de atuar, interagir, imprimir a sua marca e também afetar⁽¹²⁾. As tecnologias leves implicam na relação e encontro entre trabalhador e usuário, que exercem mutuamente protagonismos na produção da saúde, fundamentados nas diretrizes de intervenção/relação de acolhimento, estabelecimento de vínculo e responsabilização^(10,11).

Nesse caminho, “as sabedorias e as conexões sem saberes específicos operam de modo tão intenso quanto, realizando processos, inclusive terapêuticos, quanto os animados no mundo das outras tecnologias e para além delas”⁽¹²⁾. Nesse sentido, o trabalho com essa população implica construção de vínculo, envolvimento afetivo e responsabilização pelo usuário, que possuem uma dimensão e oportunidade de enriquecimento emocional⁽²⁸⁾.

Quando elas escutam bebê dentro da barriga, elas seguram na mão, “a senhora pode segurar na minha mão? ACS

Então o pessoal comenta assim, “...tal pessoa perguntou se você estava aqui, te mandou um abraço”. Foi gestante que eu vi há 4, 5 anos atrás. P

Denota-se que as pessoas em situação de rua, tendo em vista sua condição de extrema vulnerabilidade, apresentam gratidão por qualquer ação direcionada a seu favor, desconhecendo que seus direitos, inclusive o direito à saúde, são cotidianamente usurpados. O agradecimento expressa-se pelo fato que o Consultório na Rua representa um ponto de apoio, possivelmente o único espaço que os conecta à sociedade, que os faz se sentirem cidadãos⁽⁹⁾.

Eu posso te falar uma coisa? Nunca tinha visto alguém abrir os braços e por a gente grande no colo”, quase chorei. ACS

Ela falou “foi um anjo que mandou vocês na minha vida e realmente se vocês não tivessem vindo aqui eu nunca ia saber (diagnóstico positivo para HIV), eu não iria estar preocupada em cuidar da minha saúde. E

O cuidado de pessoas em situação de rua tem como premissa atribuir um significado de humanidade ao cuidado e acreditar na possibilidade de transformação da realidade posta⁽¹⁹⁾.

(...) tem muitas que tem chance de voltar a vida social, quer trabalhar, quer ter o cantinho delas. Tem sonhos. Por mais que a vida maltratou elas. São as escolhas também, mas elas tem sonhos. TE

Ademais, o cuidado faz-se presente a atuação da eCR, na preservação e respeito à integridade após a morte, inclusive no reconhecimento de “corpos indigentes”, conferindo-lhes uma identidade e significação dessa existência. Reconhecer que aquele corpo gélido, sem vida, invisibilizado e transgredido de direitos sociais e de dignidade, é um ser humano, uma mulher que carrega uma biografia, um ventre fecundo de sonhos, esperança, prazer, vida, morte, sofrimento, idas, vindas e tragédias; retrato mórbido do fracasso das políticas públicas e sociais para a população feminina.



Tô aqui lembrando da “Maria” (nome fictício), que foi uma gestante que nós encontramos lá no brejo, em situação de rua, acompanhamos ela, todo o pré-natal aí a moça teve o bebê e foi para a rua. Depois o bebê, o bebê foi acolhido, dali uns 20 dias, nós recebemos notícia que a Maria tinha morrido, em decorrência de complicação de parto. Ninguém queria identificar a Maria lá no IML (Instituto Médico Legal). Aí nós tivemos que assumir isso, ir lá, identificar que aquela era a Maria e tudo isso. Foi um caso só, mas a gente também tem esse papel. Quando você cuida, você tem que cuidar até o final. P

Contudo, nesse campo permeado de tensões e disputa de saberes e poder, torna-se relevante a reflexão e a implementação de estratégias de sensibilização e formação dos trabalhadores que compõem a rede de atenção social e de saúde para prover o acolhimento e atendimento humanizado à PSR direcionando-lhes o respeito, competência e dignidade que devem ser tratados⁽⁹⁾, com vistas a garantir o direito à saúde e os princípios do Sistema Único de Saúde.

Nessa direção, torna-se fundamental fortalecer o uso das tecnologias leves entre os profissionais que atuam na eCR, como instrumento terapêutico voltado para as pessoas em situação de extrema vulnerabilidade, como mulheres em situação de rua, cuja humanidade e direitos sociais, são violados cotidianamente. Ao considerar a dimensão do papel social do enfermeiro, destaca-se a importância da formação cidadã de profissionais com olhar crítico e reflexivo, conscientes de seu papel técnico, científico e político no cuidado a PSR⁽¹⁹⁾.

CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de cuidado às mulheres em situação de rua é desafiador, detecta-se tensões e disputas no contato entre a usuária e o trabalhador, bem como ao adentrar no território vivo e de práticas sociais no qual as mulheres estão inseridas. Desse modo, o vínculo é um processo construído paulatinamente, é preciso persistir, ao longo do estabelecimento de relações de confiança, no acolhimento, diálogo e escuta qualificada, nesse encontro de subjetividades que nutrem as práticas de saúde, reconstruindo-as e conferindo-lhes significações únicas no cuidado instituído.

Observou-se que as tecnologias leves têm impacto terapêutico e propiciam um cuidado qualificado e ampliado na atenção às necessidades de saúde das mulheres em situação de rua, bem como a aproximação desse público com os serviços que compõem a rede de atenção de saúde, garantindo os princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Presidência da República (BR). Política Nacional para a População em Situação de Rua. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009[Internet]. 2009 [cited 2021 Jun 7]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm
2. Viegas SMF, 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(3):1-9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0222>
3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização[Internet]. Brasília-DF: HumanizaSUS, 2013[cited 2021 Jun 7]. 16 p. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
4. Kami MTM, Larocca LM, Chaves MMN, Piosiadlo LCM, Albuquerque GS. Tool and ideological knowledge in Street Outreach Office working process. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(3):440-7. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400010>
5. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Estimativa da população em situação de rua no Brasil: setembro de 2012 a março de 2020[Internet]. 2020[cited 2021 Jun 10]. 20 p. Available from: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10074>
6. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Rua: aprendendo a contar[Internet]. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, 2009 [cited 2021 Jun 10]. 240 p. Available from: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf
7. Milaney K, Williams N, Lockerbie SL, Dutton DJ, Hyshka E. Recognizing and responding to women experiencing homelessness with gendered and trauma-informed care. BMC Public Health. 2020;26(201):397. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8353-1>



8. Biscotto PR, Jesus MCP, Silva MH, Oliveira DM, Merighi MAB. Understanding of the life experience of homeless women. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):749-55. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600006>
9. Ferreira CPS, Rozendo CA, Melo GB. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(8):e00070515. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00070515>
10. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde Debate* [Internet]. 2003[cited 2021 Jun 15];27:316-23. Available from: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf
11. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Rev Tempus Actas Saúde Coletiva* 2012; 6(2):151-63. <https://doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1120>
12. 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. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p.59-72.
13. Merhy EE. Cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec; 2002. 189 p.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2015. 407 p.
15. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011. 229 p.
16. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface Comun Saúde Educ* 2014;18:251-60. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0738>
17. Lira CDG, Justino JMR, Paiva IKS, Miranda MGO, Saraiva AKM. O acesso da população em situação de rua é um direito negado? *Rev Min Enferm*. 2019;23:e-1157. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190004>
18. Ministério da Saúde (BR). Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2021 Jul 15]. 98 p. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf
19. Rosa AS, Cavicchioli MGS, Brêtas ACP. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. *Rev Latino-Am Enfermagem*[Internet]. 2005[cited 2021 Jun 25];13(4):576-82. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a17.pdf>
20. Paula HC, Daher DV, Koopmans FF, Faria MGA, Brandão PS, Scoralick GBF. Implementation of the Street Outreach Office in the perspective of health care. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 6):2843-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0616>
21. Hino P, Santos JO, Rosa AS. People living on the street from the health point of view. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 1):684-92. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547>
22. Cecilio LCO. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro RM, Araujo R. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001. p.113-126.
23. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção *Ciêns Saúde Colet*. 2018;23(3):861-70. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>
24. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciêns Saúde Colet*. 2010;15(Supl. 3):3615-24. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>
25. Borysow IDC, Furtado JP. Access, equity and social cohesion: evaluation of intersectoral strategies for people experiencing homelessness. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48:1069-76. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700015>
26. Oliveira A, Guizardi FL. A construção da política para inclusão de pessoas em situação de rua: avanços e desafios da intersetorialidade nas políticas de saúde e assistência social. *Saúde Soc*. 2020;29(3). <https://doi.org/e190650.10.1590/S0104-12902020190650>
27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2021 Jun 27]. 64 p. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf
28. Lima AFS, Almeida LWS, Costa LMC, Marques ES, Lima Junior MCF, Rocha KRSL. Recognizing the risks in the work of Street Medical Consultations: a participative process. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03495. <http://doi.org/10.1590/S1980-220X2018022603495>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c04>

INCORPORAÇÃO DE SABERES DE ADOLESCENTES DE COMUNIDADE QUILOMBOLA EM MATERIAL EDUCATIVO SOBRE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Amanda Braga Mendes¹

ORCID: 0000-0002-4145-4493

Adriana Nunes Moraes-Partelli¹

ORCID: 0000-0001-9978-2994

Luciana de Cássia Nunes Nascimento¹

ORCID: 0000-0003-4947-5480

Marta Pereira Coelho¹

ORCID: 0000-0002-2046-6954

Paula de Souza Silva Freitas¹

ORCID: 0000-0001-9066-3286

¹Universidade Federal do Espírito Santo.
Espírito Santo, Brasil.

Autora Correspondente:

 Adriana Nunes Moraes-Partelli
adrianamoraes@hotmail.com

Como citar:

Mendes AB, Moraes-Partelli AN, Nascimento LCN, Coelho MP, Freitas PSS. Incorporação de saberes de adolescentes de comunidade quilombola na produção de roteiro de material educativo sobre gravidez na adolescência. In: Souza ES, Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 2. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 25-33 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c04>

Revisora: Renata Moura Bubadué.
Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires.
Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.

INTRODUÇÃO

A adolescência é um período complexo e dinâmico do ponto de vista físico, social e emocional na vida do ser humano. É nesse período, entre a infância e a fase adulta, que ocorrem diversas modificações físicas e instabilidade emocional, além da inserção social, profissional e econômica na sociedade⁽¹⁾.

Essa fase de transição e de vulnerabilidade requer dos profissionais de saúde um olhar sensível para que a promoção e educação em saúde sejam voltadas às reais necessidades do indivíduo, levando em consideração o meio cultural e social em que está inserido⁽²⁾.

O público adolescente carece de cuidados preventivos em relação à saúde reprodutiva. A iniciação sexual tem sido cada vez mais precoce, contribuindo para elevar a preocupação com a saúde desse grupo vulnerável, principalmente os adolescentes de baixa escolaridade e menores de idade, cujo acesso ao conhecimento sobre os métodos contraceptivos está disponível gratuitamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁽³⁾ os quais, se utilizados adequadamente, podem evitar Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e a gravidez não planejada⁽⁴⁾.

A gravidez na adolescência é considerada um acontecimento precoce e, na maior parte das vezes, não é planejada, ocasionando sérias implicações para o menino e a menina, como o afastamento da vida escolar, riscos para a saúde da mãe e para o feto, conflitos com a própria família e, além disso, os sonhos desses adolescentes acabam adiados ou abdicados. Os sentimentos de solidão, medo, angústia e preocupações podem surgir em consequência da gestação não planejada na adolescência⁽⁵⁾.

Em relação aos fatores que contribuem para o aumento da gravidez não planejada na adolescência, destacam-se questões sociais, econômicas, familiares, de gênero, culturais e de educação⁽⁵⁾ e as dificuldades de acesso a programas de planejamento familiar⁽⁶⁾.



Porém, o desfecho da gravidez não planejada na adolescência não é igualitário e equânime. Estudos e evidências científicas disponíveis demonstram que jovens residentes no meio urbano e de raça branca possuem acesso facilitado ao serviço de saúde e à informação⁽⁷⁾, o que deixa de fora os residentes no meio rural e os negros, que são maioria (54% é de pretos ou pardos), segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁽⁸⁾. O Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil relata a diminuição da qualidade e da expectativa de vida da população negra e menor acesso a serviços de saúde, sobretudo entre jovens negros, quando comparados ao restante da população.

Em consonância com a realidade supracitada, evidências científicas apontam que as desigualdades raciais interferem diretamente na saúde reprodutiva de jovens do sexo feminino e no acesso a serviços de atenção à saúde⁽⁹⁾. Portanto, é fundamental conhecer melhor esse público, uma vez que a saúde da população negra e das comunidades tradicionais é uma das temáticas que compõe a Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde⁽¹⁰⁾, devido às suas singularidades e à necessidade de prevenção dos agravos.

Em pesquisa realizada no Norte do Espírito Santo com objetivo de compreender a percepção de adolescentes residentes em comunidade Quilombola quanto à gravidez não planejada e suas repercussões na vida em comunidade, evidenciou-se que a vida rural na comunidade Quilombola apresenta aspectos próprios. A gravidez não planejada na adolescência apresenta repercussões; porém, não é encarada pelos adolescentes que participaram da pesquisa como um problema, mas como uma fase de transição da vida, marcada pelo abandono dos estudos, aquisição de emprego, união estável e aquisição de responsabilidades que necessitam do apoio das famílias⁽¹¹⁾.

Essa pesquisa também gerou um banco de dados com as narrativas dos adolescentes quilombolas que podem ser utilizados para promover educação em saúde de forma problematizadora, lúdica, criativa e sensível no formato de material educativo. A realização de práticas educativas utilizando a concepção problematizadora pode ser um meio de contribuição importante para atender as necessidades de saúde das pessoas. Essa concepção possibilita que a população se torne consciente do seu papel na sociedade e busque autonomia para a resolução dos problemas e permite que os educandos passem de uma fase em que atuam somente como receptores de informações para um estágio crítico do processo educacional. Assim, a etapa de ensino-aprendizagem deve ser uma troca entre o educador e educando através de um processo dialógico que se dá numa realidade vivida⁽¹²⁾.

Desde o final do século XX, cada vez mais estudos têm demonstrado o uso de tecnologias educacionais para o cuidado da vida e saúde de pessoas, grupos e comunidades, pois a tecnologia apresenta o potencial de educar e trazer a consciência do empoderamento do cuidar^(2,11,13).

Dessa forma, este estudo tem como objetivo descrever a metodologia que uniu os saberes da cultura local com saberes científicos na produção de uma tecnologia educacional em saúde com a temática gravidez não planejada.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, com foco na produção de uma tecnologia leve-dura (material educativo) criativa e reflexiva, baseado em concepções freirianas⁽¹²⁾. Diante disso, considera-se que produzir um material educativo direcionado aos adolescentes, tomando por base as suas vivências e experiências, consiste em respeito ético, além de refletir em compromisso social. O produto gerado a partir de sua narrativa (banco de dados de pesquisa anterior, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com CAAE: 99138718.1.0000.5063), com suas demandas por acesso ao conhecimento, pode ajudá-los na reflexão e escolha do melhor momento para planejar uma gravidez.

A população a ser atendida pelo material educativo é o adolescente, principalmente de comunidade Quilombola.



O presente estudo foi desenvolvido mediante duas etapas: revisão da literatura e elaboração do roteiro (*storyboard*). A revisão da literatura consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos. O propósito inicial desse método de pesquisa é obter um profundo entendimento sobre um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores⁽¹⁴⁾. A revisão da literatura foi realizada para aprofundamento científico sobre as temáticas narradas pelos adolescentes: 1- Repercussão da gravidez para os adolescentes na Comunidade Quilombola; 2- Direitos da gestante na comunidade; e 3- Comportamento das famílias e dos adolescentes diante da gravidez na comunidade Quilombola. Para complementar as informações científicas que seriam incorporadas ao material educativo, foi realizada consulta em quatro manuais do Ministério da Saúde⁽¹⁵⁻¹⁸⁾ e no Estatuto da Criança e do Adolescente⁽¹⁹⁾.

A utilização de roteiros, também chamados de *storyboard*, é uma etapa de pré-produção que apresenta imagens do ambiente onde a história se passa, das personagens e narrativas, apresentados em quadros de tal forma que organize o material. Os roteiros são utilizados para escrita de cenas de filmes, de peça teatral, quadrinhos em rádio e histórias em quadrinhos⁽²⁰⁾. Para nortear a elaboração do roteiro do material educativo, foram utilizadas as considerações descritas por Almeida (2017)⁽²¹⁾. Assim, estabeleceu-se a temática gravidez não planejada com abordagem para adolescentes de comunidade quilombola, empregando um roteiro de material educativo escrito no formato de diário. Esse material foi elaborado utilizando narrativas de adolescentes quilombolas a respeito da gravidez não planejada, respeitando sua cultura e vivências, tendo como embasamento científico os conteúdos encontrados na revisão da literatura.

O formato escolhido para a produção do material educativo foi o livreto. O livreto é um livro pequeno e pode ser produzido em inúmeros formatos e tamanhos. Geralmente o livreto possui o formato A5 ou A6 e contém de 8 a 24 páginas, com capa de papel e acabamento em grampos. Por causa das suas dimensões e tamanhos, os livretos possuem bastante utilidade para a divulgação dos mais diversos conteúdos como manuais de instrução, informativos e livros de histórias curtas e ilustradas⁽²²⁾.

Durante a elaboração do *storyboard* foi realizada uma busca no Google Imagens pelas ilustrações que acompanhariam as narrativas. É importante destacar que essas imagens foram utilizadas como demonstração para o ilustrador e *designer* gráfico do que se pretendia alcançar na ilustração do material educativo.

RESULTADOS

O material elaborado foi um típico diário de uma adolescente, entretanto esse diário aborda a gravidez que ocorreu com sua melhor amiga e as mudanças em sua vida na comunidade Quilombola onde reside, localizada no norte do Estado do Espírito Santo.

O livreto recebeu o título “Diário de uma gravidez na adolescência: o universo Quilombola”, composto por 24 páginas, englobando capa, folha de rosto, apresentação, a história contada no formato de diário, “Você Sabia”, referências e, por fim, a contracapa. A Figura 1 apresenta o *storyboard* provisório com a capa e créditos do material educativo.

Seguindo a etapa de elaboração do *storyboard*, a terceira página traz a apresentação do material e do local que é retratado no material educativo. Dessa forma, a comunidade Quilombola onde o diário é escrito localiza-se em área rural, às margens do rio Cricaré na região conhecida como Sapê do Norte que é a mais antiga do município de São Mateus, fundada em 1822. As famílias que lá residem mantêm algumas tradições que ditam uma forma de vida própria. Já na próxima página, são apresentadas as duas personagens adolescentes (Eshe e Kenyetta). As imagens das personagens foram retiradas do almanaque “Álcool e ritos de adolescentes em uma comunidade Quilombola”, produzido por uma das autoras deste estudo. Já a descrição biográfica é fictícia, inspirada nas informações pessoais contidas no banco de dados da pesquisa anterior. Os nomes das personagens são Africanos. Dessa forma, as personagens apresentam identidade sociocultural compatível com o modo de vida da população residente na comunidade Quilombola Chiumbo (nome fictício) (Figura 2).



Figura 1: Capa e créditos do storyboard provisório “Diário de uma gravidez na adolescência: o universo Quilombola”. São Mateus, ES, 2021



Figura 2: Apresentação e personagens do storyboard provisório “Diário de uma gravidez na adolescência: o universo Quilombola”. São Mateus, ES, 2021

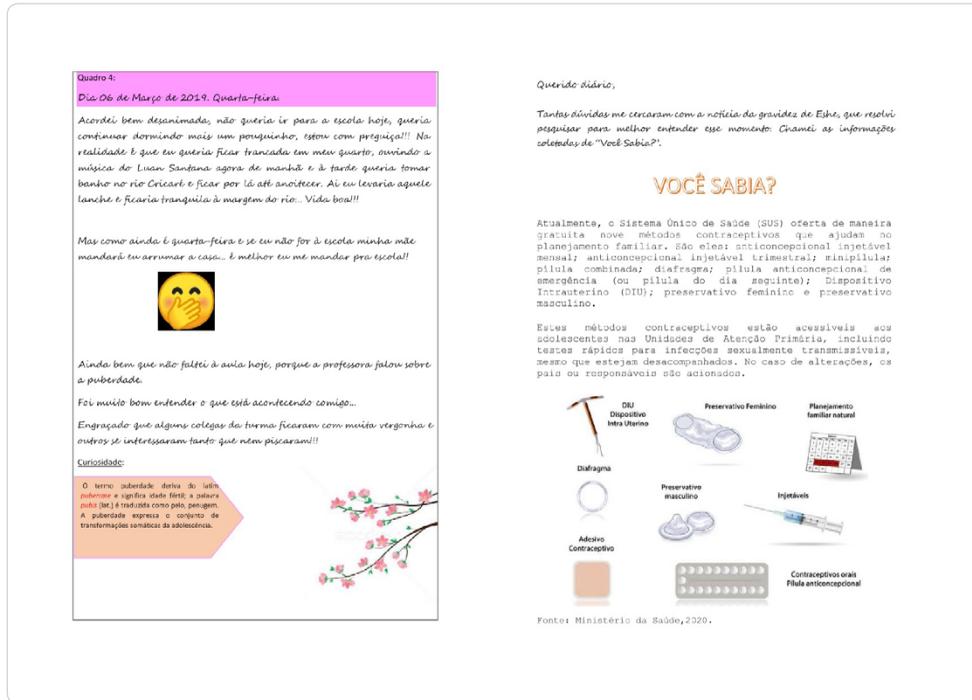


Figura 3: Fragmentos do diário e do "Você Sabia" do storyboard provisório "Diário de uma gravidez na adolescência: o universo Quilombola". São Mateus, ES, 2021

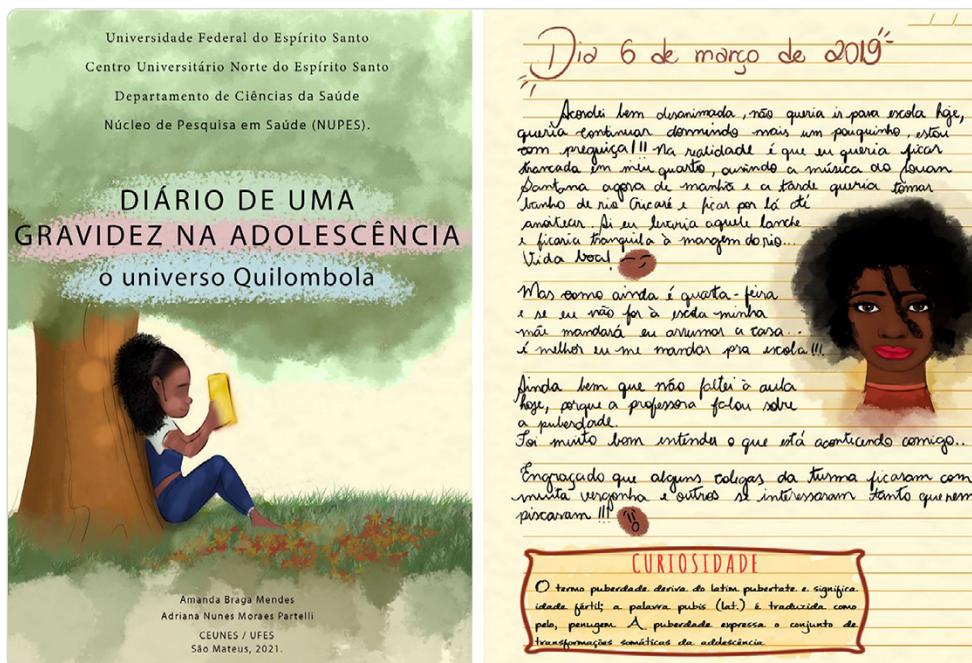


Figura 4: Fragmentos da versão final do "Diário de uma gravidez na adolescência: o universo Quilombola". São Mateus, ES, 2021



Nas demais páginas do livreto, a adolescente dona do diário traz a vivência de uma adolescente que não passou pela experiência da gravidez, mas que acompanhou as mudanças na vida de sua amiga e criticamente as problematizou a cada dia de relato. A cada problema elencado pela personagem, houve a inserção de um quadro intitulado “curiosidades”, apresentando conteúdo científico que foi baseado em conhecimentos disponíveis na literatura, levantados pela revisão integrativa. O formato “Você Sabia” foi inserido no final do livreto como conteúdo científico complementar e mais amplo em relação às curiosidades. Nele, foram abordados os assuntos: métodos contraceptivos, pré-natal e sinais de gestação (Figura 3).

Após finalização do *storyboard*, ele foi entregue a um profissional atuante na área de *design* gráfico que elaborou a versão final do livreto. O livreto foi analisado novamente pelos autores e alterações foram realizadas até a versão final. O material está disponível gratuitamente no formato de *e-book* pelo link <http://repositorio.ufes.br/handle/10/11765> (Figura 4).

DISCUSSÃO

Na produção de material educativo no formato de livreto levou-se em consideração o contexto cultural e o modo de vida de adolescentes residentes em comunidade quilombola, numa relação criativa e de respeito ao vocabulário usado em seu cotidiano. Produzir um material baseado na troca de experiências, de significados, que considere as diferenças, divergências e confrontos entre o saber popular e o científico, foi o aspecto central da produção de um material que, na sua trama de textos e significados, pudesse traduzir a realidade do cotidiano dos adolescentes de uma forma útil, prazerosa, didática, dialógica e esclarecedora em relação à gravidez não planejada.

O diálogo para a elaboração do material, entrelaçado com saberes de adolescentes e saberes científicos, baseados nas ideias de Freire, contribui para que a educação em saúde aconteça de forma crítica, criativa e libertadora, preparando os adolescentes para compreender seu mundo e, dessa forma, conscientemente, eles estarão mais forjados e preparados para desafios, descobertas e possíveis soluções dos problemas⁽¹²⁾.

Para que fosse estabelecido um processo de diálogo autêntico, utilizaram-se duas personagens cuja descrição biográfica é fictícia, inspirada nas informações pessoais dos adolescentes contidas no banco de dados que originou este estudo. Eshe e Kenyetta são as personagens e seus nomes têm origem africana (Eshe significa vida e Kenyetta significa inocente). Dessa forma, as personagens apresentam identidade sociocultural compatível com o modo de vida da população residente na comunidade quilombola Chiumbo. O uso de personagens fictícios é também observado em outros estudos⁽²³⁻²⁵⁾.

Nesse contexto, o uso de personagens fictícios proporciona a criação do saber em saúde de forma compreensível para os adolescentes quilombolas, contribuindo para o entendimento e a inclusão do conhecimento científico de uma maneira lúdica^(12,26).

Na história narrada pela personagem que conta sobre a gravidez que não foi planejada, ocorrida com sua melhor amiga, ficou evidente que as implicações de uma gravidez não planejada na comunidade Quilombola têm impacto na vida da menina, que inicialmente deixa de frequentar a escola devido aos sintomas da gravidez e para comparecer às consultas de pré-natal e posteriormente mudando-se para a casa do pai da criança, localizada em outra comunidade. O impacto na vida dos meninos se relaciona também a ter de abandonar os estudos para trabalhar na roça para o sustento da família. Esses costumes evidenciam o estereótipo de gênero socialmente construído⁽²⁷⁾.

Os papéis sociais são bem definidos na comunidade Quilombola, onde os homens desempenham atividade de agricultura, base da economia rural, e as mulheres possuem maior participação nas tarefas domésticas, prática iniciada ainda na infância e adolescência. Além de estudar e realizar atividades domésticas, elas trabalham na propriedade da família⁽²⁾. Assim, há tendência de os mais novos seguirem o modelo profissional dos pais e/ou de seus ancestrais, estimulados pela família e pelas escolas Família Agrícola, que são as escolas de acesso facilitado aos alunos. Algumas mulheres trabalham também ocasionalmente em atividades agrícolas, pagas por dia trabalhado. Segundo os adolescentes, o trabalho no campo requer esforço físico, considerado de risco e não permitido nessa comunidade; o mesmo ocorre em outras comunidades tradicionais, como a indígena⁽²⁸⁾.



O apoio familiar aos adolescentes que tornam-se pais precocemente é extremamente importante, pois eles estão vivenciando um momento crítico, cheio de incertezas e inseguranças quanto ao que fazer⁽²⁹⁾. A vivência de uma gestação precoce e não planejada é muitas vezes repleta de significativas transformações, com implicações no ambiente familiar, levando a desajuste e impulsionando a família e a adolescente a reorganizarem seus projetos de vida⁽³⁰⁾. As transformações advindas de uma gravidez não planejada podem ser identificadas como um problema para os adolescentes de zona urbana, não quilombolas, que vão iniciar uma família, situação que afetará especialmente a juventude e a possibilidade de elaborar um projeto de vida estável⁽⁴⁾. Porém, para adolescentes de comunidade Quilombola, evidenciou-se que, apesar das repercussões relatadas (responsabilidade, abandono do estudo, aquisição de emprego para sustento da família, união dos adolescentes), as famílias se unem para acolher e apoiar os adolescentes em suas necessidades.

Dessa forma, compreende-se que a vida rural na comunidade Quilombola apresenta aspectos próprios, a identidade de um povo, que permeiam e orientam o cotidiano das famílias. Nesse contexto, a gravidez não planejada na adolescência não é encarada como um problema e sim como uma fase de transição da vida que requer apoio das famílias, pois o costume da comunidade é que as famílias permaneçam vivendo em zona rural para perpetuar seus costumes e tradições. Desse modo, a saída de algum membro é algo considerado raro.

Como conteúdo científico e complementar do livreto, em “Você Sabia?” foram abordados os métodos contraceptivos disponíveis no SUS. Segundo Pereira (2016)⁽³¹⁾, o acesso ao planejamento reprodutivo se constitui dentro do sistema de saúde como um direito básico fundamental para que as mulheres possam desfrutar de uma vida reprodutiva saudável com autonomia e liberdade. Contudo, esse direito tem se restringido a alguns grupos sociais, revelando uma desigualdade quanto à raça/cor/etnia, como o das mulheres quilombolas. Na comunidade do estudo, os moradores enfrentam dificuldades no acesso à Unidade Básica de Saúde devido a parte do trajeto ser realizado em estrada de chão e distância de 12 km da comunidade.

A produção de materiais educativos vem ganhando um considerável espaço no que se refere à educação em saúde da população. Os materiais educativos podem ser classificados como tecnologias educacionais, consideradas ferramentas eficientes no processo de educação em saúde, em especial voltado para o público adolescente, onde tornando promissor o uso e o desenvolvimento de tecnologias voltadas para essa faixa etária. Os estudos afirmam a necessidade desses materiais educativos diante da possibilidade de estímulo da autonomia e tomada de decisão pelos adolescentes^(13,32).

As tecnologias educacionais em saúde por si só já são de extrema importância para todos os públicos, crianças, idosos e jovens. Tal material, voltado para os adolescentes de comunidade quilombola, que é um povo que ainda hoje enfrenta dificuldades e carece de atenção, é altamente relevante. Constitui-se como um material através do qual eles podem se identificar com o que estão lendo, autores da própria história, pois retrata um pouco do seu cotidiano, crenças e modo de vida dos quilombolas, que é totalmente singular quando comparados aos demais adolescentes que moram em área urbana.

Este estudo traz contribuições para a enfermagem e para a saúde, pois outros materiais educativos poderão ser produzidos utilizando a metodologia apresentada.

Este estudo limita-se em relação à disponibilidade do material que, até a presente data e por falta de recursos financeiros para impressão do livreto, está disponível somente no formato *online*, um limitador para os adolescentes residentes em comunidades quilombolas rurais que não possuem ou têm dificuldades de acesso à internet de qualidade. Outra limitação deste estudo é que o livreto educativo não foi validado por juízes/experts, etapa a ser realizada em futuro próximo com a continuação deste estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de um livreto unindo saberes locais de adolescentes e saberes científicos sobre a gravidez não planejada aumenta as possibilidades de discutir e refletir com adolescentes sobre uma temática que



interfere em sua condição de saúde, além de otimizar a educação em saúde necessária à qualidade de vida de todos os envolvidos.

Portanto, o desenvolvimento do livreto educativo responde a uma necessidade de produção de tecnologias educacionais para adolescentes no âmbito da prevenção da gravidez não planejada. Para isso, foram utilizadas estratégias de pesquisa participante baseada em arte que valorizou experiências, significados, divergências e convergências entre o saber popular e o científico, traduzindo a realidade do cotidiano dos adolescentes afro-brasileiros de forma útil, prazerosa e didática.

AGRADECIMENTOS

Aos adolescentes residentes em Comunidade Quilombola que foram fonte inspiradora para a produção do material educativo.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Young people's health - a challenge for society: report of a WHO Study Group on Young People and "Health for All by the Year 2000" [Internet]. 1984 [cited 2021 Jan 18]. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/41720>
2. Partelli ANM, Cabral IE. Stories about alcohol drinking in a quilombola community: participatory methodology for creating and validating a comic book by adolescents. *Texto Contexto Enfermagem*. 2018;26(4):e2820017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002820017>
3. Araújo AKL, Nery IS. Conhecimento sobre contracepção e fatores associados ao planejamento de gravidez na adolescência. *Cogitare Enferm*. 2018;23(2):e55841. <https://doi.org/10.5380/ce.v23i2.55841>
4. Azevedo AEBI. Guia prático de atualização: prevenção da gravidez na adolescência. *Rev Adolesc Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 5];15(Supl. 1):86-94. Available from: https://adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=763&idioma=Portugues
5. Fiedler MW, Araujo A, Souza MCC. The prevention of teenage pregnancy in adolescent's view. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(1):30-37. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000130014>
6. Borges ALV, Santos OA, Nascimento NC, Chofakian CBN, Gomes-Sponholz FA. Preconception health behaviors associated with pregnancy planning status among Brazilian women. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(2):208-16. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200005>
7. Santos NLB, Guimarães DA, Gama CAP. A percepção de mães adolescentes sobre seu processo de gravidez. *Rev Psicol Saúde*. 2016;8(2):83-96. [https://doi.org/10.20435/2177-093X-2016-v8-n2\(07\)](https://doi.org/10.20435/2177-093X-2016-v8-n2(07))
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2014: características da população e dos domicílios [Internet]. 2014 [cited 2020 Jul 31]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html>
9. Cotrim IA, Silva LJ, Souza R. Cenários da saúde da População Negra no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(10):e00143517. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00143517>
10. Ministério da Saúde (BR). Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 22]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf
11. Moraes-Partelli AN, Coelho MP, Freitas PS. Unplanned pregnancy in quilombola communities: perception of adolescents. *Texto Contexto Enfermagem*. 2021;30:e20200109. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0109>
12. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 55a Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2013.
13. Arevian AC, O'Hora J, Jones F, Mango J. Participatory technology development to enhance community resilience. *Ethnic Dis*. 2018;6;28(Suppl 2):493-502. <https://doi.org/10.18865/ed.28.S2.493>
14. Souza ML, Lynn FA, Johnston L, Tavares ECT. Fertility rates and perinatal outcomes of adolescent pregnancies: a retrospective population-based study. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2876. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1820.2876>
15. Ministério da Saúde (BR). *Caderneta da Gestante Secretaria de Atenção à Saúde* [Internet]. Brasília, 4. ed. 2018 [cited 2021 Apr 21]. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf>



16. Ministério da Saúde (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. 2013 [cited 2020 May 22]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf
17. Ministério da Saúde (BR). Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [Internet]. 2017 [cited 2020 May 02]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais [Internet]. 2009 [cited 2020 Mar 22]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf
19. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (BR). Lei nº 8.069, de 13 de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) [Internet]. Brasília: DF: 2020 [cited 2020 Apr 22]. Available from: <http://cedecarj.files.wordpress.com/2020/08/eca-2020-30-anos-versao-internet.pdf>
20. Campos FR. Roteiro de Cinema e Televisão: a arte e a técnica de imaginar, perceber e narrar uma história. Zahar. Rio de Janeiro, 2007.
21. Almeida DM. Elaboração de materiais educativos. Disciplina Ações Educativas na Prática de Enfermagem Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 22]. Available from: [http://pixabay.com/pt/ fotos/ensinar-educa%3%a7%3%a3o-escola-classe-1968076/](http://pixabay.com/pt/fotos/ensinar-educa%3%a7%3%a3o-escola-classe-1968076/)
22. Silveira P. Definições e indefinições do livro de artista. In: A página violada: da ternura à injúria na construção do livro de artista. 2 Ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2008. pp. 25-71.
23. Moura IH, Silva AFR, Rocha AESH, Lima LHO. Construcción y validación de material educativo para prevención de síndrome metabólico en adolescentes. Rev Latino-Am Enfermagem. 2017;25:e2934. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2024.2934>
24. Peuker AC, Lima NB, Freire KM, Oliveira CMM. Construção de um material educativo para a prevenção do câncer de colo do útero. Estud Interdiscip Psicol [Internet]. 2017 [cited 2021 Jun 5];8(2):146-60. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072017000200009
25. Martins RMG, Dias ÍKR, Sobreira CLS, Santana KFS. Development of a booklet for self-care promotion in leprosy. J Nurs UFPE. 2019;13:e239873. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239873>
26. Sehnem GD, Arboit J. Educação em Saúde com o adolescente que vive com HIV/aids: diálogos sobre sexualidade. Social Quest [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 5];23(46):233-56. Available from: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_46_art_10.pdf
27. Balbinotti I. A violência contra a mulher como expressão do Patriarcado e do machismo. Rev Esmesc. 2018;25(31):239-64. <https://doi.org/10.14295/revistadaesmesec.v25i31.p239>
28. Igansi ML, Zatti CA. Gestação: conhecendo a realidade das aldeias indígenas no Brasil. Braz J Surg Clin Res [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 24];23(1):48- 52. Available from: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20180606_085304.pdf
29. Munslinger IM, Silva SM, Bortoli CFC, Guimarães KB. Motherhood from the perspective of teenage mothers. Rev Bras Promoç Saúde [Internet]. 2016 [cited 2021 Jun 4];29(3):357-363. Available from: http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4541/pdf_1
30. Fiedler MW, Araújo A, Souza MCC. The prevention of teenage pregnancy in adolescent's view. Texto Contexto Enferm. 2015;24(1):30-7. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000130014>
31. Pereira COJ, Ferreira SL. Experiências de mulheres quilombolas com planejamento reprodutivo e assistência no período gravídico- puerperal. Rev Feminismos [Internet]. 2016 [cited 2021 Jun 4];4(3):47-61. Available from: <http://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/30198>
32. Teixeira E, organizadora. Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais. Porto Alegre: Moriá; 2017.

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c05>

GEORREFERENCIAMENTO DE IDOSOS QUILOMBOLAS E AS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E SOCIAIS DAS SUAS COMUNIDADES, MARANHÃO, BRASIL

Getúlio Rosa dos Santos Junior¹

ORCID: 0000-0002-8930-4988

Andressa Rayane Viana Barros¹

ORCID: 0000-0003-0782-4179

Isaias Pereira da Silva¹

ORCID: 0000-0002-3506-0738

Izani Gonçalves dos Santos¹

ORCID: 0000-0003-0809-3902

Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira¹

ORCID: 0000-0001-8053-7972

¹Universidade Federal do Maranhão.
 Pinheiro, Maranhão, Brasil.

Autor Correspondente:

 Getúlio Rosa dos Santos Junior
getuliorosa.ufma@gmail.com

Como citar:

Santos Junior GR, Barros ARV, Silva IP, Santos IG, Oliveira BLCA. Georreferenciamento de idosos quilombolas e as características físicas e sociais das suas comunidades, Maranhão, Brasil. In: Souza ES, Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 2. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 34-45 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c05>

 Revisor: Alexandre Vítor de Lima Fonsêca.
 Universidade Federal do Maranhão.
 Pinheiro, Maranhão, Brasil.

APRESENTAÇÃO

As características físicas e sociais dos lugares em que se vive e trabalha definem as condições de vida e saúde de indivíduos e populações, especialmente quando quilombolas. Este estudo realizou o georreferenciamento das residências de idosos quilombolas e das características físicas e sociais das suas comunidades. Foram georreferenciados 231 idosos (≥ 60 anos de idade) e as características físicas e sociais de onze comunidades localizadas no município de Bequimão, Maranhão, Brasil. Utilizou-se o GPS portátil *Garmin* para geolocalizar as redes de serviços de saúde, os locais de uso compartilhado (igrejas, clubes de festas, casa de farinha e etc) e a distribuição das moradias no território. As análises foram realizadas no programa *ArcGIS*® 10.4. Observou-se que os idosos vivem em áreas remotas e com precárias condições sanitárias, sociais e de saúde. Somente uma comunidade possuía Unidade Básica de Saúde. Em alguns casos, a distância do serviço de saúde mais próximo chegou a 24,2 km. Verificou-se a falta de saneamento básico e infraestrutura das ruas e domicílios, sendo a maioria das casas construídas com material inadequado. Verificou-se que os idosos vivem sob elevada privação de infraestrutura sanitária e social, e que estão geograficamente distantes dos serviços sociais e de saúde. Tal situação demanda maior assistência e políticas públicas efetivas e adequadas aos que envelhecem nessa realidade. Também torna ainda mais complexa a atuação dos profissionais de Enfermagem na efetivação do direito constitucional de saúde nos territórios quilombolas.

INTRODUÇÃO

As características físicas e sociais dos lugares em que se vive e trabalha definem as condições de vida e saúde de indivíduos e populações, especialmente quando



quilombolas⁽¹⁻³⁾. Os modos como os territórios quilombolas são organizados ou precarizados pela omissão do Estado, e a interação de seus moradores entre si e com esse ambiente construído, podem afetar a saúde por múltiplos mecanismos⁽⁴⁻⁶⁾. Assim, a análise das propriedades físicas, sociais e de acesso a serviços sociais e de saúde desses espaços torna-se condição fundamental para compreender o processo saúde-cuidado-doença-morte nesses lugares.

Essa questão é particularmente importante no estado do Maranhão, pois pesquisas prévias indicam que as desigualdades sociais na situação geral de vida e saúde são mais adversas nesse estado do que nos demais do Nordeste brasileiro e principalmente, os de todo o país. Já em relação às comunidades quilombolas, são encontradas em todas as regiões do Brasil, mas a grande maioria está no nordeste brasileiro, sobretudo nos estados da Bahia e Maranhão⁽⁷⁻⁹⁾.

Os quilombos representam espaços de resistência e luta por direitos sociais e pela conservação cultural e religiosa. Por isso, são exemplos de formas alternativas de sobrevivência coletiva de ex-escravos que se recusaram a aceitar regras impostas pelo sistema colonial brasileiro racista, e assim, constituem expressão de formas específicas de organização social, de relação com a terra e hábitos de vida e saúde. Nesse sentido, as comunidades quilombolas deixam de ser apenas um objeto de descrição para interpretar certos eventos sociais e de saúde, e passam a ser revistas como produto e fator explicativo das variações em saúde observadas em diferentes contextos de grupos populacionais⁽⁶⁾.

Entre os grupos etários de quilombolas, têm se destacado as adicionais desigualdades que os idosos experimentam nessas comunidades. O envelhecimento nos quilombos se caracteriza por ocorrer em situação de pobreza, elevadas necessidades de saúde, pior qualidade de vida, múltiplo adoecimento crônico e acesso restrito a serviços sociais e de saúde. A histórica exposição a privações socioeconômicas e materiais, acompanhada dos desinvestimentos públicos a que estão submetidos desde o período escravagista, produziu acúmulo de desvantagens sociais e de saúde ao longo de gerações, que se refletem nos indicadores comumente utilizados para se avaliar a saúde física e emocional nos diferentes grupos desses idosos⁽¹⁰⁻¹³⁾.

A situação de saúde dos idosos maranhenses pardos e pretos⁽⁹⁾ e quilombolas⁽¹⁴⁾ tem se mostrado entre as piores do país, com gradiente desfavorável em relação aos brancos. Estudos prévios com idosos quilombolas maranhenses evidenciaram que esses experimentam significativa sobreposição de desigualdades e vulnerabilidades, caracterizadas por condições socioeconômicas precárias e instalações sanitárias domiciliares e comunitárias inadequadas⁽¹³⁾. A maioria dos entrevistados apresentou resultados piores em todas as dimensões da saúde em comparação com outros estudos com idosos no Brasil. Foi elevada a prevalência de autorrelato de estado de saúde negativo, déficit cognitivo, incapacidade funcional, inatividade física no lazer, uso abusivo de álcool e uso de plantas medicinais. As morbidades mais prevalentes foram as doenças cardiovasculares e os distúrbios musculoesqueléticos, que podem estar relacionados ao modo de vida das comunidades quilombolas e ao trabalho agrícola manual, principal fonte de sustento desde a época da escravidão^(13,15,16).

Embora o Maranhão tenha uma das maiores populações rurais e de comunidades quilombolas do Brasil, na literatura disponível não existem estudos contextualizando as características físicas e sociais das comunidades e populações de idosos quilombolas. Logo, a realização desse tipo de análise pode contribuir para avaliar e monitorar o impacto de ações e políticas voltadas para a melhoria das condições de saúde dessa população. Também pode favorecer a compreensão dos profissionais de saúde, especialmente os de enfermagem, sobre as realidades das comunidades quilombolas e as dinâmicas desiguais de organização, oferta e planejamento da atenção aos problemas sociais e de saúde nestes locais. Por isso, pode estimular a atuação destes enfermeiros frente aos desafios na atenção à saúde de grupos de quilombolas em situação de vulnerabilidade.

Portanto, este capítulo apresenta o georreferenciamento e as características físicas e sociais dos idosos quilombolas de onze comunidades localizadas no município de Bequimão, Maranhão, Brasil.



MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico de base domiciliar, que utilizou dados do projeto “*Inquérito populacional sobre as Condições de Vida e Saúde dos Idosos Quilombolas de uma Cidade da Baixada Maranhense*” (Projeto IQIBEQ). O estudo foi realizado em 11 comunidades quilombolas da cidade de Bequimão, Maranhão, oficialmente reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares e pelo Ministério da Cultura conforme Decreto Presidencial de 20 de novembro de 2009.

No primeiro ciclo de coletas, realizado em 2018, 208 idosos participaram do estudo. Além desses, em 2020, vinte e quatro moradores das comunidades alcançaram a idade ≥ 60 anos e assim, passaram a ser incluídos na pesquisa, totalizando uma população final de 232 idosos residentes nas respectivas comunidades: Aripipá, Conceição, Juraraitá, Mafra, Marajá, Pericumã, Santa Rita, Sibéria, Suassuí, Ramal do Quindíua e Rio Grande. Desses, apenas um idoso não teve sua residência georreferenciada devido a dificuldades logísticas de acesso ao seu domicílio, e assim, 231 residências foram geolocalizadas. Todos os idosos foram selecionados a partir da articulação com a Secretaria de Assistência Social do município e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das comunidades. Os ACS realizaram o levantamento prévio e construíram um censo, elaborando listagem nominal com informações do sexo e data de nascimento. A coleta em campo foi realizada durante a semana em horários comerciais do mês de novembro 2019 a janeiro 2020.

Inicialmente, os idosos foram identificados nas comunidades pelos Agentes Comunitários de Saúde e posteriormente foram convidados a participar da pesquisa. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), eles foram informados sobre os objetivos do estudo, garantindo o anonimato dos sujeitos e a liberdade de desistência em qualquer etapa da pesquisa. Em seguida, com apoio das técnicas de georreferenciamento, os idosos e as características físicas e sociais das comunidades foram geolocalizadas através de um *GPS portátil Garmin*. As características físicas e sociais geolocalizadas foram: a rede de serviços de saúde, lazer e recreação, além da distância de cada comunidade para a sede do município.

A marcação de pontos relativos a domicílios e equipamentos da comunidade (estabelecimentos comerciais e de saúde, igreja, campo de futebol etc.) foi obtida de forma individualizada em frente à porta principal dos locais. Simultaneamente à marcação por *GPS*, realizou-se a identificação através de anotações de cada ponto (número e coordenadas geográficas) gerado pelo *GPS* em ordem numérica, a partir de um marcador de início do limite da comunidade (ponto um). As coordenadas foram organizadas em uma planilha eletrônica através do programa *Excel for Windows*® e posteriormente analisadas nos programas cartográficos.

A análise dos dados deu-se através de cinco etapas. Na primeira etapa, foi realizada a correção das coordenadas presentes na planilha eletrônica, haja vista que as coordenadas estavam em graus (esféricas), e foi realizada a conversão para coordenadas planas UTM para que as geolocalizações pudessem ser projetadas nos Documentos Cartográficos. Foram convertidas 231 coordenadas referentes às residências dos idosos, 66 coordenadas dos locais de multiusos e três coordenadas referentes aos serviços de Saúde do Município.

Na segunda etapa, as coordenadas foram inseridas no *SIG ArcGIS 10.4*, permitindo que residências e serviços de saúde fossem representados na forma pontual sobre a *Shapefile* do Município de Bequimão, tendo como base a fonte do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

Na terceira etapa, as coordenadas foram inseridas no *ArcGIS*® junto com a *Shapefile* do município, permitindo a produção do documento cartográfico com os respectivos elementos: legenda, *Grid*, Título, Norte Geográfico, escala gráfica, *DATUM* e a fonte das informações. A mesma técnica foi realizada para representar os locais de multiuso e dos serviços de saúde.

Na quarta etapa, aplicou-se a técnica de *kernel*, cujo objetivo foi identificar as áreas que tinham baixa, média e alta densidade das residências dos quilombolas. Na última, foi produzido o Mapa de Distância linear, com rotas traçadas via *Google Earth Pro*. As rotas partiram das comunidades até os serviços de saúde como o Hospital, Centro de Saúde e Unidade Básica de Saúde (UBS). Para os idosos em estudo, foram estimadas três medidas de saúde: prevalência de pelo menos uma doença crônica (segundo diagnóstico atribuído por profissional de



saúde, entre elas: hipertensão arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, doença do coração, angina, infarto, insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico, asma, bronquite, artrite, reumatismo, problema de coluna, doença ortopédica por esforço repetitivo, depressão, doença pulmonar, câncer e insuficiência renal), incapacidade funcional para as Atividades de Vida Diária e autoavaliação negativa de saúde (regular/ruim/muito ruim).

Esta investigação obedeceu aos princípios éticos básicos para a pesquisa envolvendo seres humanos no contexto brasileiro estabelecidos pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário – (Universidade Federal do Maranhão- UFMA) com o parecer favorável e consubstanciado 2.476.488/2018.

RESULTADOS

A cidade de Bequimão está inserida na mesorregião norte e microrregião da Baixada Ocidental Maranhense, com uma área total de 761,49 km². Estima-se que a população seja composta por cerca de 21.260 habitantes, dos quais 67,5% residem na zona rural e uma parcela considerável é idosa⁽¹⁷⁾. Para cada comunidade, foi desenvolvida uma delimitação geográfica contendo listas de domicílios com identificação visual e a respectiva correspondência geográfica, além da descrição das comunidades em que residem os idosos participantes do Projeto de Pesquisa “Saúde e Vida do Idoso Quilombola”, com representação da distribuição geográfica das comunidades no território, locais de lazer e recreação e distância linear para os serviços de saúde.

Na figura 1, observa-se as comunidades e residências dos idosos quilombolas do município de Bequimão/MA. Foi realizada a técnica de circuncisão das residências para facilitar a visualização e delimitar as áreas pertencentes de cada comunidade, sendo possível identificar as respectivas onze comunidades quilombolas: (Marajá, Pericumã, Sibéria, Ariquipá, Rio Grande, Maфра, Santa Rita, Ramal do Quindíua, Conceição e Suassuí). Ademais, percebeu-se que as comunidades se localizavam por quase todo o território do município de Bequimão (na zona rural), com exceção da área sul do município, onde não foram identificadas comunidades já reconhecidas como de quilombolas. Para a população idosa das comunidades em estudo ter acesso aos serviços de saúde ofertados no centro (sede) da cidade, a menor distância a ser percorrida foi de 8,13 km (Conceição) e a maior foi 24,2 km (Pericumã). A comunidade quilombola que apresentou maior área territorial foi *Ramal do Quindíua*, seguido de *Ariquipá*, e a menor foi a de *Suassuí*.

O mapa 2, mostra a distância linear das comunidades quilombolas em relação ao Centro de Saúde, Hospital Municipal e Unidade Básica de Saúde. É possível observar a má distribuição dos serviços de saúde no município de Bequimão em relação às comunidades quilombolas. Grande parte dos serviços de saúde está a mais de 8,0 km de distância linear das comunidades quilombolas, com exceção da comunidade *Conceição*. Presume-se, portanto, que o baixo nível socioeconômico associado ao isolamento geográfico das comunidades quilombolas são empecilhos para a melhoria das condições de vida e assistência à saúde dos idosos.

O quadro 1 apresenta o número e a proporção de idosos, a distância linear das comunidades quilombolas até os serviços de saúde e os indicadores de saúde dos idosos quilombolas. Entre as onze comunidades, a que concentra a maior proporção de idosos é a Ariquipá (19,0%), seguida das comunidades Ramal do Quindíua (15,1%) e Rio Grande (15,1%). Já as com menor número foram Sibéria (n=4) e Suassuí (n=5). Entre as medidas de saúde avaliadas, verificou-se elevada prevalência de doenças crônicas e de autoavaliação negativa de saúde. Com exceção da comunidade Sibéria, as demais comunidades variaram na prevalência de doenças crônicas de 20,0% em Suassuí a 90,5% em Juraraitá e Pericumã. Já a avaliação negativa da própria saúde variou de 25% em Maфра a 100,0% em Conceição. Por sua vez, a incapacidade funcional apresentou menores prevalências que os demais indicadores. Em duas comunidades (Sibéria e Suassuí), não foi identificada incapacidade entre seus idosos, enquanto a comunidade Santa Rita apresentou a maior prevalência (40,0%). Tomando como exemplo a comunidade Pericumã, observou-se grande concentração de idosos, e uma distância de 24 km até o centro de saúde, 20,8 km até o Hospital Municipal e 35,5 km até a Unidade Básica de Saúde (UBS). Evidencia-se, portanto, a falta de UBS próximas da realidade desses idosos e sua dificuldade de obter acesso aos serviços de saúde mais essenciais, como os de Atenção Primária à Saúde (APS) (Quadro 1).



COMUNIDADES E RESIDÊNCIAS DE IDOSOS QUILOMBOLAS DE BEQUIMÃO Bequimão, Maranhão, Brasil 2020

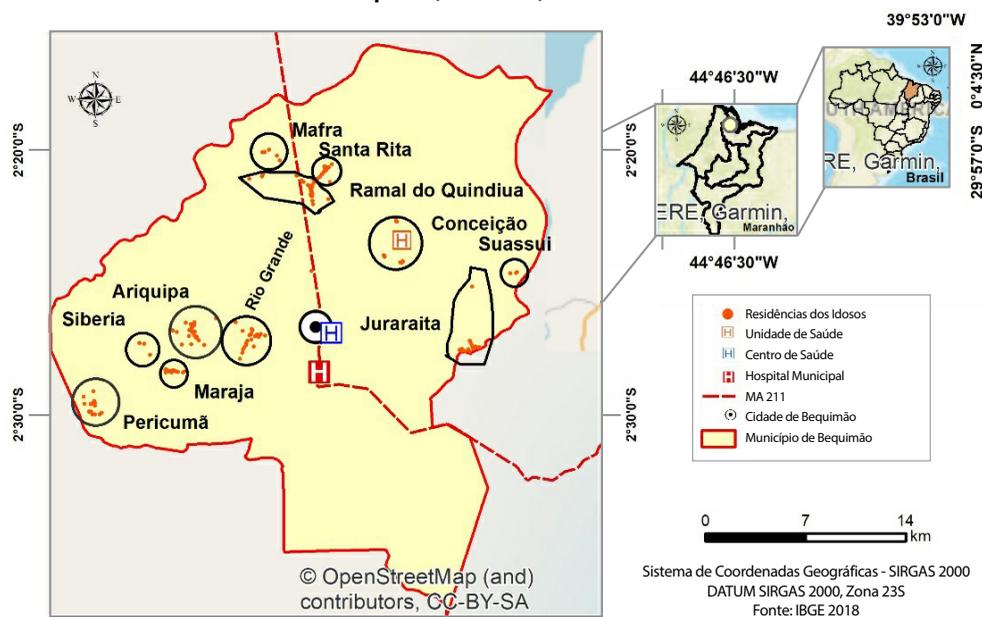


Figura 1: Georreferenciamento das comunidades e residências dos idosos quilombolas, Projeto IQUEBEq de Bequimão, Maranhão, Brasil 2020

Quadro 1: Distância linear das comunidades quilombolas para serviços de saúde e indicadores de saúde de idosos quilombolas, Projeto IQUEBEq de Bequimão, Maranhão, Brasil, 2020.

Comunidades	Idosos		Distância Linear para (em km)			Prevalência (%)		
	n	%	Centro de Saúde	Hospital Municipal	Unidade Básica de Saúde	Doenças crônicas	Incapacidade funcional	Autoavaliação negativa do estado de saúde
Ariquipá	44	19,0	19,5	15,0	28,2	76,7	7,0	51,2
Conceição	11	4,7	8,13	10,9	0,0	100,0	12,5	100,0
Juraraitá	22	9,5	16,4	15,3	26,0	90,5	14,3	71,4
Mafra	10	4,3	8,4	19,8	26,4	75,0	25,0	25,0
Marajá	20	8,6	14,0	11,2	24,3	87,8	5,5	55,6
Pericumã	24	10,3	24,2	20,8	33,5	90,5	23,8	81,0
Ramal do Quindiu	35	15,1	10,0	13,4	20,4	72,4	3,4	37,9
Rio Grande	35	15,1	12,0	9,5	21,8	84,9	6,1	51,5
Santa Rita	22	9,5	17,5	19,9	24,3	85,0	40,0	65,0
Sibéria	4	1,7	19,7	16,0	29,1	0,0	0,0	100,0
Suassuí	5	2,2	10,2	12,7	3,0	20,0	0,0	40,0
Total ¹	232	100,0	---	---	--	80,3	12,3	56,9

Notas: 1- Neste quadro, foram apresentados os dados de todos os idosos avaliados na pesquisa (n=232), por isso a diferença em relação ao número de domicílios de idosos georreferenciados (n=231).



DISTÂNCIA LINEAR DAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS PARA O CENTRO DE SAÚDE Bequimão, Maranhão, Brasil 2020

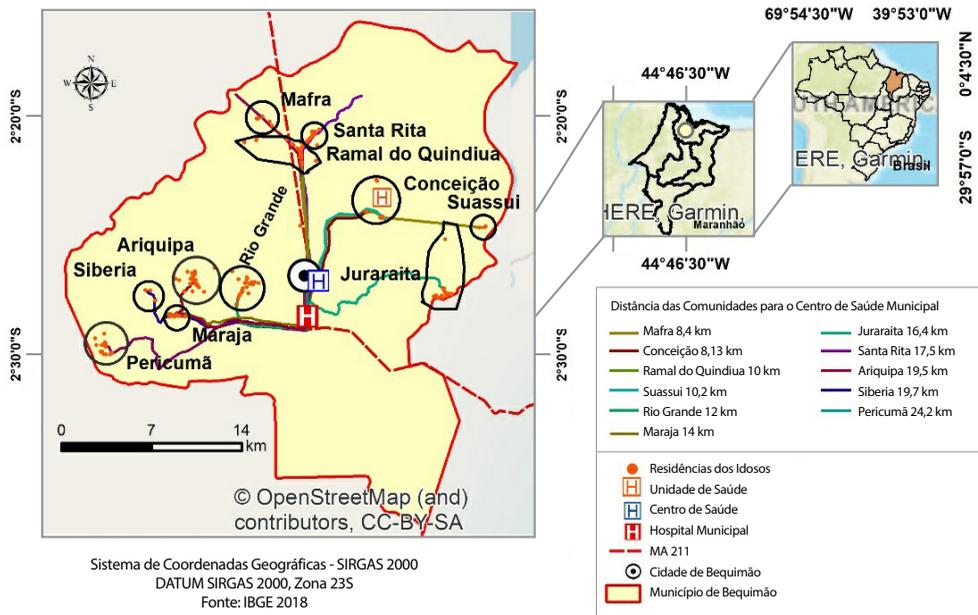


Figura 2: Distância linear das comunidades quilombolas para o Centro de Saúde de idosos quilombolas, Projeto IQUEBEq de Bequimão, Maranhão, Brasil, 2020.

A figura 3 retrata os locais de uso compartilhado nas comunidades. Foram identificadas igrejas católica e evangélica, escolas de ensino fundamental e casas de farinha de mandioca. A maioria das comunidades possui uma sede social denominada “*Associação dos moradores*”, local que serve para encontros, como reuniões e festas dançantes. Em grande parte das comunidades, observou-se a presença de bares que servem para encontros nos finais de semana.

A infraestrutura das comunidades é precária. As ruas não possuem pavimentação, apresentando buracos e poças d’água, o que dificulta a locomoção no período chuvoso. Em relação aos domicílios, a maioria das casas visitadas e georreferenciadas tinham sua construção de paredes, telhado e piso realizados conjuntamente com materiais de construção inadequados (argila, palha, madeira reaproveitada, sobras de material de construção). A forma de abastecimento de água mais comum era o poço ou nascente localizado na própria propriedade. Isso revela a desigualdade no acesso aos serviços de saneamento nas comunidades. Somente a comunidade *Conceição* possuía uma praça pública e uma UBS (Figura 3).

Na figura 4, observou-se que grande parte das comunidades apresenta densidade variando de 10 a 24 residências de idosos por 1,0 km². As comunidades de Pericumã, Marajá, Rio Grande, Ariquipá, Juraraitá, Santa Rita e Ramal do Quindiuá foram as que apresentaram taxa de concentração de idosos de média a alta. Já as comunidades Sibéria, Conceição, Suassui e Mafra estiveram entre três a 10 residências por 1,0 km² ficando, portanto, com uma taxa de concentração de idosos de baixa a média. Em relação à disposição das moradias no território, as comunidades que apresentaram baixa densidade possuem um distanciamento entre os domicílios que chega em média a 1 km². Esses dados sugerem que esses idosos vivem em relativo isolamento, o que pode reduzir o compartilhamento de suas experiências no cotidiano.



LOCAIS DE USO COMPARTILHADO NAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE BEQUIMÃO Bequimão, Maranhão, Brasil 2020

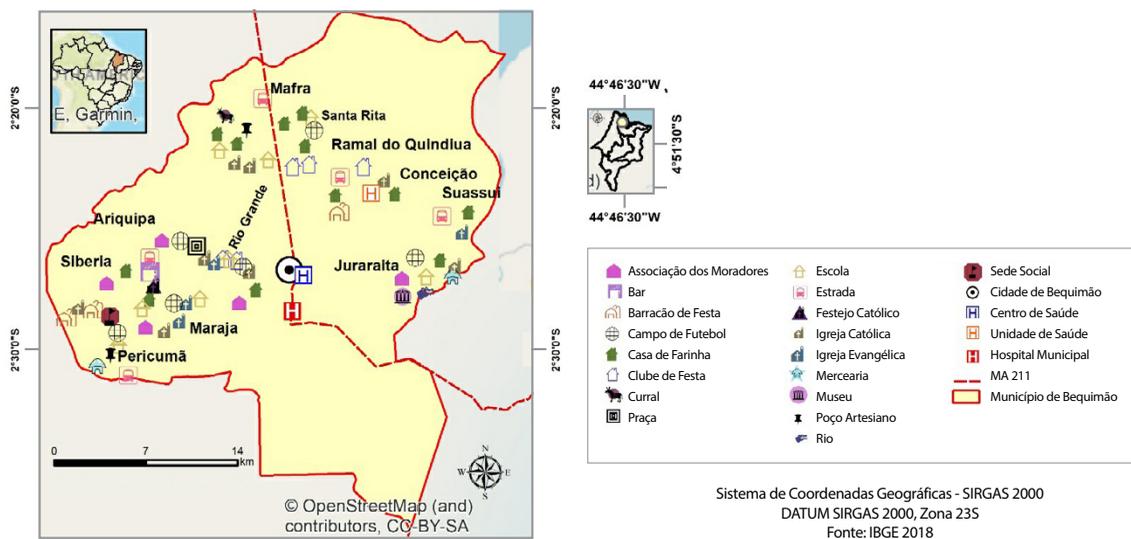


Figura 3: Locais de uso compartilhado por idosos nas comunidades quilombolas, Projeto IQUEBEq de Bequimão, Maranhão, Brasil, 2020

DENSIDADE DE KERNEL DAS RESIDÊNCIAS DOS IDOSOS DAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS Bequimão, Maranhão, Brasil 2020

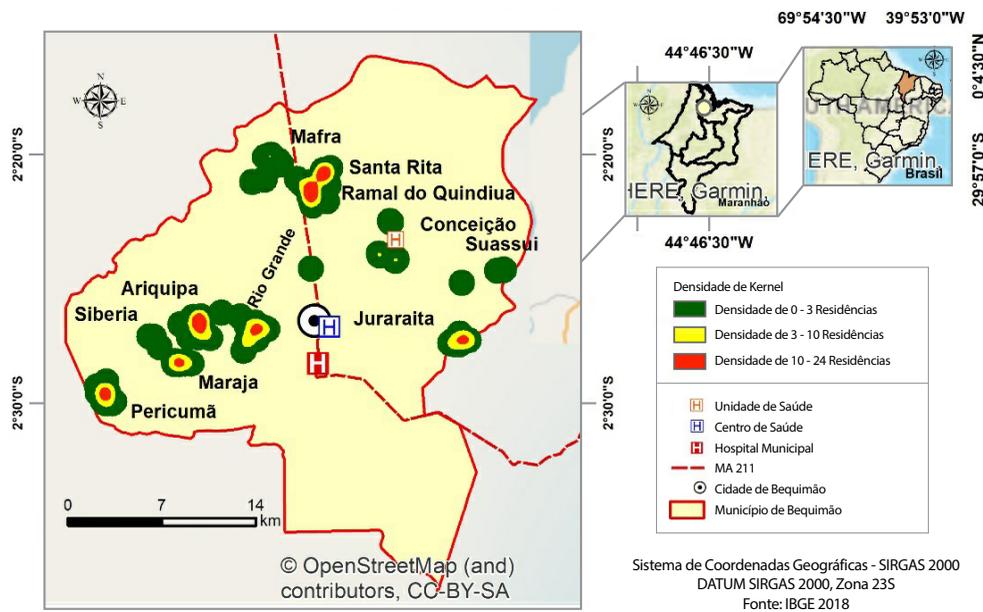


Figura 4: Densidade de Kernel das residências dos idosos das comunidades quilombolas, Bequimão, Maranhão, Brasil 2020



DISCUSSÃO

Os resultados apontaram que os idosos quilombolas vivem sob elevada privação de infraestrutura sanitária e social, e estão geograficamente distantes da oferta de serviços sociais e de saúde. Tal situação demanda maior assistência e políticas públicas mais efetivas e adequadas aos que envelhecem nessa realidade. Também torna ainda mais complexa a atuação dos profissionais de Enfermagem a fim de efetivar o direito constitucional de saúde em áreas remotas como os territórios quilombolas.

Estima-se que no Brasil haja cerca de 1,17 milhões de indivíduos remanescentes de quilombolas. A diversidade dessas comunidades nos mostra que a identidade desse povo está relacionada à sua posição geográfica e social⁽¹¹⁾. A região Nordeste se destaca com 62% das comunidades quilombolas de todo território nacional, o que pode ser justificado pelo processo de colonização do Brasil, em que foi utilizada a mão de obra escrava nessa região⁽¹⁸⁾. A maioria encontra-se no Maranhão, Bahia, Pará, Minas Gerais e Pernambuco. Estima-se a existência de mais de 10.000 pequenas comunidades remanescentes de quilombo localizadas em zonas rurais do país, à espera de reconhecimento pelo Estado brasileiro⁽¹⁹⁾. Logo, a realidade aqui observada pode ser ainda mais extensa.

Os quilombolas encontram fatores que dificultam o bom desenvolvimento de sua saúde, como o baixo poder econômico, associado ao isolamento geográfico e baixas condições de vida e moradia⁽²⁰⁾. A dificuldade de acesso a serviços de saúde foi por muito tempo e ainda é, pauta de discussões e movimentos que lutavam pela criação de políticas públicas para a população negra e quilombola. Surge então a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2007⁽²¹⁾. Para além do acesso, é de suma importância que as pessoas quilombolas possuam renda, tempo e informações para chegar aos serviços e deles poderem usufruir.

O estudo em tela evidenciou que as comunidades se localizavam por quase todo o território do município de Bequimão, mas todas na zona rural. Embora desenvolvam atividades de cultivo e extração, de acordo com as atividades da região onde estão inseridas, tais comunidades tendem a estar em isolamento geográfico e social, o que aumenta as desigualdades sociais existentes⁽²²⁾. Entre essas comunidades, a com menor distância a ser percorrida até o centro (sede) da cidade de Bequimão foi de 8,13 km e a com maior foi 24,2 km. Assim, apesar de uma delas estar próxima ao centro urbano, ainda se localizam a uma distância considerável, limitando o acesso aos serviços básicos pelos idosos que já apresentam limitações físicas e morbidades crônicas, tal como os idosos avaliados.

A maior parte dos serviços de saúde está a mais de 8,0 km de distância linear das comunidades quilombolas, com exceção da comunidade Conceição. Tomando como exemplo a comunidade Pericumã, estudada nesta pesquisa, observou-se grande concentração de idosos e localizados a uma distância de 24 km até o centro de saúde, 20,8 km até o Hospital Municipal e 35,5 km até UBS. Na resolução nº 16, de 30 de março de 2017, é evidente que a elaboração de projetos e ações de saúde voltados a esse público deve ter com o objetivo qualificar e fortalecer o acesso aos serviços de atenção primária em saúde em tempo adequado para o atendimento das necessidades de saúde⁽²³⁾. Apesar dos avanços, a desigualdade vista entre povos quilombolas ainda é presente e torna-se ainda mais preocupantes quando se trata de pessoas idosas, pois a velhice por si só já traz maior vulnerabilidade. Contudo, a transição epidemiológica que vem acontecendo nas comunidades quilombolas é notória, com uma maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, incluindo a hipertensão e diabetes⁽²⁴⁻²⁵⁾. Neste estudo, foi identificada elevada prevalência de doenças crônicas, assim como de autoavaliação negativa de saúde. As comunidades de Juraraitá e Pericumã apresentaram prevalência de 90,5% para doenças crônicas.

Por isso, é necessário avaliar o estado de vida dessa população. Um estudo observacional que objetivou avaliar a Qualidade de Vida (QV) dos idosos quilombolas no Maranhão, mostrou que a situação dessa população é vulnerável e fatores psicológicos influenciaram a QV⁽¹⁵⁾. Uma pesquisa que buscou ofertar aos idosos



quilombolas um espaço terapêutico de escuta e partilha de sofrimentos e descobertas, destacou que as histórias de vida relatadas foram marcadas pelos temas da luta pela terra, acesso à moradia, saúde, educação, geração de emprego e renda, além de sofrimentos atrelados à preocupação com doenças⁽²⁶⁾.

Em outro estudo, os entrevistados enfatizaram a necessidade de uma Unidade de Saúde da Família Quilombola local⁽²⁷⁾. No estudo desenvolvido por Silva e seus colaboradores(2020)⁽²⁸⁾, foi identificada elevada frequência de fatores de risco cardiovasculares nos idosos quilombolas, com destaque para hipertensão arterial e glicemia capilar elevada, apontando a necessidade de melhoria de acesso aos serviços de saúde.

A dificuldade no acesso à saúde é muito bem elucidada na literatura e demonstra uma subutilização de serviços básicos pelos quilombolas⁽²⁹⁾, assim como dificuldade e/ou impossibilidade no acesso aos demais níveis de complexidade de assistência. Os fatores atuantes são diversos, incluindo a distância dos centros urbanos; a falta de serviços por via terrestre e fluvial; custos financeiros; e a inadequação aos hábitos e costumes afrodescendentes⁽³⁰⁾. A manutenção do estado de saúde da população está atrelada a ações ofertadas por serviços e políticas públicas relativas a emprego, renda, previdência, educação, alimentação, ambiente, saúde e lazer. A garantia do direito à saúde e a ampliação de seu acesso necessita de políticas intersetoriais capazes de enfrentar as situações de desigualdades⁽³¹⁾.

Estas questões relacionadas ao acesso às políticas públicas, especialmente as de saúde, por populações de idosos quilombolas, precisam ser mais estimuladas, pois ainda são uma pauta recente. Estudo multicêntrico realizado em cinco Regiões de Saúde verificou que as barreiras de acesso envolvem a localização e tempo gasto no trajeto, a disponibilidade e insuficiência de médicos e tempo de espera prolongado. As Regiões de Saúde situadas no Sul e Sudeste do país registraram menor quantidade e diversidade de barreiras, revelando a persistência de desigualdades regionais⁽³²⁾.

Além das questões de acesso aos centros urbanos e aos serviços de saúde, foi observado que as comunidades estudadas possuem uma infraestrutura precária. As ruas não possuem pavimentação, apresentando buracos e poças d'água, pioradas no período chuvoso. As casas também apresentam baixa qualidade, construídas com materiais inadequados. A forma de abastecimento de água mais comum era o poço ou nascente. Tais dados tornam evidentes as falhas em saneamento básico, planejamento e gestão das comunidades, por falta de investimento e validação governamental.

A partir do exposto, nota-se urgente necessidade de investimento em projetos e ações específicas que considerem as particularidades das comunidades quilombolas. Essas ações devem permear os aspectos de saúde, infraestrutura e de saneamento básico. Deve-se levar em conta o isolamento social e geográfico causado pelas longas distâncias das comunidades em relação aos centros urbanos, assim como avaliar a disposição de UBS mais próximas ou inseridas nessas comunidades, a fim de se potencializar as contribuições dos profissionais de saúde da família na busca de uma assistência integral à saúde de maior qualidade.

CONCLUSÃO

A utilização de técnicas de análise espacial por meio do geoprocessamento de dados individuais e contextuais tem despertado muito interesse ao setor saúde, uma vez que permite ter uma visão abrangente da saúde dos indivíduos no contexto social, histórico, político, cultural e ambiental em que estão inseridos. Na presente investigação, percebeu-se que as respectivas comunidades quilombolas necessitam de infraestrutura física e sanitária, e da implementação de políticas de acesso aos serviços sociais e de saúde, uma vez que os idosos vivem em precária disponibilidade de equipamentos sociais, de saúde e de lazer.

A realização do georreferenciamento das comunidades quilombolas ofereceu grandes possibilidades, dentre elas a aplicação de um método inovador de manejo de informações, tornando-se uma relevante ferramenta de integração de informações diversas, as quais poderão proporcionar uma visão ampliada da situação de saúde-doença no espaço, de forma a conceder uma cadeia explicativa dos problemas identificados



no território e orientar a tomada de decisões pelos gestores municipais e seus profissionais de saúde, especialmente os de enfermagem.

Espera-se que este estudo possa auxiliar os gestores e as equipes de saúde municipal na gestão dos dados territoriais e no planejamento de ações de saúde mais próximas à realidade dos idosos quilombolas. Espera-se também que possa mostrar os desafios enfrentados por profissionais de enfermagem que precisam atuar nas comunidades quilombolas, muitas vezes sem formação, qualificação e remuneração condizentes com as realidades que vivenciam.

AGRADECIMENTOS

Aos idosos das comunidades quilombolas que participaram da pesquisa e às lideranças comunitárias. A Prefeitura Municipal de Bequimão, juntamente com a Secretaria de Assistência Social, as equipes da Estratégia da Família, e a UFMA pelo apoio logístico.

FINANCIAMENTO

Este projeto foi parcialmente financiado pela Fundação de Pesquisa do Estado Maranhão (FAPEMA, Edital universal), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, Edital universal) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), Código de Financiamento 001, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFMA.

REFERÊNCIAS

1. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab Educ Saúde*. 2010;8(3):387–406. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>
2. Zank S, Ávila JVC, Hanazaki N. Compreendendo a relação entre saúde do ambiente e saúde humana em comunidades Quilombolas de Santa Catarina. *Rev Bras Plantas Med*. 2016;18(1):157–67. https://doi.org/10.1590/1983-084X/15_142
3. Almeida CB, Santos AS, Vilela ABA, Casotti CA. Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira. *Av Enfermeria*. 2019;37(1):92–103. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.69141>
4. Ompad DC, Galea S, Caiaffa WT, Vlahov D. Social determinants of the health of urban populations: methodologic considerations. *J Urban Health*. 2007;84(suppl 3):42–53. <https://doi.org/10.1007/s11524-007-9168-4>
5. Caiaffa WT, Ferreira FR, Ferreira AD, Oliveira CDL, Camargos VP, Proietti FA. Saúde Urbana: “a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã devora”. *Cien Saude Colet*. 2008;13(6):1785–96. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000600013>
6. Nogueira H. Os lugares e a saúde [Internet]. Coimbra: 2008. 240 p. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-0454-1>
7. Oliveira BLCA, Silva AM, Cunha CLF, Thomaz EBAF. Desigualdades econômicas, demográficas e em saúde no nordeste brasileiro. *Rev Pesq Saúde* [Internet]. 2013 [cited 2021 Jul 20];14(3):150–5. Available from: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/2789/4070>
8. Oliveira BLCA de; Thomaz EBAF, Silva. The association between skin color/race and health indicators in elderly Brazilians: a study based on the Brazilian National Household Sample Survey (2008). *Cad Saúde Pública*. 2014;30(7):1–15. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00071413>
9. Oliveira BLCA, Silva AM, Silva RA, Thomaz EBAF. Racial inequalities in the socioeconomic, demographic and health conditions of elderly from Maranhão State, Legal Amazon, Brazil: a population-based study. *Acta Amaz*. 2014;44(3):335–44. <https://doi.org/10.1590/1809-4392201304403>
10. Cardoso CS, Melo LO, Freitas DA. Condições de saúde nas comunidades quilombolas. 2018;12(4):1037–45. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a110258p1037-1045-2018>
11. Freitas IA, Rodrigues ILA, Silva IFS, Nogueira LMV. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. *Rev Cuid*. 2018;9(2):2187–200. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.521>



12. Silva A, Rosa TEC, Batista LE, Kalckmann S, Louvison MCP, Teixeira DSC, et al. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21(Suppl 2). <https://doi.org/10.1590/1980-549720180004.supl.2>
13. Costa ASV, Rodrigues LS, Cabral Jr JD, Coimbra LC, Oliveira BLCA. Survey of the living conditions and health status of older persons living in Quilombola communities in Bequimão, Brazil: the IQUIBEQ Project. *J Public Health*. 2020. <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01198-y>
14. Melo MFT, Silva HP. Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *Rev ABPN [Internet]*. 2015 [cited 2021 Jul 18];7(16):168-89. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/281032425>
15. Sardinha AHL, Aragão FBA, Silva CM, Rodrigues ZMR, Reis AD, Varga ID. Quality of life of elderly quilombolas in the Brazilian northeast. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(3). <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190011>
16. Silva TC, Martins Neto C, Carvalho CA, Viola PCAF, Rodrigues LS, Oliveira BLCA. Risco nutricional e cardiovascular em idosos Quilombolas. *Cien Saude Colet [Internet]*. 2020 [cited 2021 Jul 26]. Available from: <http://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/risco-nutricional-e-cardiovascular-em-idosos-quilombolas/17819?id=17819>
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [cited 2021 Jul 5]. 270 p. Available from: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf
18. Santos TR, Silva PHC, Germani GI. As metamorfoses da questão quilombola na Bahia. In: 28th Congresso Internacional da Alas [Internet]; 2011 Sept 6-11; Recife, PE. [cited 2021 Jul 12]. Available from: https://geografar.ufba.br/sites/geografar.ufba.br/files/geografar_santossilvagermani_metamorfosequestaoquilombolabahia.pdf
19. Amorim IG, Germani GI. Quilombos da Bahia: Presença Incontestável. In: Anais do 10th Encontro Geógrafos da América Latina [Internet]. 2005 Mar 20-26 [cited 2021 Jul 12]; São Paulo, SP. Available from: https://geografar.ufba.br/sites/geografar.ufba.br/files/geografar_amoringermani_quilombosbahia.pdf
20. Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souza R, Giatti L, Steffens AP, et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Cien Saúde Coletiva*. 2014;19(6):1835-47. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.01992013>
21. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra [Internet]. 2007 [cited 2019 Dec 08]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf
22. Batista EC, Rocha KB. Sentidos e Práticas em Saúde Mental em Comunidades Quilombolas no Estado de Rondônia. *Psicol Ciên Prof*. 2019;39(spe):22-37. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003222123>
23. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº16, de 30 de março de 2017. Dispõe sobre o III Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. *Diário Oficial da União*; 2017 [cited 2019 May 11]. Available from: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/KujrwoTZC2Mb/content/id/20139405/do1-2017-04-03-resolucao-n-16-de-30-de-marco-de-2017-20139339
24. Ferreira HS, Lamenha MLD, Xavier Júnior AFS, Cavalcante JC, Santos AM. Nutrition and health in children from former slave communities (quilombos) in the state of Alagoas, Brazil. *Rev Panam Salud Publica [Internet]*. 2011 [cited 2021 July 11];30(1):51-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22159651>
25. Bezerra VM, Andrade ACS, César CC, Caiaffa WT. Desconhecimento da hipertensão arterial e seus determinantes em quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. *Cien Saude Coletiva*. 2015;20(3):797-808. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.14342014>
26. Oliveira SM, Menezes Junior JO, Silva Junior SV, Dias MD, Fernandes MGM, Ferreira Filha MO. Rodas de terapia comunitária: construindo espaços terapêuticos para idosos em comunidades quilombolas. *Rev Enferm UFSM*. 2017;7(4):712-4. <https://doi.org/10.5902/2179769220299>
27. Lopes EDS, Paixão CF, Santos DB. “Os Cansaços e Golpes da Vida”: os sentidos do envelhecimento e demandas em saúde entre idosos do Quilombo Rincão do Couro, Rio Grande do Sul. *Psicol, Ciênc Prof*. 2019;39(spe):85-100. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003222518>
28. Silva PGN, Costa KM, Muniz TMS, Machado ALG. Fatores de risco cardiovascular em idosos de uma comunidade quilombola. *Rev Enferm UERJ*. 2020;28:e44773. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.44773>
29. Gomes KO, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2013;29(9):1829-42. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151412>



30. Cavalcante IMS. Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde em três quilombos na Amazônia paraense: um olhar antropológico [Tese]. Belém: Universidade Federal do Amazonas - Universidade Federal do Pará - Fundação Oswaldo Cruz; 2011. 141 p.
31. Rosário CA, Baptista TWF, Matta GC. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. Saúde Debate. 2020;44(124):17–31. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012401>
32. Oliveira RAD, Duarte CMR, Pavão ALB, Viacava F. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. Cad Saude Publica. 2019;35(11). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120718>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c06>

NADA SOBRE NÓS, SEM QUE NOS OUÇAM: REFLEXÕES E APRENDIZADOS SOBRE A SAÚDE MENTAL DO INDÍGENA

Patricia Samu Ferreira Batista^I

ORCID: 0000-0001-7650-764X

Eloisa de Lacerda^{II}

ORCID: 0000-0002-3707-9248

Vanessa Luiza Tuono Jardim^{III}

ORCID: 0000-0003-4888-9585

Luciana Maria Mazon^{III}

ORCID: 0000-0002-6380-2233

^ISecretaria do Estado da Saúde.
Joinville, Santa Catarina, Brasil.

^{II}Secretaria Municipal de Saúde e
Saneamento de Balneário Barra do Sul.
Balneário Barra do Sul, Santa Catarina, Brasil.

^{III}Instituto Federal de Educação,
Ciência e Tecnologia de Santa Catarina.
Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Autora Correspondente:

 Patrícia Samu Ferreira Batista
pat.samu@hotmail.com

Como citar:

Batista PSF, Lacerda E, Jardim VLT, Mazon LM. Nada sobre nós, sem que nos ouçam: reflexões e aprendizados sobre a saúde mental do indígena. In: Souza ES, Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 2. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 46-54 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c06>

 Revisora: Suélen dos Santos Saraiva.
Instituto Federal de Educação Ciência
e Tecnologia de Santa Catarina.
Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

INTRODUÇÃO

A população brasileira é constituída por 760.350 indígenas de 311 etnias, distribuídos em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) ⁽¹⁾. Dentre os DSEI, o Interior Sul, cenário deste estudo, tem uma área de 153.577,94 km², com uma população de 42.518 indígenas de 16 etnias, localizado no estado de Santa Catarina ⁽¹⁾.

Os DSEI são as Unidades Gestoras descentralizadas do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, divididos com base na ocupação geográfica das comunidades, sem limite entre os estados. Além disso, é um espaço etnocultural dinâmico que contempla um conjunto de atividades qualificadas de assistência, como as Unidades Básicas de Saúde Indígenas (UBSI), Polos Base (PB) e as Casas de Saúde Indígena (CASAI) ⁽²⁾.

Os DSEI tiveram sua implantação formalizada com a Lei nº 9.836/1999, conhecida como Lei Arouca, que acrescentou o Capítulo V à Lei nº 8.080/1990, constituindo, assim, o subsistema de atenção à saúde indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ⁽³⁾.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas reitera que o DSEI é o modelo que permite o acesso à atenção integral à saúde e o respeito às diversidades ⁽²⁾.

Ainda que se reconheçam os avanços decorrentes destas políticas, para a garantia da universalidade do acesso dos povos indígenas aos serviços de saúde, estudos apontam grandes limites para a concretização de seus princípios e diretrizes.

As fragilidades incluem rotatividade de profissionais com descontinuidade do cuidado, práticas sanitárias tecnicistas centradas em ações paliativas e emergenciais, desrespeito às práticas culturais indígenas que impedem o estabelecimento de diálogos interculturais, além de estratégias ineficazes que limitam a participação indígena na formulação, planejamento e avaliação das ações em saúde ⁽⁴⁻⁷⁾.



Essas fragilidades refletem-se nas condições de saúde da população indígena brasileira. A exemplo, cita-se a taxa de mortalidade infantil (TMI), considerada um dos principais indicadores de saúde. Seu valor na população indígena era de 30,2 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2017, valor 2,25 vezes maior que a TMI do Brasil para o mesmo ano⁽¹⁾.

Citam-se ainda as doenças parasitárias e infecto contagiosas, como a COVID-19, com elevada morbimortalidade⁽⁸⁾. Esses agravos subsistem junto às doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para os problemas psicossociais, tais como transtornos mentais, dependência química (álcool e outras drogas), uso abusivo e inadequado de medicamentos psicotrópicos, suicídio e violência⁽⁹⁾.

Neste contexto, o estado de Santa Catarina, a partir da Portaria nº 2, de setembro de 2017⁽¹⁰⁾, lançou as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Mental Indígena, alinhada à Política Nacional de Saúde Mental. Esta política é organizada em uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que propõe atendimento plural e integral, em diferentes graus de complexidade. Desde a instituição da RAPS, os indígenas devem ser incluídos nesta rede como prioritários ao atendimento, por conta de sua vulnerabilidade⁽¹¹⁾, situação que se difunde pelo campo sociocultural, territorial e político⁽¹²⁾.

O termo saúde mental, comumente utilizado no campo biomédico ocidental, não está inserido na cosmologia dos povos indígenas, já que o entendimento de saúde tradicional possui uma realidade simbólica que está intimamente ligada à natureza e à dimensão espiritual⁽¹³⁾.

Essa concepção de saúde doença requer dos profissionais sensibilidade e atuação capacitada para o diálogo intercultural, de forma que a atenção à saúde indígena deve ser constituída em harmonia com os princípios e diretrizes do sistema de saúde⁽¹⁴⁾.

É no território que o saber fazer e o saber ser das equipes de saúde é estabelecido. A presença do enfermeiro, na maioria das vezes sempre à frente da equipe, retrata seu trabalho nos territórios indígenas como desafiador e, por vezes, solitário⁽¹⁴⁾. O lócus da prática profissional da enfermagem se dá em um contexto intercultural, que exige do enfermeiro não apenas habilidade técnica e capacidade para atuar em equipe, mas o conhecimento daquele povo com que se trabalha, de modo a permitir que a prática ocorra de forma dialógica e respeitosa, culturalmente adequados às suas tradições⁽¹⁵⁾.

Neste contexto, este trabalho é um relato de experiência da aproximação dos profissionais de saúde da RAPS com a população indígena de uma aldeia localizada no DSEI Interior Sul. Este diálogo permitiu reflexões importantes acerca da RAPS e o cuidado em saúde dos povos indígenas.

CARACTERIZAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DA REGIÃO NORDESTE DE SANTA CATARINA

A população indígena em Santa Catarina é composta por 18.213 habitantes, sendo 9.227 com localização dos domicílios em terras indígenas e 8.986 em domicílios fora dessas terras⁽¹⁷⁾.

A região Nordeste de Santa Catarina é uma das 08 regiões do estado; nela, temos 10 aldeias indígenas, distribuídas em quatro municípios: Araquari (aldeia Yvapura, Tarumã BR, Tarumã Mirim, Jabuticabeira, Tiaraju e Pindoty), Balneário Barra do Sul (aldeia Conquista), Garuva (aldeia YyaKanPora) e São Francisco do Sul (aldeia Reta e Morro Alto). A população total é de 573 indígenas⁽¹⁸⁾.

As ações de Atenção Primária à Saúde indígena e de saneamento básico são realizadas nas terras e territórios onde vivem os povos indígenas e são desenvolvidas respeitando os saberes e as práticas tradicionais de saúde, mediante a organização da rede de atenção integral, hierarquizada e articulada com o SUS⁽¹⁶⁾.

Os serviços de saúde prestados aos indígenas desta região são realizados por uma Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI), vinculada ao PB Araquari e ao DSEI Interior Sul. A equipe conta com Agentes Indígenas de Saúde (AIS) que facilitam a interlocução com os outros profissionais, bem como prestam serviços de Atenção Primária à Saúde. Essa participação é relevante, devido à diversidade de línguas faladas pelos indígenas.

O PB é uma subdivisão territorial do DSEI, sendo base para as EMSI organizarem, tecnicamente e administrativamente, a atenção à saúde de uma população indígena adscrita. As demandas que não forem atendidas



no grau de resolutividade dos PB deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada DSEI. Essa rede já tem sua localização geográfica definida e está articulada e incentivada a atender os índios, levando em consideração a realidade socioeconômica e a cultura de cada povo, por intermédio de diferenciação de financiamento ⁽²⁾.

Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidades, são definidos procedimentos de referência, contrarreferência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados, com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos a restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros), quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço ⁽²⁾.

Contudo, ressalta-se que as secretarias municipais de saúde também atendem às demandas de saúde da população das aldeias de acordo com a complexidade, como atendimentos de urgência/emergência e atendimentos de média e alta complexidade. O PB, nesses casos, também assume papel de articulador e interlocutor com o município e com a estrutura estadual na região em que a aldeia está situada ⁽²⁾.

POVOS INDÍGENAS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Em consonância com a Portaria de Consolidação nº 3, publicada em 2018, que trata da consolidação das normas sobre as redes do SUS, no art. 1º, fica instituída a RAPS, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS ⁽¹⁹⁾.

Diante desta questão, em âmbito regional, foi criado espaço para discussão dos pontos de atenção à saúde, com ênfase no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico: a Câmara Técnica (CT) da RAPS da 22ª Regional de Saúde. Atualmente, a 22ª Regional de Saúde é denominada Coordenadoria Macrorregional de Saúde - Joinville. Esse espaço de discussão possui regimento interno próprio, com caráter consultivo e propositivo. Em encontros mensais, os técnicos, nomeados pelos secretários municipais e com representatividade de cada município da Região Nordeste, dispõem de momentos dedicados a assuntos pertinentes à RAPS, articulando-se coletivamente para seu desenvolvimento, fortalecimento e manutenção. As discussões pautam questões no campo da saúde mental da região, bem como das especificidades da rede de atenção à saúde mental dos municípios.

Reitera-se o caráter multidisciplinar e heterogêneo dos profissionais que compõem a RAPS, o que atribui à CT a qualidade de uma produção voltada para a integralidade do cuidado em saúde mental.

Neste ponto, partindo de uma complementaridade entre expertises, o profissional da enfermagem se apresenta como agente da prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade ⁽²⁰⁾.

A CT da RAPS desta região de saúde é coordenada por profissional enfermeiro, cujas ações visam ao planejamento e implementação de estratégias para melhoria da condição de saúde da população. Neste cenário, são realizadas mediações dos diálogos que compõem a prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar do cuidado em saúde mental.

No ano de 2019, considerando a necessidade de se apropriar das necessidades de saúde loco regionais, este grupo realizou reuniões itinerantes, estando nos territórios que os técnicos representam. As reuniões seguiram a periodicidade mensal, e, a cada encontro, o grupo esteve em diferentes municípios de abrangência da regional. O município eleito para sediar as reuniões era de escolha voluntária pelo profissional, que representava o ponto de atenção. O deslocamento para os territórios municipais foi importante para que a CT da RAPS e a Coordenadoria Macrorregional de Saúde (Joinville) pudessem realizar diagnóstico situacional da região e traçar estratégias para apoio técnico institucional aos municípios.

Assim, entre os diversos municípios e pontos de atenção da rede, destaca-se neste relato a visita (e seus desdobramentos) ao PB, representando a atenção básica e saúde indígena da região. Saliencia-se que, embora



houvesse representação de profissional pela saúde indígena no grupo da CT (enfermeira do PB), esse cenário ainda era desconhecido para a maioria dos profissionais. Portanto, foi necessária a aproximação a esta comunidade, por meio da equipe multiprofissional de saúde indígena, para o planejamento e efetivação das ações.

A EXPERIÊNCIA DA CÂMARA TÉCNICA DE REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE SANTA CATARINA NA SAÚDE MENTAL INDÍGENA

O relato de experiência a seguir envolve as temáticas de saúde mental na população indígena, sob o olhar da CT-RAPS na Região Nordeste de Santa Catarina. Os atores envolvidos são os técnicos de saúde da CT-RAPS regional, os moradores da aldeia, mediados pelos técnicos de um PB.

A proposta era iniciar a discussão referente à realidade indígena em relação à cultura, ao lidar com a saúde mental e começar a entender os fluxos e acesso da comunidade indígena nos serviços de saúde que demandam atendimento nesta área. O grupo de técnicos da RAPS tinha o objetivo de ouvir a demanda da comunidade indígena no que tange à saúde mental.

A primeira ação foi uma reunião técnica na casa de reza da aldeia (Opy). O ambiente estava organizado para a reunião com cadeiras em formato de círculo. A fala foi iniciada pelo cacique e cada participante se apresentou de forma sucinta. Os membros da aldeia se mostravam tímidos, porém todos apresentavam fala clara e bem articulada. Em alguns momentos, comunicavam-se entre si, em idioma próprio, sem entendimento do grupo de técnicos da RAPS.

Em uma demonstração afetuosa de honraria e boas-vindas, o coral da aldeia realizou uma breve apresentação artística aos participantes do encontro.

Após a apresentação, o cacique deu continuidade, explicando e caracterizando a aldeia. Em cerca de 2.500 hectares de extensão, convivem, plantam e distribuem cerca de quarenta pessoas, entre homens, mulheres e crianças de 11 famílias.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), *“Saúde mental refere-se a um bem-estar no qual o indivíduo desenvolve suas habilidades pessoais, consegue lidar com os estresses da vida, trabalha de forma produtiva e encontra-se apto a dar sua contribuição para sua comunidade”* ⁽²¹⁾.

Ao tratar deste tão amplo tema com a comunidade indígena, diversos tópicos permearam a conversa, ampliando a visão quanto às demandas e ao significado de saúde para esta população, a importância do território e das terras, as questões de espiritualidade e a interação da alimentação e saúde mental.

TERRITÓRIO E TERRAS

A cultura do povo indígena foi descrita pelo cacique e ouvida pelos membros da RAPS. O respeito à terra, algo marcante nas falas, é algo diferente do que o grupo da RAPS já tinha vivenciado. A cultura original deste povo está intimamente ligada à terra e suas conexões, o sentimento de pertencimento ao território. Foi mencionado pelo cacique que a demarcação física está em processo, no momento com portaria suspensa pelo Tribunal Superior Federal (TSF 4).

Os profissionais que lidam com comunidades em sua diversidade cultural precisam entender valores e aspectos culturais ao planejar ações de cuidado, promoção à saúde ou prevenção de agravos.

A população indígena enfrenta situações mais variadas possíveis, tais como risco de extinção física e cultural, expropriação de seu território e ameaça a seus saberes, sistemas econômicos e organização social. Essas situações, geradas pelas mudanças na sociedade e pela sua relação mais próxima com a população não indígena, trazem profundas repercussões no campo da saúde e no trabalho das equipes de saúde, incluindo os enfermeiros.

Segundo Silva ⁽²²⁾, para a atuação do enfermeiro em saúde indígena, é essencial a compreensão do processo saúde-doença de forma ampliada, incluindo o aspecto étnico-cultural, além da busca de atualização e novos conhecimentos.



A relação com a terra e território é fonte de sofrimento, uma vez que a lógica da produtividade vigente ameaça e impossibilita o indígena de viver sua relação com a terra, a qual é identitária. A ameaça é constante, em formato de políticas públicas; sob tal perspectiva, o índio no Brasil vive em um sofrimento persistente quanto à sua identidade.

Entender a importância do território e das políticas de demarcação de terra e pertencimento está intimamente ligado aos aspectos de saúde física e mental, especialmente a esta população.

ESPIRITUALIDADE

A explicação dada pela tribo sobre espiritualidade é difícil de ser reproduzida no papel, devido à riqueza dos detalhes que foram mencionados.

Ressaltamos uma fala, “há contato direto com a espiritualidade”, pois tudo é consultado, é pensado antes de tomar atitudes, busca-se o melhor caminho para determinado problema.

As questões são coletivas. As tradições são levadas de geração a geração, com entendimento diferenciado acerca do respeito à sabedoria do membro mais velho da aldeia.

A cultura, os hábitos e o estilo de vida possuem características próprias e necessitam ser respeitadas por quem possui entendimento diferenciado.

Ressalta-se que trabalhar com o conhecimento tradicional, como as plantas medicinais e a inclusão de aspectos da espiritualidade, pode contribuir para a eficácia das ações de saúde e da enfermagem, estreitando a relação com os indígenas que devem ser valorizados na prática de atenção à saúde ⁽²¹⁾.

ALIMENTAÇÃO

As lideranças da aldeia explicaram especificamente sobre a influência da alimentação na vida do indígena, bem como a interferência desta na questão da espiritualidade.

Os indígenas guardam na natureza suas lembranças, suas vivências, onde a terra é um espaço e tempo que se constitui na história de cada aldeia, seja nos rituais, medicina tradicional/cultural, nos mitos, entre outros.

Nas falas das lideranças indígenas, ficou entendido que as etnias indígenas viveram e vivem em equilíbrio com o ecossistema, porém este é quebrado a partir das influências do “homem branco”.

A colonização, expansão capitalista e exploração desordenada prejudicam as riquezas do solo, florestas e rios, trazendo aos indígenas sofrimento. Ficou a ideia de “mundo natural” como uma rede de inter-relações entre todos. É estabelecida uma relação com a natureza, em que o respeito com a Terra é pautado de forma recíproca, ou seja, retira-se o sustento e os alimentos necessários para a sobrevivência, mas, ao mesmo tempo, mantém com o meio ambiente uma relação harmoniosa e de equilíbrio, fazendo com que a ação não seja apenas de exploração.

Frente a essa temática, um aspecto delicado da relação de cuidados em saúde emergiu. Relatou-se que, em internações de indígenas nos serviços de saúde da região, a obrigatoriedade do consumo dos alimentos servidos impactava com preferências e restrições culturais. Infelizmente, os indígenas eram coagidos a consumir o que era oferecido, para que, então, pudessem receber a alta e autorização de retorno à aldeia.

Neste relato, percebe-se como a atenção em saúde, que não leva em conta aspectos sociais e culturais, pode gerar sofrimento psíquico e agravos de forma geral.

Exemplificando a relação entre alimentação, espiritualidade e saúde mental, quando se iniciou a discussão sobre gestantes e trabalho de parto, ficou evidente a resistência dos indígenas em levar as mulheres para a maternidade. O trabalho de parto, preferencialmente, ocorre em domicílios e com auxílio de parteira indígena, respeitando a configuração cultural do parto tradicional. Em casos de necessidade e complicações, conforme encaminhamento médico, são realizadas internações para o parto nas maternidades de referência de cada terra indígena. A mulher no puerpério, segundo a tradição e crença indígena, não pode consumir carne de



aves. Segundo relatado, a interação das células da ave com o organismo da puérpera gera influência dos maus espíritos, que levam à “loucura” ou ao adoecimento psíquico.

Neste relato, fica claro o quão necessário é ouvir e entender a cultura desta população, ao se pensar e planejar a saúde.

SAÚDE MENTAL

Um dos membros da equipe abordou diretamente a questão da saúde mental dos indígenas no que tange ao aumento de número de suicídios e elevado índice de alcoolismo.

O cacique e os membros da aldeia explicaram que o elevado índice se refere a generalização em âmbito nacional, totalizando todas as etnias existentes no Brasil.

Relatou-se que nos últimos três anos e meio, sob a gestão de uma enfermeira no PB, houve apenas um caso de tentativa de suicídio, e a indígena faz acompanhamento no Serviço de saúde mental do município onde está situada a aldeia.

Em levantamento posterior a essa reunião, ratificou-se a informação, pois não foi encontrado registro de óbito por suicídio em população indígena residente neste município desde o ano de 2012.

As lideranças explicitaram em suas falas que a determinação social da saúde do indígena e, especificamente, a saúde mental estão no direito de exercer sua cultura de forma plena, livre de preconceitos e imposições culturais. Os aspectos espirituais e territoriais são primordiais. O modelo de “sociedade branca” inviabiliza, historicamente, o direito desta etnia de exercer sua cultura. Ou seja, o modelo de “sociedade branca” é fator de adoecimento do indígena. Saúde mental e espiritualidade é amálgama e não podem ser dissociados em sua cultura.

ENCAMINHAMENTO DA CÂMARA TÉCNICA DE REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Com a identificação ampliada das demandas e solicitações identificadas nesta primeira escuta, foram organizadas outras reuniões com grupos de trabalho menores.

Uma das demandas encaminhada, após essa primeira aproximação, foi a adequação dos cardápios dos hospitais e maternidades de referência indígena na região, para evitar os constrangimentos e sofrimento psíquicos gerados pela imposição da alimentação.

Foi acordado pelo grupo que seria elaborado material que pudesse nortear a conversa com as nutricionistas dos hospitais da região. Os indígenas produziram documento que descrevia o que era considerado mais adequado para a alimentação deste povo enquanto estavam em ambiente hospitalar. O documento foi elaborado em aula com o grupo de mulheres que compõem o Projeto no formato de Educação de Jovens e Adultos, que está implementado na aldeia.

O documento elaborado previa separação por fases da vida dos indígenas, como mulheres no puerpério e pais que acompanham as mulheres, meninas durante e após a primeira menstruação, crianças de 0 a 1 ano e outras observações.

Em momento posterior, as nutricionistas foram convidadas para reunião técnica com representantes da CT, da saúde indígena, do povo indígena e nutricionistas responsáveis por cada hospital. Houve receptividade ao trabalho conjunto, e o tema foi discutido de forma afetuosa. Foi relatado que não havia conhecimento sobre como a alimentação poderia afetar a vida do povo indígena. As nutricionistas saíram da reunião, com a proposta de elaborar material para discussão com o grupo posteriormente, porque precisariam adequar a necessidade do povo indígena com as possibilidades de alimentos que possuem nos hospitais.

Em outros encontros virtuais, em virtude da pandemia, foram feitos ajustes necessários e cada serviço de nutrição elaborou documento específico para a institucionalização da dieta para os indígenas quando estiverem em ambiente de internação hospitalar.



Outros aspectos receberam a atenção direta da equipe multiprofissional e da equipe de escuta da enfermagem, que está próxima à aldeia.

A pandemia de COVID-19, iniciada em meados de 2020, infelizmente impediu novas reuniões e aproximações com outras temáticas/desdobramentos, fato que trará novos desafios aos cuidados em saúde para essa população.

O grande aprendizado desta aproximação foi a evidência de que as questões de saúde, incluindo a saúde mental deste povo, é influenciada diretamente pelo que vem acontecendo no país, como ao que se refere à demarcação de terras.

Para este povo, não é uma relação financeira ou de exploração por meio da agricultura e/ou pecuária. A questão que os envolve com o território gira em torno da espiritualidade, é uma relação próxima e sagrada, como se a terra fosse a grande mãe, uma dádiva, uma parte integrante da vida em sociedade.

O profissional da enfermagem e da saúde precisa compreender e ampliar o olhar a essas questões. A definição de linhas de cuidado, compreensão e aceitação dos aspectos político/culturais se faz essencial e urgente.

O processo de enfermagem e de cuidado deve ser construído junto à população. A escuta ativa, livre de predeterminações e julgamentos com o protagonismo da população, é conceito essencial para o planejamento de ações de cuidado e saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendendo a RAPS como um conjunto de serviços vinculados entre si por objetivos comuns, com ações articuladas, cooperativas e interdependentes e que visam ofertar atenção integral e contínua a determinada população, ficou evidenciado que a constituição da rede requer mais do que a existência de serviços que atendam à população. É imprescindível o diálogo entre os dispositivos que a integram, pois a solidez da estrutura da rede está alicerçada nas relações interpessoais dialógicas ⁽²³⁾.

A partir do diálogo e da disponibilidade para escuta da população indígena, foi possível compreender o cenário e dar seguimento prático para as situações levantadas.

O saber técnico científico não é o que basta. É necessário o entendimento de aspecto político e implicação afetiva, no sentido de dar oportunidade de fala para a população indígena, chegando mais perto, relacionando-se de forma não reducionista.

O apoio e o respeito à capacidade das etnias na identificação de problemas, mobilização de recursos próprios e criação de alternativas são aspectos fundamentais a serem observados. Esses elementos fomentam o protagonismo indígena no desenvolvimento das atividades que os incluem ⁽¹⁶⁾.

As reuniões itinerantes que aconteceram na aldeia aproximou os profissionais de saúde da CT da RAPS, da cultura tradicional indígena e da concepção deste povo sobre a saúde mental. As narrativas expressaram a simbologia deste conceito, que envolve dimensões espirituais, sociais, culturais e políticas.

A causalidade do sofrimento mental deste povo abrange a vulnerabilidade política e territorial, expressa pelas medidas que dificultam a demarcação e incentivam a exploração das suas terras, como o “marco temporal”; a destruição ambiental, intimamente ligada ao processo de saúde/doença; a insegurança alimentar, presente, inclusive, nos espaços de saúde, como os ambientes hospitalares, durante o processo de tratamento de sua enfermidade; e a incompreensão e desconhecimento dos profissionais de saúde sobre a importância destes aspectos para a saúde mental deste povo.

Ouvir as culturas tradicionais deve ser a primeira medida, ao se pensar em saúde e planejar e propor qualquer ação da RAPS.

Estruturar um protocolo alimentar hospitalar, considerando as especificidades da alimentação destes povos, foi uma das demandas da comunidade indígena e uma das medidas estruturadas, pensadas para a saúde mental. Sob ótica em saúde do “homem branco”, este talvez não seria um aspecto tão relevante a ser considerado neste cenário.



A atividade de adequação dos cardápios dos hospitais e maternidade da região exigiu organização de trabalho conjunto com liderança indígena, membros da CT da RAPS e nutricionistas das instituições hospitalares. Cabe apontar que a atenção psicossocial está orientada pela prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar. Nesta perspectiva, o trabalho em equipe demandou ações com compromisso por parte dos(as) envolvidos(as), sendo estes: profissionais da CT RAPS, do PB, da comunidade indígena e outros representantes de instituições, como a Pastoral e professores.

O objetivo das reuniões foi reconhecer e valorizar os modelos explicativos indígenas sobre o que denominam como causa de sofrimento psíquico (alimentação inadequada na rede hospitalar).

A construção dos cardápios respeitou as opiniões e concepções desta população, visando minimizar os efeitos negativos da internação hospitalar no que tange ao sofrimento psíquico.

Ficou o registro de algumas lições em relação ao contato com o povo indígena. A relação de equilíbrio com o meio ambiente estabelecida ao longo de gerações é uma delas. É importante que possamos parar e refletir sobre o caminho da sociedade moderna (tida como desenvolvida) e voltar a ter uma relação de contemplação com a natureza e de trocas recíprocas com o meio ambiente.

No que tange à demarcação das terras, reitera-se que este é um dever do Estado com os povos indígenas. Não é simplesmente uma questão de políticas de governo, mas uma política de Estado e um dever constitucional. Sobre essa questão, ficou como compromisso dos membros da CT da RAPS tornar público, nos espaços de discussão, esse tema. Trata-se de apoio na luta pelos direitos e defesa desta etnia.

Diante do cenário e das práticas apresentadas, aponta-se a necessidade de que os Currículos dos Cursos de Enfermagem contemplem uma formação transcultural, que permita ao enfermeiro a compreensão do processo saúde-doença de forma ampliada, incluindo o aspecto étnico-cultural dos povos indígenas. Reitera-se a relevância do cuidado individual, centrado na pessoa, que requer, fundamentalmente, ouvir as necessidades para se alcançar o cuidado holístico.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Plano Distrital de Saúde Indígena: quadriênio 2020–2023 [Internet]. 2020[cited 2021 Nov 30]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 254 de janeiro de 2002. Institui a Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002[cited 2021 Nov 30]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf
3. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1999[cited 2021 Nov 30]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm
4. Cardoso MD. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. Cad Saúde Pública. 2014;30(4):860-6. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00027814>
5. Sartori D, Leivas PGC. O direito à saúde dos povos indígenas e o paradigma do reconhecimento. Rev Direito Práxis. 2017;8(1):86-117. <https://doi.org/10.12957/dep.2017.22581>
6. Mendes APM, Leite MS, Langdon EJ, Grisotti M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. Rev Panam Salud Pública. 2018;42: e184. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>
7. Borges MFSO, Silva IF, Koifman R. Histórico social, demográfico e de saúde dos povos indígenas do estado do Acre, Brasil. Ciên Saúde Coletiva. 2020;25(6):2237-46. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.12082018>
8. Santos RV, Pontes AL, Coimbra CE. Um “fato social total”: COVID-19 e povos indígenas no Brasil. Cad Saúde Pública. 2020;36(10):e00268220. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00268220>
9. Ministério da Saúde (BR). Atenção Psicossocial aos povos indígenas: tecendo rede para a promoção do bem viver [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019[cited 2021 Nov 30]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Atencao_Psicossocial_Povos_Indigenas.pdf



10. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 2 de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017[cited 2021 Nov 30]. Available from: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politicas.html>
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011[cited 2021 Nov 30]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
12. Matos BA, Pereira B, Santana CR, Amorin F, Lenin L, Oliveira LC. Violações dos direitos à saúde dos povos indígenas isolados e de recente contato no contexto da pandemia de Covid-19 no Brasil. Mundo Amazônico. 2021;12(1):106-38. <https://doi.org/10.15446/ma.v12n1.88677>
13. Stock B. Os paradoxos do fator identitário na produção de políticas de promoção da saúde indígena. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo da 6ª região (Org.). Psicologia e Povos Indígenas. São Paulo: CRPSP; 2010. pp.244-249.
14. Martins JCL. O trabalho do Enfermeiro na Saúde Indígena: desenvolvendo competência para a atuação no contexto intercultural[Dissertação]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2017.
15. Martins JCL, Martins CL, Oliveira, LSS. Attitudes, knowledge and skills of nurses in the Xingu Indigenous Park. Rev Bras Enferm. 2020;73 (6):e20190632. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0632>
16. Ministério da Saúde (BR). Saúde indígena: análise da situação de saúde no SASISUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde;2019[cited 2021 Nov 30]. Available from: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_analise_situacao_sasisus.pdf
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico-2010 [Internet]. 2011[cited 2021 Nov 30]. Available from: https://indigenas.ibge.gov.br/images/pdf/indigenas/verso_mapa_web.pdf
18. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena [Internet]. [s.d.] [cited 2021 Nov 30]. Available from: <http://www.ccms.saude.gov.br/saudeindigena/asesai/sistemasdeinformacao.html>
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011[cited 2021 Nov 30]. Available from: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
20. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 564/2017. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. 2017[cited 2021 Nov 30]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
21. Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde [Internet]. 1946. 2017 [cited 2021 Nov 30]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lis-LISBR1.1-22006>
22. Silva NC, Gonçalves MJF, Lopes Neto D. Enfermagem em saúde indígena: aplicando as diretrizes curriculares. Rev Bras Enferm. 2003;56 (4):388-91. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000400016>
23. Carvalho MFAA, Coelho EAC, Oliveira JF, Araújo RT, Barros AR. Uncoordinated psychosocial network compromising the integrity of care. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03295. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016040703295>

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e07.c07>

ENFERMAGEM NA SAÚDE INDÍGENA

Silmara de Campos Pacheco de Arruda^I

ORCID: 0000-0001-7688-8024

Goya Pitágoras Freitas Santos^{II}

ORCID: 0000-0003-4688-7789

Bruno Pereira da Silva^{III}

ORCID: 0000-0002-5825-7402

“Temos o direito a ser iguais, sempre que a diferença nos inferioriza, temos o direito de ser diferentes sempre que a igualdade nos descaracteriza”
Santos Boaventura

^ISecretaria Estadual da Saúde.
Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{II}Núcleo Hospitalar de Epidemiologia.
Salvador, Bahia, Brasil.

^{III}Universidade Federal de São Paulo.
Guarulhos, São Paulo, Brasil.

Autora Correspondente:

 Silmara de Campos Pacheco de Arruda
isalena.arruda@gmail.com

Como citar:

 Arruda SCO, Santos GPF, Silva BP, Souza ES. Enfermagem na saúde Indígena. In: Souza ES, Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 2. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 55-69 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c07>

 Revisora: Profa. Dra. Lavinia Oliveira.
Projeto Xingu/Unifesp.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

DEFINIÇÕES

No mundo, há por volta de 400 milhões de pessoas de origem indígena. De acordo com a Secretaria Especial Indígena, em 2021, vivem no Brasil 764 mil indígenas aldeados. Estes representam a minoria numérica e étnica nacional que corresponde a 0,4% da população, distribuídos entre 688 Terras Indígenas (TI) e cerca de 305 povos diferentes, que falam 180 línguas distintas. Estão presentes em todas as regiões do país, exceto nos estados do Piauí e Rio Grande do Norte⁽¹⁾.

Cada um destes povos pertence a micro sociedades e tem sua própria maneira de entender e se organizar diante do mundo. Estes povos se manifestam nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica, relação com o meio ambiente e ocupação de seu território. Diferem também no que diz respeito à experiência histórica na relação com as frentes de colonização e expansão da sociedade nacional, havendo desde grupos com mais de trinta anos até grupos com menos de dez anos de contato. Assim, essa população é caracterizada por uma multiplicidade de grupos, culturas e idiomas nativos⁽²⁻³⁾.

Desde a chegada dos colonizadores, os povos indígenas vêm sofrendo maus tratos, trabalhos forçados, confinamentos e sedentarização. Centenas de povos desapareceram com o processo de colonização e genocídio dos povos indígenas, com destaque para as práticas da escravidão, chacinas, guerras, e epidemias de doenças infecciosas⁽⁴⁾.

Essa população ainda enfrenta situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidade, em condições



de saúde desfavoráveis relacionadas a infecções, falta de higiene, desnutrição, superlotação, contaminação ambiental, muitas dessas ligadas à pobreza⁽³⁾.

As doenças transmissíveis, especialmente as infecções das vias respiratórias, parasitoses intestinais, e também as situações relacionadas à pobreza, como a desnutrição, ainda são as mais prevalentes nos povos indígenas. Todavia, Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como diabetes, hipertensão arterial, obesidade, abuso e a dependência de álcool têm ganhado cada vez mais importância. As DCNT estão diretamente relacionadas a uma taxa de mortalidade de três a quatro vezes maior nessa população do que na média nacional. Já as causas externas, especialmente a violência e suicídio, são a terceira causa de morte nesta população, afetando sobretudo regiões como Mato Grosso do Sul e Roraima⁽⁵⁾.

Ainda sobre os dados e as informações divulgadas sobre a saúde indígena, o que se conhece sobre o perfil epidemiológico deste grupo populacional é preocupante, principalmente pela persistência na prevalência de doenças infecciosas e parasitárias. Conforme relatório situacional SasiSUS⁽⁶⁾, as doenças infecciosas e parasitárias configuram-se como a terceira causa de óbitos nos menores de um ano e a segunda causa de óbitos entre os maiores de um ano. A predominância dessas configura um quadro sanitário que se mantém idêntico ao do Brasil rural do século XVII, que, no entanto, é concomitante à emergência de doenças crônicas e problemas de saúde mental, configurando um quadro de transição epidemiológica tardia⁽⁶⁻⁷⁾.

O contexto da Pandemia SARS-COVID evidencia a fragilidade e condição de vulnerabilidade em que a população indígena se encontra em decorrência da colonialidade, que subsiste até os dias atuais, pois o fator raça ainda permanece como determinante das desigualdades sociais. Dados epidemiológicos levantados pela SESAI até o dia 03/05/2021 apontam 661 óbitos de indígenas pela COVID-19, dados estes contestados pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB)¹ e outras Organizações não governamentais, que apontam valores duas vezes maior.

Corroborando a liderança indígena, Sônia Guajajara² 2020, acrescenta que a não divulgação pela SESAI de dados fidedignos relacionados aos óbitos na população indígena em decorrência da SARS-CoV-2 evidenciam o retrocesso, caracterizando em um estado omissão com o genocídio institucionalizado, que objetiva exterminar com os povos indígenas⁽⁸⁾.

A fragmentação e ausência dos dados referentes à condição da saúde indígena no Brasil é histórica. As dificuldades diagnósticas e as subnotificações foram foco de vários estudos em nível nacional, o que denuncia a trágica situação da saúde indígena e contradições nos discursos oficiais. Essa realidade nos reafirma a exclusão genocida desses povos em decorrência de sua invisibilidade perante o Estado⁽⁹⁾.

Segundo os dados da APIB, fornecidos ao Comitê Nacional de Vida e Memória Indígena, os três fatores mais comuns que contribuíram para a disseminação de doença nas aldeias indígenas com anuência do Estado, foram: contato com os profissionais de saúde que trabalham dentro das áreas indígenas, ou seja, nos polos base ou postos de saúde indígenas; a invasão das terras indígenas por grileiros³ e garimpeiros; e a falta de efetividade das ações de saúde em área indígena, que levaram muitos índios a buscar auxílio médico nas cidades.

O cenário pandêmico descortinou a desigualdade e o genocídio de povos indígenas, que há muito vem acontecendo, evidenciado o descaso e a passividade das autoridades brasileiras, em especial, as autoridades

1 A Articulação dos Povos Indígenas do Brasil – APIB foi criada pelo movimento indígena no Acampamento Terra Livre (ATL) de 2005. O ATL é uma mobilização nacional, realizada todo ano, a partir de 2004, para tornar visível a situação dos direitos indígenas e reivindicar do Estado Brasileiro o atendimento das suas demandas e reivindicações. A APIB é uma instância de referência nacional do movimento indígena no Brasil, criada de baixo pra cima. Ela aglutina nossas organizações regionais indígenas e nasceu com o propósito de fortalecer a união dos povos, a articulação entre as diferentes regiões e organizações indígenas do país, além de mobilizar os povos e organizações indígenas contra as ameaças e agressões aos direitos indígenas.

2 Sônia Bone Guajajara, é uma líder indígena brasileira formada em Letras e em Enfermagem, especialista em Educação especial pela Universidade Estadual do Maranhão e em 2015, recebeu a Ordem do Mérito Cultural. Em 2018, Sônia Guajajara foi lançada como pré-candidata a vice-presidente da república na chapa encabeçada por Guilherme Boulos, líder do Movimento dos Trabalhadores Sem Teto, tornando-se a primeira pré-candidata de origem indígena à presidência da república. <https://fagtar.org/nossarede/soniaguajajara/>.

3 Indivíduo que, mediante falsas escrituras de propriedade, procura apossar-se de terras alheias.



do executivo brasileiro, que se posicionam a favor da violação e invasão das terras indígenas por madeireiros, grileiros e garimpeiros, que além de ocupar o território indígena, propagam doenças a essas comunidades.

Essa condição se efetiva com a rejeição da segunda versão do Plano Geral para Enfrentamento e Monitoramento da COVID-19 para Povos Indígenas, apresentada pelo Governo Federal ao Superior Tribunal Federal (STF), a qual foi considerada insatisfatória enquanto medidas amplas de enfrentamento da pandemia para essa população.

Consolidando o descaso humanitário, em 2021, voltou a tramitar no STF a tese do Marco Temporal. Trata-se de uma tese jurídica que estabelece que os povos indígenas só teriam direito à demarcação das terras que estivessem sob sua posse em 05 de outubro de 1988. Essa tese foi utilizada pela primeira vez no julgamento que ocorreu em 2009, sobre o direito à posse da Terra indígena Raposa Serra do Sol, em Roraima. Neste julgamento em específico, o STF estabeleceu o conceito Marco Temporal de ocupação indígena para resolução do pleito, determinando a imediata desocupação da terra por não indígenas, não sendo extensiva às demais terras indígenas.

Neste caso em específico, a tese foi favorável aos povos originários, mas ruralistas e setores interessados na exploração das terras indígenas passaram a interpretar esse sentenciamento de forma escusa e unilateral para abarcar os interesses próprios, ou seja, reivindicando terras ocupadas por indígenas após a Promulgação da Constituição Federal em 05 de outubro de 1988. O Governo vigente é favorável à tese, e se aprovada, legaliza e legitima a violência e a negação ao direito indissociável que os povos originários têm sobre a terra⁽¹⁰⁾.

Os povos indígenas constituem grupos distintos e apresentam diferentes formas de se relacionar com a sociedade nos seus modos de pensar, na sua visão religiosa, na forma de adoecer e interpretar a doença, buscar a cura e tratamentos. Além de distintos, também são desiguais do ponto de vista da renda, do acesso à educação, da saúde e do trabalho, assim como em razão da situação de exclusão em que se encontram⁽¹¹⁾. Mesmo com seus direitos à vida, à terra e à saúde assegurados constitucionalmente, tudo o que envolve essa população, bem como as políticas de saúde indígena, encontram-se à mercê dos projetos de desenvolvimento do país⁽²⁾.

BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA INDIGENISTA

Dados do início do século XX revelam que a expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste brasileiro e a construção de linhas telegráficas e de ferrovias provocaram numerosos massacres de indígenas. A partir de então, foram criados setores e serviços de saúde voltados a estas populações, na busca por diminuir este índice e propor melhorias em saúde. Porém, esses serviços eram realizados por profissionais de saúde muitas vezes desqualificados e inicialmente vinculados ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio, sendo posteriormente assumida pelo Ministério da Justiça, através do Serviço de proteção aos índios e localização de trabalhadores nacionais – (SPILTIN)⁴⁽⁵⁾.

A política indigenista teve seu início através da criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) precisamente em 1910, sendo a primeira representação do governo federal na expansão do controle de territórios e populações indígenas. Em 1967, após inúmeras denúncias de corrupção, crimes e violações contra os povos indígenas, com o massacre do Paralelo 11⁵ estopim, o SPI foi extinto e neste mesmo ano foi criada a Fundação Nacional do Índio - FUNAI⁽¹²⁾.

4 PILTIN- Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais, parte constituinte do Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio (MAIC), foi um órgão público criado durante o governo do presidente Nilo Peçanha, em 1910, com o objetivo de prestar assistência à população indígena do Brasil, a saber, assistência aos indígenas e localização de trabalhadores nacionais. Posteriormente, essas atribuições foram separadas e o órgão passa a ter a denominação de Serviço de Proteção ao Índio, ficando responsável exclusivamente pela primeira função.

5 O Massacre do Paralelo 11 ocorreu em 1963, quando homens contratados por uma empresa de extração de borracha mataram 3500 membros do povo indígena Cinta Larga da Amazônia e destruíram sua aldeia. Apenas dois aldeões sobreviveram ao massacre. O massacre foi considerado parte do genocídio maior e contínuo dos povos indígenas no Brasil.



Em fevereiro de 1991, o Ministério da Saúde (MS) assumiu a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)⁶⁽¹³⁾ como base da organização dos serviços de saúde. O MS criou a “Coordenação de Saúde do Índio - COSAI, subordinada ao Departamento de Operações (DEOPE) da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com a atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena”⁽⁵⁾.

O atual modelo de organização dos serviços de saúde para os territórios indígenas foi construído no âmbito das Conferências Nacionais de Saúde, no início da década de 1990, no bojo do movimento da Reforma Sanitária. Na II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (II CNSPI) ocorrida em 1993, este modelo foi referendado pelo movimento indígena e por profissionais de saúde que atuavam com estas populações. A proposta versava a respeito da implantação de um modelo de saúde adequado aos territórios indígenas, inserido em um subsistema de atenção à saúde, ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁵⁾.

Dessa forma, o direito à saúde começa a ser tratado em uma perspectiva diferenciada, e a partir de então, surgiu o Subsistema de Saúde indígena (SasiSUS), fundamentado em uma abordagem cultural e de acesso, sem desprezar o modo de vida, cultura e tradições dos povos indígenas⁽¹⁴⁾.

A conformação desse modelo de atenção envolveu representações universitárias, organizações governamentais e não governamentais, missionários indigenistas, sanitaristas, indigenistas, profissionais da saúde, envolveu conflitos de opiniões e percorreu um caminho árduo com diferentes posicionamentos políticos e ideológicos até a aprovação final⁽¹⁵⁾.

No relatório final da I CNSI, que ocorreu em Brasília no ano de 1986, a União dos Povos Indígenas (UNI), primeira entidade indígena criada para reunir as lideranças das comunidades indígenas e defender seus interesses no âmbito nacional, apresentou como proposta a criação de uma secretaria especial, vinculada ao MS, que garantisse a participação da população indígena na formulação de políticas, considerando-se as etapas de planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde.

Um século após a criação do SPI, através dos Decretos nº 7.335 e nº 7.336, assinados pelo Presidente Luís Inácio Lula da Silva em outubro de 2010, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que passou a ser o setor responsável por coordenar e executar as ações de saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo Território Nacional^(2,16).

Em “Diálogos entre indigenismo e Reforma Sanitária”, os autores Pontes, Machado, Santos e Brito⁽¹⁵⁾ buscam levantar e analisar todo o contexto político e ideológico das discussões que envolveram a criação do SasiSUS, fator preponderante para a inclusão dos povos indígenas no Sistema Nacional de Saúde.

Embora o SasiSUS esteja atualmente implantado, as políticas e direitos dos povos indígenas continuam em debate e disputa. Em 2019, através do Decreto 9.795⁽¹⁷⁾, houve movimentos para extinção da Secretaria Especial Indígena (SESAI), proposta de municipalização da assistência à saúde indígena e revisão de políticas públicas específicas, o que favorece os movimentos de desconstrução da política de saúde para os povos indígenas, que é histórica, e mesmo já instituída, permanece em consolidação.

SASISUS E DSEI: O QUE PRECISO SABER PARA ATUAR NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE INDÍGENA

O Subsistema de Saúde Indígena, através da Lei 9839/1999 foi incluído enquanto Capítulo V da lei 8080/98, portanto, não é um “sistema paralelo” ao SUS, como é falsamente entendido por gestores e profissionais de saúde. Teve como missão a adoção de um modelo de atenção e organização de rede de serviços que viesse ao encontro das necessidades dos povos indígenas. A organização do subsistema se dá através dos 34 DSEI

6 O DSEI atua como unidade de execução das ações destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, objetivando o alcance do equilíbrio bio-psico-social, com o reconhecimento do valor e da complementaridade das práticas da medicina indígena, segundo as peculiaridades e o perfil epidemiológico de cada comunidade.



distribuídos em todo o território nacional, levando em conta as especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas. Esses distritos não obedecem à organização político-administrativo do país, pois um DSEI pode abranger até mais de um município ou Estado^(5,18).



1 - Alagoas e Sergipe; 2 - Altamira; 3 - Alto Rio Juruá; 4 - Alto Rio Negro; 5 - Alto Rio Purus; 6 - Alto Rio Solimões; 7 - Amapá e Norte do Pará; 8 - Araguaia; 9 - Bahia; 10 - Ceará; 11 - Cuiabá; 12 - Guamá Tocantins; 13 - Kayapó Mato Grosso; 14 - Kayapó Pará; 15 - Leste de Roraima; 16 - Médio Rio Solimões e Afluentes; 17 - Manaus; 18 - Maranhão; 19 - Mato Grosso do Sul; 20 - Minas Gerais e Espírito Santo; 21 - Médio Rio Purus; 22 - Interior Sul; 23 - Parintins; 24 - Pernambuco; 25 - Porto Velho; 26 - Potiguar; 27 - Rio Tapajós; 28 - Litoral Sul; 29 - Tocantins; 30 - Vale do Javari; 31 - Vilhena; 32 - Xavante; 33 - Xingu; 34 - Yanomami.

Fonte: SESAI/MS⁽¹⁸⁾.

Figura 2: Mapa de Localização dos 34 Distritos Especiais Indígenas - DSEI.

A estrutura do DSEI é composta por postos de saúde situados dentro das aldeias indígenas, que contam com o trabalho permanente do Agente Indígena de Saúde (AIS) e do Agente Indígena de Saneamento (AISAN); polo base com equipes multidisciplinares de saúde indígena; e pela Casa do Índio (CASAI), que apoia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade⁽⁵⁾.



Há duas classificações de polos base: tipo 1 e 2. O primeiro localiza-se geralmente dentro das aldeias, com a realização de atividades de assistência tais como: coleta de exame preventivo de câncer de colo de útero nas mulheres, acompanhamento de recém nascidos, imunização, curativos, educação em saúde e acompanhamento do AIS, dentre outras atividades assistenciais.

Já o segundo, tipo 2, está localizado nos municípios e caracteriza-se por atividades de armazenamento de medicamentos, insumos, documentos como prontuários, dados de imunização, planejamento de ações, dentre outras.

No Brasil, como já citado, existem 34 DSEI, cada qual com realidades distintas no que se refere à etnia, logística, estrutura, gestão, recursos, dentre outros. Dependendo do DSEI, sua localização e especificidade, as atividades serão executadas em um único posto de saúde, tipo misto, o qual possui características tanto do tipo 1 quanto do tipo 2. Essas estruturas são comuns em distritos sanitários no Amazonas, em regiões com peculiaridades logísticas.



Figura 2: Modelo organizacional e assistencial do subsistema de atenção à saúde indígena.

Diferentemente dos postos de saúde e polo base, os DSEI possuem sede nos municípios da área de abrangência do território indígena. Após o processo de autonomia administrativa e financeira, estes distritos atuam como uma unidade gestora descentralizada SasiSUS e são pontos de referência para as atividades de planejamento, organização e operacionalização das ações baseadas nas necessidades locais de saúde, com diretrizes de desenvolvimento provenientes do nível central, saneamento, gestão de pessoas e serviços logísticos.

O DSEI tem como atribuição ser o articulador e interlocutor com as redes Municipais e Estaduais de Saúde para atendimento de demandas de maior complexidade, a fim de garantir a integralidade da atenção à saúde aos povos indígenas, pois o grau de resolutividade prevista se restringe a atenção básica em saúde⁽¹⁹⁾.

Nos DSEI, as Casas de Saúde do Índio (CASAI) correspondem às unidades de apoio ao tratamento de pacientes indígenas encaminhados para atendimento na rede de referência do SUS, quando esgotados os recursos em aldeias/território. Dada a sua função de elo com a rede de referências, que se localiza longe das aldeias, as CASAI costumam ser sediadas em áreas urbanas, representando uma transição entre a rede do subsistema de saúde indígena e os outros níveis de complexidade do SUS⁽⁵⁾.



De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas- PNASPI⁽⁵⁾:

Essas Casas de Saúde deverão estar em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso. Além disso, as Casas deverão ser adequadas para promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para o exercício dessas atividades.

Segundo dados da SESAI, órgão que gerencia os DSEIs no Brasil, há 67 (sessenta e sete) Casas de Saúde do Índio (CASAI), 1.199 Unidades Básicas de Saúde Indígenas, 6.238 aldeias e 361 polos base nas áreas de abrangências dos 34 distritos sanitários⁽⁶⁾.

Até o ano de 2017, os estabelecimentos que realizam ações de atenção à saúde para populações indígenas não eram reconhecidos oficialmente como estabelecimentos de saúde no sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Através da Portaria 1317/2017, houve a regulamentação das diretrizes para o registro das informações relativas à adequação e cadastramento das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) na Base Nacional do Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS).

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE INDÍGENA: COMPOSIÇÃO, SELEÇÃO, ESPAÇO DE ATUAÇÃO

Na Portaria 1317/2017, a Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena - EMSI- “corresponde a um conjunto de profissionais responsáveis pela atenção básica à saúde indígena em uma área sob gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS)” e também estabelece a vinculação de uma equipe mínima, composta por pelo menos três profissionais de ocupação/categorias diferentes, sendo um de nível superior e dois de nível médio, conforme descrito na Portaria 1317/2017⁽⁷⁽²⁰⁾⁾.

A PNASPI recomenda definir a composição da equipe de acordo com critérios estabelecidos no planejamento das ações e que se considere a situação epidemiológica, número de habitantes, necessidades de saúde, características geográficas, acesso e nível de organização dos serviços. A composição da equipe é semelhante à composição das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), aplicada na atenção básica no âmbito do SUS. Poderá também contar com a participação de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários, compondo o Núcleo Ampliado de Saúde Indígena (NASI)⁸ na forma de apoio matricial, interdisciplinar e suporte técnico aos demais profissionais.

Nas aldeias, a atenção básica é realizada por toda a EMSI, sendo que o Agente Indígena de Saúde (AIS), por residir dentro das aldeias, é o profissional que mais realiza visitas periódicas. O AIS é o elo entre a equipe e a comunidade, e por haver muita rotatividade entre os demais profissionais, é o profissional que atua com mais regularidade, juntamente com os profissionais de enfermagem.

A contratação da EMSI se dá de forma indireta, através de convênios entre o Ministério da Saúde e associações ou institutos, sendo que o chamamento dos profissionais acontece através de processos seletivos. O conhecimento anterior em saúde indígena, capacitação e cursos são critérios que pontuam, mas não são determinantes para tal contratação.

7 O gestor do DSEI pode, opcionalmente, além da equipe mínima, incluir os seguintes profissionais nas equipes que prestam atenção à saúde indígena como: Médicos Clínicos (família), Cirurgião Dentista (família), Enfermeiros e Afins (família), Técnicos e auxiliares de enfermagem (família), Técnico em Saúde Bucal, Auxiliar em Saúde Bucal, Trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde (família), Agente de saúde pública, Microscopista, entre outros. Estes não deverão ser marcados como equipe mínima.

8 NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE INDÍGENA (NASI) configura-se como uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às EMSI. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte técnico, sanitário e pedagógico aos profissionais da atenção à saúde.



Mesmo adotando essa forma de seleção, a manutenção e fixação de profissionais é um grande desafio na saúde indígena. Conforme já citado, há uma grande rotatividade de recursos humanos contratados, sendo uma grande fragilidade da SESAI, pois há implicações no que se refere ao treinamento desses profissionais para trabalhar nesses contextos interculturais, e descontinuidade das ações de saúde a essa população⁽⁶⁾.

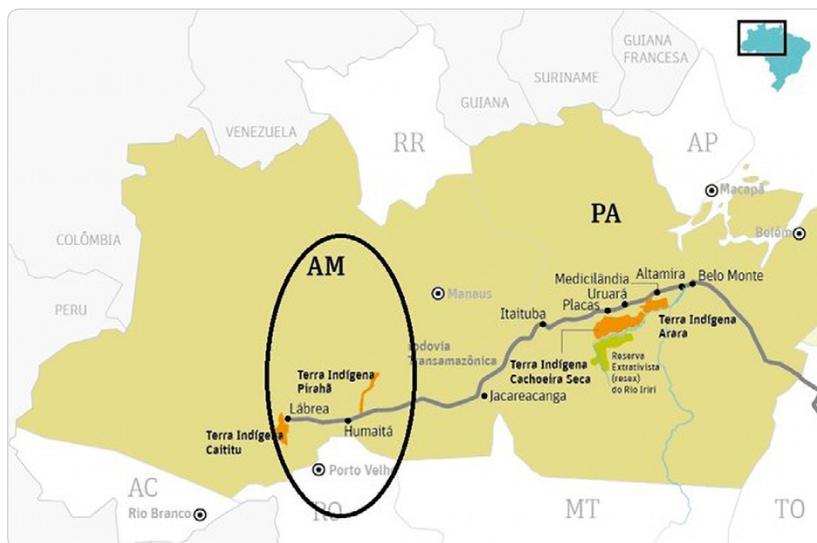
É POSSÍVEL REALIZAR A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À POPULAÇÃO INDÍGENA RESPEITANDO AS DIFERENÇAS DE CONCEITOS E SABERES? COMO É O ATENDIMENTO DO ENFERMEIRO DENTRO DAS ÁREAS INDÍGENAS?

A assistência à população indígena demanda da EMSI uma abordagem diferenciada, não tradicional, pautada na equidade e demais princípios e diretrizes do SUS, uma vez que a assistência acontece dentro da área indígena no espaço de moradia, trabalho e convivência dos indígenas.

Embora a proposta da atenção diferenciada tenha foco no atendimento em território indígena, o que muitos podem interpretar erroneamente como um privilégio, seu conceito é bem mais amplo. Consiste em atender às necessidades percebidas pelas comunidades, envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações de saúde, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos⁽⁵⁾.

São espaços de atuação e trocas de saberes distintos, pois o/a profissional terá que trabalhar com quebra de paradigmas e preconceitos. Ao se inserir nesse espaço intercultural, é importante reconhecer e buscar compreender as diferentes formas do cuidado e saberes e sua relação no processo saúde-doença⁽²¹⁾.

A assistência oferecida aos povos indígenas deve ser baseada em aspectos que reconheçam e valorizem especificidades dos hábitos de vida dos/das indígenas, porém tais práticas podem esbarrar em questões operacionais e técnicas como língua, ambiente, estrutura, logística, articulação com rede de atenção, capacitação, educação permanente, dentre outros que geram dificuldades para o cuidado à saúde.



Fonte: Maisonnave e Almeida⁽²²⁾.

Figura 3: Calha do Rio Maici - Divisa do DSEI Manaus com DSEI Porto Velho

No conjunto de profissionais que prestam assistência à saúde aos povos indígenas, a enfermagem desenvolve um papel muito importante, pois é a categoria de nível superior e médio com maior média de



atendimento, sendo os que mais permanecem em contato com os/as indígenas⁽⁶⁾. Os cuidados são prestados no território, em sua maioria, dentro das áreas indígenas, nos polos base ou postos de saúde, mas a sua efetivação dependerá de algumas condicionalidades que podem sofrer alterações entre os DSEI, tais como: estrutura existente, especificidades logísticas, diversidades étnicas, diferentes perfis de morbimortalidade dos povos indígenas e as particularidades dos padrões de ocupação territorial.

Um exemplo é o povo Mura Pirahã, que pertence ao DSEI Manaus, mas ocupa a calha do Rio Maici no Município de Humaitá, que pertence ao DSEI Porto velho, conforme figura abaixo. Eles vivem por toda a extensão do rio em pequenos agrupamentos e moradias, que se tornam provisórias, já que são estabelecidas de acordo com a cheia e seca dos rios.

Portanto, trata-se de um território incomum ao padrão estabelecido, pois embora naquela calha de rio exista uma pequena estrutura física para o atendimento, dada a mobilidade da população Mura Pirahã, a assistência é realizada onde há possibilidades, podendo ser na canoa, na praia ou em palafitas. Trabalhar em território indígena é enriquecedor; é um espaço de trocas e escutas, mas também um local de “arranjos e improvisos”, onde o processo de adaptação é recíproco, tanto para o indígena quanto para o profissional, o qual, deve preferencialmente estar capacitado/treinado ou possuir conhecimento prévio em sua formação para atuar em contexto intercultural.



Fonte: Arruda⁽²³⁾.

Figuras 4 e 5: Local de moradia provisória conforme cheia e seca dos rios

BREVE CONCEITO DE INTERCULTURALIDADE E A IMPORTÂNCIA DAS TEORIAS NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA ATUAÇÃO/ASSISTÊNCIA EM ESPAÇO INTERCULTURAL - POPULAÇÃO INDÍGENA

Amplio é o campo de atuação do/a enfermeiro/a, sendo a saúde indígena uma opção. A contratação dos profissionais se dá através de processos seletivos, com aplicação de prova escrita, entrevista e demais critérios, conforme descrito anteriormente. As vagas são muito disputadas e o processo seletivo é realizado com frequência, dada a alta rotatividade de profissionais por questões correlatas às condições de trabalho como locomoção, tempo de permanência em terra indígena, carga horária e infraestrutura para atendimento. Considerando a pluralidade dos povos indígenas e a não formação do/a enfermeiro/a para saúde indígena, a assunção deste posto em território indígena gera ao/a profissional um turbilhão de emoções, dúvidas, medos e inseguranças.



É um grande desafio dividir o mesmo espaço com pessoas que não fazem parte do seu cotidiano, com hábitos, costumes, conceitos de vida, morte e religião distintos. São mundos desconhecidos e o processo de adaptação é abrupto para ambas as partes. Como não se sentir fragilizado diante desta nova realidade?

Neste contexto, surge o conceito da interculturalidade, definido em propostas de convivência democráticas entre diferentes culturas, buscando promover entre elas a integração, considerando suas diversidades. Bragato e colaboradores⁽²⁴⁾ acreditam se tratar de “Um caminho de inclusão, um encontro que deve possibilitar a aceitação do diferente como uma oportunidade de enriquecimento e transformação de ambas as partes.”

Albó⁽²⁵⁾ define a interculturalidade como qualquer relação entre pessoas ou grupos sociais de culturas diferentes e, por extensão, entre as atitudes de pessoas e grupos de uma cultura referentes às pessoas e aos elementos de outra cultura. Classifica-as de negativas, quando levam à diminuição do que é diferente e positivas quando levam ao respeito e ao enriquecimento mútuo, a partir de um intercâmbio enriquecedor.

Criar um espaço intercultural é pensar em um espaço de diálogo entre vozes, intercâmbio, em paridade, em confiança, onde uma cultura não seja superior a outra, é um conceito mais amplo que apenas o reconhecimento das diversidades e diferenças⁽²⁶⁾. Neste sentido, é importante discutir como está a formação acadêmica do/a enfermeiro/a que busca atuar com populações vulnerabilizadas e qual sua importância nos espaços de produção do cuidado, neste caso, saúde indígena.

As Teorias de Enfermagem com abordagem antropológicas são ferramentas de grande importância neste contexto e podem contribuir para a formação do profissional e fortalecer sua inserção em espaços tão distintos, mesmo que minimamente. Teorias de enfermagem são guias extremamente importantes e auxiliam os profissionais a criar, testar e aperfeiçoar um corpo específico de conhecimento. O foco principal das teorias tem sido a definição da essência da enfermagem e suas principais características⁽²⁷⁾.

A prática de enfermagem deve estar alicerçada nas teorias, as quais são importantes quando aplicadas na assistência, no ensino, pesquisa e gerência. Na atuação do profissional enfermeira/o na assistência à saúde da População indígena, será um grande diferencial, podendo contribuir, tanto ao profissional, quanto à população a ser assistida.

Merino e colaboradores⁽²⁸⁾ apontam para o conhecimento vago de pós-graduandos com relação às teorias de enfermagem e o subsídio que fornecem para a promoção do cuidado, conduzindo a ação do profissional ao paciente como ser completo, que vive em sociedade, com hábitos e costumes próprios.

Dentre todas as teorias de enfermagem existentes, uma das desejáveis nesta instrumentalização é a teoria transcultural de Leininger, ou modelo sol nascente, que considera a visão de mundo dos indivíduos e suas estruturas culturais e sociais, como influenciadores de sua condição de saúde ou doença⁽²⁹⁾.

O modelo da competência cultural desenvolvido por Campinha-Bacote⁽³⁰⁾ pressupõe a consciência cultural. Esta teoria foi desenvolvida a partir da antropologia adaptada à enfermagem transcultural na perspectiva do cuidado humanizado. Também propõe uma autoavaliação ao/à enfermeiro/a, a fim de oferecer instrumentos para o cuidado em diferentes contextos e cenários. A competência cultural é o processo em que o prestador do cuidado se empenha ao máximo para adquirir habilidades para trabalhar de forma completa no contexto cultural onde está inserido seu paciente. Conhecendo a si mesmo, o profissional enfermeiro/a conseguirá identificar suas facilidades e dificuldades para prover o cuidado culturalmente competente⁽³¹⁾.

Neste sentido, Gualda e Hoga⁽²⁷⁾ alertam que se aqueles que praticam a enfermagem não considerarem os aspectos culturais da necessidade humana, suas ações poderão ser ineficazes e trazer consequências desfavoráveis para as pessoas assistidas.

Considerando a importância em instrumentalizar esses profissionais no cuidado humanizado no contexto indígena, a PNASPI tem como proposta a capacitação priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas. Para a SESAI, o preparo adequado dos profissionais para atuação em contextos interculturais é imprescindível para aprimorar o SasiSUS.



Em seu estudo, Guimarães⁽⁷⁾ aponta que a capacitação contínua de recursos humanos ainda se mantém como uma grande fragilidade na saúde indígena, corroborando Oliveira, Aquino e Monteiro⁽³²⁾, que apontam a falta de recursos humanos qualificados e a ausência de experiência profissional dentre as dificuldades e fragilidades na atuação da enfermagem, especificamente na atenção à saúde indígena. Terra e Andrade⁽³³⁾ afirmam que o despreparo com relação à cultura e o contexto indígena estão entre as maiores dificuldades encontradas pelos enfermeiros na efetivação da assistência neste território.

As propostas da V Conferência Estadual Indígena, realizada no ano de 2013 na Bahia, traziam conteúdos relacionados à formação de recursos humanos para atuação na saúde indígena, lembrando que desde a II Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena em 1993, as lideranças indígenas apontaram essa necessidade⁽¹⁶⁾. Essas propostas evidenciam também a preocupação da própria população indígena com a atuação dos profissionais em seu território. A falta de formação e capacitação dos profissionais de saúde para atuar em contextos interétnicos específicos contribuiu para que indígenas pudessem ingressar nos cursos de formação em enfermagem para propiciar um melhor atendimento nas aldeias⁽³⁴⁾.

INICIAÇÃO NA SAÚDE INDÍGENA - DO IDEALIZADO AO PRATICADO - UM RELATO DE CASO POR SILMARA ARRUDA

No final do ano de 2005, saí da região centro oeste de São Paulo para o Amazonas a fim de trabalhar com populações indígenas. Minha cidade natal, Botucatu, fica próxima ao município de Bauru, ambas no interior do estado de São Paulo, onde, segundo dados do Instituto Socioambiental - ISA⁹ vivem cerca de 600 índios distribuídos em oito terras indígenas.

O município de Botucatu fica cerca de 130 km de distância dessas terras e confesso que, mesmo com nome de origem tupi, nunca antes havia tido contato com a população indígena até minha ida ao estado do Amazonas.

Na graduação realizada na cidade de Jaú, próxima a Bauru, não tive disciplinas teóricas sobre práticas tradicionais de cuidado realizadas entre os indígenas ou estágios práticos em saúde pública que discutissem a temática, mesmo a saúde indígena estando amparada pelo SUS com capítulo específico na lei orgânica. Hoje, consigo entender que a elitização dos espaços educacionais deixou lacunas em minha formação enquanto profissional de saúde, o que foi nocivo para minha iniciação na saúde indígena.

Busquei a saúde indígena por três motivos: o primeiro pela oportunidade de emprego, já que estava recém-formada, e na época, o único critério para ingresso era a graduação em enfermagem; o segundo motivo, por entender que meu trabalho faria diferença, afinal trabalharia dentro de uma aldeia indígena, mesmo desconhecendo a abrangência da situação e desconsiderando minha pouca experiência enquanto enfermeira. E, terceiro, bem mais importante na época, o fator financeiro, pois a remuneração salarial enquanto enfermeira era e ainda está acima da média.

Na época, não me preocupei com o mais essencial, que era o conhecimento intercultural e a prática enquanto enfermeira em contextos tão heterogêneos, mas também não encontrei essa preocupação ou resistência por parte da FUNASA e da Organização Não Governamental - ONG¹⁰, na época.

É importante destacar que essa realidade foi vivenciada no final de 2005 e início de 2006, quando ingressei na saúde indígena e onde permaneci até o ano de 2013. Embora a criação da SESAI tenha sido uma das maiores conquistas e avanço nos últimos anos, as fragilidades em qualificar os profissionais de forma permanente ainda são desafio constante no aprimoramento da Saúde indígena⁽⁶⁾.

9 O Instituto Socioambiental é uma organização não governamental fundada em 22 de abril de 1994 com o objetivo de defender bens e direitos sociais, coletivos e difusos, relativos ao meio ambiente, ao patrimônio cultural, aos direitos humanos e dos povos. Ver: <https://www.socioambiental.org/pt-br/o-isa>.

10 As Organizações Não Governamentais (ONGs) são organizações sem fins lucrativos.



Quando cheguei no Amazonas, especificamente no DSEI Javari, localizado no município de Atalaia do Norte, cerca de 1300 km da capital Manaus no extremo oeste do Amazonas, na tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru, o que mais me impressionou foi toda a logística envolvida em minha entrada na área indígena, ou seja, na aldeia, assim como a quantidade de equipamentos e insumos para se cumprir a proposta. As especificidades logísticas ainda são o grande diferencial, e em alguns casos, determinante na permanência do/a profissional enfermeiro/a na saúde indígena, o que reflete na continuidade das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças para esta população, principalmente na região Amazônica, onde se percorre quilômetros de rios e terra para chegar até o destino final.

A primeira ida para área indígena foi para uma ação de vacinação e atendimento das demandas existentes, por ser a única profissional de nível superior compondo a equipe. Tal fato é muito comum e me causou grande tensão, pois além de ir sem um profissional de nível superior que já atuasse na área, não teria o suporte e acompanhamento do profissional médico. Essa condição me trouxe grande insegurança, pois, conforme as orientações de “iniciação”, os cuidados de enfermagem poderiam abranger demandas fora da minha competência profissional, para as quais não estava preparada, como por exemplo, instituir tratamento medicamentoso, fazer diagnóstico clínico, atender acidentes diversos, mordedura de víbora, que é muito comum, partos com ou sem intercorrências, dentre outros, o que de fato aconteceu.

Na época, era frequente a interrupção de repasses orçamentários para as ONGs, ocasionando a descontinuidade da prestação de serviços de saúde nas aldeias indígenas, o que gerava grande acúmulo de demandas reprimidas nas aldeias.

Permaneci em atendimento por 45 dias, e após isso, recebi 15 dias de folga, o que não considerava suficiente pela “disponibilidade” que devemos ter, estando em área indígena. A concepção de tempo do indígena é diferente da nossa, sendo que a qualquer momento, a profissional é requisitada para atendimento, o que torna sua permanência em área semelhante a um regime de plantão hospitalar. Esta jornada de trabalho foi intensa e exaustiva, tanto física como emocionalmente, sem possibilidades de trabalhar ações educativas, pois como a vacinação era realizada concomitante aos atendimentos e por não haver energia elétrica em área indígena, a quantidade de gelo e gelox era monitorada o tempo todo para que não compromettesse a qualidade do imunobiológico.

No tempo em que não estava vacinando, realizava atendimentos de saúde de demandas pontuais, ações curativas e assistenciais, como casos de diarreia, febre em decorrência da malária e curativos, solicitando remoção dos casos mais graves. Concordando com Diehl e Follman⁽³⁴⁾: “O processo de trabalho se resumia em intervenção individual e curativa, na lógica biomédica, não permitia espaços para o diálogo e construção de práticas locais coletivas, nem a articulação com os saberes indígenas, bases da atenção diferenciada”.

Durante minha iniciação na saúde indígena, meus interlocutores com a comunidade foram os AIS das aldeias atendidas e os auxiliares e técnicos de enfermagem que faziam parte da equipe. Na maioria dos DSEI, é consenso que a continuidade da assistência é executada pelo/a profissional enfermeiro/a, pelos técnicos de enfermagem e AIS.

Embora estivesse engajada em atuar para essa população, me questionei muitas vezes o quanto minha formação era deficiente para atuar naquele contexto tão heterogêneo, pois não era apenas o fator cultural, mas os valores morais, éticos e de competência clínica. Foi uma experiência ímpar, com muito imprevisto e reinvenção em minha forma de assistir, repensar minha prática enquanto enfermeira, minhas convicções, minhas relações pessoais, emocionais e familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na década de sessenta quando as EVS - equipes volantes de saúde foram criadas no âmbito da FUNAI para prestar assistência à saúde dentro das aldeias, sua composição técnica consistia quase que exclusivamente pela enfermagem. Hoje, há mais de três décadas, com a implantação dos DSEIs e a criação da SESAI,



a enfermagem ainda prevalece como categoria profissional ativa no contexto da atenção à saúde aos povos indígenas e sua participação efetiva se faz condição *sine qua non* para implementar a atenção singularizada no contexto intercultural da saúde indígena.

Nas aldeias, a atenção básica é realizada principalmente pelos AIS, com visitas periódicas dos demais profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, conforme planejamento das suas ações. O AIS é o elo entre a equipe e a comunidade, e por haver muita rotatividade entre os demais profissionais, é o que atua com mais regularidade em muitas aldeias, juntamente com os profissionais de enfermagem.

Estabelecendo papel central dentro das EMSI nas práticas do cuidado à população indígena, a enfermagem possui atuação abrangente, com destaque para a educação em saúde, supervisão, coordenação das EMSI e assistência propriamente dita, que abrange desde os cuidados emergenciais, prevenção de doenças e recuperação em saúde.

A imersão do enfermeiro nesse espaço de atuação exige, além das competências técnicas, a busca do conhecimento para que possa atender essa população em suas dimensões de organização, cultural, afetiva e espiritual. Para a completude dessa assistência, a teoria intercultural do cuidado torna-se inerente à/o enfermeira/o que assistirá a/o indígena em suas diferentes situações.

Entretanto, o déficit de conhecimento de profissionais deve ser superado com formação no âmbito acadêmico (graduação e pós-graduação) e em programas de educação permanente, o que exige conhecimentos aprofundados e estratégias viáveis sobre impacto dos investimentos e fixação de profissionais em áreas remotas. A instrumentalização profissional com a teoria do cuidado intercultural amplia a perspectiva do cuidado, confere competência, sensibilidade cultural e estabelece uma atenção diferenciada na prática.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010: resultados gerais da amostra [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [cited 2021 Aug 03]. 239 p. Available from: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/99/cd_2010_resultados_gerais_amostra.pdf
2. Carvalho T, (Diretor). Saúde Indígena: atenção diferenciada e políticas públicas para territórios [Documentário] [Internet]. [S.l.]: Canoas Produções; 2020 [cited 2021 Aug 03]. Vídeo: 00h22m35s, son., color. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=gBtQx4jDZ6U&feature=youtu.be>
3. Vannuchi AMC, Cordeiro DC, Diehl A. Minorias. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, e colaboradores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Rio Grande do Sul: Artmed; 2011. p. 423-33.
4. Altini E, Rodrigues G, Padilha L, Moraes PD, Liebgott RA, organizadores. A política de atenção à saúde indígena no Brasil: breve recuperação histórica sobre a política de assistência em saúde nas comunidades indígenas [Internet]. Brasília: CIMI; 2013 [cited 2021 Aug 16]. 28 p. Available from: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4253168/mod_resource/content/1/Brasil%20Cartilha%20Sa%C3%Bade%20Ind%C3%Adgena.pdf
5. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas [Internet]. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde/FUNASA; 2002 [cited 2021 Aug 16]. 40 p. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf
6. Ministério da Saúde (BR). Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS/Ministério da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [cited 2021 Aug 03]. 83 p. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_analise_situacao_sasisus.pdf
7. Guimarães VLB. A qualidade da atenção à saúde indígena no Brasil [Monografia]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2011. 69 p.
8. Oxfam Brasil. Desigualdades: povos indígenas frente a pandemia [Live]. [São Paulo]: Oxfam Brasil; 2020 [cited 2020 Aug 18]. Vídeo: 1h09m09s, color., son. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=j2mFFRBP548>
9. Barros EP. Parte IV - Desigualdades, diferença em saúde. Saúde indígena: a invisibilidade como forma de exclusão. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA, organizadoras. O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003 [cited 2021 Aug 03]. 238 p. Available from: <http://books.scielo.org/id/d5t55/pdf/goldenberg-9788575412510-15.pdf>



10. Associação Nacional dos Procuradores da República. Índios, Direitos Originários e Territorialidade. 6ª Câmara de Coordenação e Revisão. Ministério Público Federal. Organizadores: Alcântara GK, Tinôco LN, Maia LM, organizadores [Internet]. Brasília: ANPR, 2018 [cited 2022 Feb 23]. 517 p. Available from: http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/documentos-e-publicacoes/artigos/docs_artigos/indiospdf.pdf/view
11. Rodrigues D, Mendonça S, Oliveira L, Roder F, Coelho C. Tema 2 – A atenção diferenciada em saúde indígena: considerações iniciais. In.: Rodrigues D, coordenador. Especialização em Saúde Indígena [Internet]. [São Paulo]: UNASUS – UNIFESP; 2019 [cited 2021 Aug 03]. Available from: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/MOOC/SI_II_2021/unidade1.html#2
12. Ministério Público Federal (BR). Atuação da 6CRR: Relatório Figueiredo [Internet]. Brasília: Ministério Público Federal; 1967 [cited 2020 Aug 18]. Available from: <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/violacao-dos-direitos-dos-povos-indigenas-e-registro-militar/relatorio-figueiredo.1967>
13. Câmara dos Deputados (BR). Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 1999 [cited 2021 Aug 11];(Ed. Extra):37. Available from: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1999/decreto-3156-27-agosto-1999-341278-norma-pe.html>
14. Moraes JT. O subsistema de atenção à saúde indígena e sua efetivação no Estado do Mato Grosso do Sul: análise no funcionamento, ações e serviços. Rev Juris UniToledo [Internet]. 2018 [cited 2021 Aug 03];03(04):191-203. Available from: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Rev-Juris-UNITOLEDO_v.3_n.4.12.pdf
15. Pontes AL, Machado FRS, Santos RV, Brito CAG. Diálogos entre indigenismo e Reforma Sanitária: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena. Saúde Debate [Internet]. 2019 [cited 2021 Aug 11];43(Spe 8):146-59. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S811>
16. Mota SE. A atenção diferenciada no âmbito do subsistema de atenção à saúde indígena: um estudo de caso no distrito sanitário especial indígena da Bahia [Tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2017. 179 p.
17. Presidência da República (BR). Decreto n. 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE [Internet]. Diário Oficial da União. 2019 [cited 2022 Feb 24];95(1)2-19. Available from: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/05/2019&jornal=515&pagina=2&totalArquivos=152>
18. Martins AL. Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do subsistema de atenção à saúde indígena [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2013. 126 p.
19. Martins JL. O trabalho do enfermeiro em saúde indígena: desenvolvimento de competências para atuação no contexto intercultural [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017. 154 p.
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.317, de 03 de agosto de 2017. Diário Oficial da União [Internet]. 2017 [cited 2021 Aug 03];151(1):49. Available from: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras_pdf/PORT_SAS_MS_1317_2017.pdf
21. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciên Saúde Coletiva [Internet]. 2003 [cited 2019 Oct 05];8(1):185-207. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf>
22. Maisonnave F, Almeida L. Transamazônica: crime e abandono. Pobreza, desmatamento, e extração ilegal de madeira e ouro margeiam rodovia na floresta [Internet]. Folha de S Paulo, São Paulo, 22 out 2010 [cited 2021 Aug 11]. Caderno Cotidiano. Available from: https://docs.ufpr.br/~jrgarcia/macroecologia_ecologica/Noticias/Transamaz%C3%B4nica%20%20crime%20e%20abandono%20-%20Cotidiano%20-%20Folha%20de%20S.Paulo.htm#introducao
23. Arruda SCP. Local de moradia provisória conforme cheia e seca dos rios. 2009. 2 fotografias, color. Coleção particular.
24. Bragato FF, Barretto VP, Silveira Filho AS. A interculturalidade como possibilidade para a construção de uma visão de direitos humanos a partir das realidades plurais da América Latina. Rev Fac Direito UFPR [Internet]. 2017 [cited 2021 Aug 03];62(1):33-59. Available from: <https://revistas.ufpr.br/direito/article/view/47133>
25. Albó X. Cultura, interculturalidade, inculturação. Mantoanelli Y, tradutora. São Paulo: Edições Loyola; 2005. 88 p.
26. Canclini NG. Diferentes, desiguais e desconectados: mapas de interculturalidade. Henriques LS, tradutor. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009. 284 p.



27. Gualda DMR, Hoga LAK. Estudo sobre teoria transcultural de Leininger. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 1992 [cited 2021 Aug 11];26(1):75-86. <https://doi.org/10.1590/0080-6234199202600100075>
28. Merino MFGL, Silva PLAR, Carvalho MDB, Pelloso SM, Baldissera VDA, Higarashi IH. Teorias de enfermagem na formação e na prática profissional: percepção de pós-graduandos de enfermagem. Rev Rene [Internet]. 2018 [cited 2021 Aug 11];19:e3363. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2018193363>
29. Braga CG. Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 1997 [cited 2021 Aug 11];31(3):498-516. <https://doi.org/10.1590/S0080-62341997000300011>
30. Campinha-Bacote J. Cultural competemility: a paradigm shift in the cultural competence versus cultural humility debate – Part I. OJIN: Online J Issues Nurs [Internet]. 2018 [cited 2022 Feb 24];24(1). <https://www.doi.org/10.3912/OJIN.Vol24No01PPT20>
31. Pagliuca LMF, Maia ER. Competência para prestar cuidado de enfermagem transcultural à pessoa com deficiência: instrumento de autoavaliação. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012 [cited 2021 Aug 10];65(5):849-55. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000500020>
32. Oliveira JWB, Aquino JM, Monteiro EMLM. Promoção da saúde na comunidade indígena Pankarau. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012 [cited 2021 Aug 10];65(3):437-44. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000300007>
33. Andrade GASCR, Terra MF. Assistência de enfermagem à população indígena: um estudo bibliográfico. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo [Internet]. 2018 [cited 2021 Aug 04];63(2):100-04. <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2018.63.2.100>
34. Diehl EE, Follmann HBC. Indígenas como trabalhadores de enfermagem: a participação de técnicos e auxiliares nos serviços de atenção à saúde indígena. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2014 [cited 2021 Aug 04];23(2):451-9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000300013>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c08>

PRÁTICAS DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS EM SITUAÇÃO CARCERÁRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE AS DIMENSÕES DO CUIDAR

Beatriz Santana Caçador^I

ORCID: 0000-0003-4463-3611

Laylla Veridiana Castória Silva^{II}

ORCID: 0000-0002-6488-3485

Thuany Carolina Silva e Souza^I

ORCID: 0000-0002-9151-0895

Carolina da Silva Caram^{III}

ORCID: 0000-0001-6219-3301

Maria José Menezes Brito^{III}

ORCID: 0000-0001-9183-1982

^IUniversidade Federal de Viçosa.
Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

^{II}Universidade Federal do Espírito Santo.
Vitória, Espírito Santo, Brasil.

^{III}Universidade Federal de Minas Gerais.
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Autora Correspondente:

 Beatriz Santana Caçador
cacadorbeatriz2@gmail.com


Como citar:

Caçador BS, Silva LVC, Souza TCS, Caram CS, Brito MJM. Práticas de enfermagem para pessoas em situação carcerária: um relato de experiência sobre as dimensões do cuidar. In: Souza ES, Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 2. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 70-7 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c08>

 Revisora: Kênia Lara Silva.
Universidade Federal de Minas Gerais.
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

INTRODUÇÃO

O Brasil possui uma das maiores populações carcerárias do mundo, impondo desafios estruturais no que tange a garantia de direitos das pessoas privadas de liberdade. A superlotação associada às precárias condições de higiene bem como à incipiente assistência jurídica e de saúde, cerceiam as pessoas privadas de liberdade de condições dignas de vida⁽¹⁾.

Neste sentido, há uma representação social que alimenta o imaginário coletivo, o qual considera que todas as vulnerabilidades a que estão expostos os encarcerados são merecidas. Há, pois, uma condenação integral dessas pessoas que, já privadas de liberdade, acabam sendo privadas de dignidade humana⁽²⁾.

Tendo como pressuposto que a saúde é direito de todos e dever do Estado, há que se ressaltar a importância das práticas de enfermagem para pessoas em situação carcerária a fim de contribuir para que a garantia da saúde como direito aproxime-se ao cotidiano dos privados de liberdade. Deste modo, o exercício das cinco dimensões do cuidar em enfermagem, composto por assistir, gerenciar, educar, pesquisar e participar politicamente, torna-se potencialmente capaz de promover experiências de cuidado sustentadas no paradigma da integralidade e da humanização.

Nesse sentido, o objetivo do presente estudo é relatar a experiência da realização de práticas de cuidado em enfermagem considerando as cinco dimensões do cuidar em um presídio no interior de Minas Gerais.

Trata-se de um relato de experiência de práticas de cuidado de enfermagem considerando as cinco dimensões do cuidar descritas por Sanna⁽³⁾. As práticas de cuidado foram realizadas em um presídio no interior de Minas Gerais, semanalmente, desenvolvidas como atividades extensionistas do curso de Enfermagem de uma universidade pública do interior de Minas Gerais, nos anos de 2019 a 2021.



No período relatado, o presídio abrigava 266 detentos, mas possuía capacidade para 114 pessoas. Estes estavam distribuídos em 18 celas, divididos em três galerias (direita, esquerda e externa) as quais abrigavam pessoas privadas de liberdade em regime provisório, fechado, semiaberto, em prisão temporária e por débito alimentar.

As atividades no presídio tiveram como motivação inicial o desejo de estudantes de expandir a presença da universidade para realidades marcadas por vulnerabilidades e invisibilidades. Os estudantes interrogaram à professora de Saúde Coletiva o motivo pelo qual a universidade disputava campos de ensino em locais no qual sua presença já se fazia de modo recorrente em diferentes disciplinas. Por outro lado, a universidade não adentrava em locais hegemonicamente marginalizados como os presídios, evidenciando, assim, uma importante contradição na realidade. Nesse sentido, tomando posse do princípio da equidade, houve extrema mobilização para atravessar os muros do presídio e iniciar o processo de reconhecimento desse território, a fim de desbravar os caminhos para a construção da experiência relatada neste estudo.

Importa ressaltar que, desde o primeiro contato com a direção do presídio, houve receptividade e muita colaboração para que as parcerias fossem estabelecidas. Entende-se que esta abertura foi crucial para viabilizar a experiência vivenciada e permitir que ocorresse da melhor maneira possível, dentro das limitações próprias do sistema prisional.

Assim, impulsionados pelo desejo de fazer o Sistema Único de Saúde (SUS) acontecer no contexto do cárcere e contribuir para que o direito ao acesso à saúde se fizesse realidade para as pessoas privadas de liberdade, foi implantado práticas semanais no contexto do presídio. Faz-se necessário circunstanciar que durante a vivência no presídio, não havia profissionais de saúde atuantes no local, como enfermeiros e médicos e, não haviam objetivos de contratação desses profissionais nem pelo Estado nem pela prefeitura do município, desse modo, apenas a universidade constituiu-se como porta de acesso ao sistema de saúde para as pessoas privadas de liberdade.

Sustentou-se durante a prática neste contexto de vulnerabilidade, fundamentos basilares no que tange o cuidado em saúde, a saber:

1. O reconhecimento do trabalho em saúde como um trabalho vivo em ato o qual acontece mediante encontros intercessores entre trabalhadores de saúde e usuários, orientador por tecnologias que promovam a intersubjetividade⁽⁴⁾.
2. O reconhecimento da integralidade como prática potencialmente capaz de superar o paradigma biomédico e sua abordagem anátomo fisiológica de cuidado. Integralidade aqui entendida como exercício diário da compreensão das necessidades de saúde em toda amplitude que é inerente ao ser humano⁽⁵⁾.
3. O reconhecimento do cuidado como objeto epistemológico das práticas de enfermagem, em uma perspectiva que transcende a realização de procedimentos técnicos ou intervenções pontuais, revelando-se como uma forma de estar no mundo e estar com o outro e mediado pelas relações estabelecidas⁽⁶⁾.

Dessa forma, as práticas de cuidados de enfermagem desenvolvidas no presídio foram organizadas sob a perspectiva das dimensões do cuidar em enfermagem conforme definição de Sanna⁽³⁾. Segundo Sanna⁽³⁾, são cinco as dimensões que compõem o cuidar em enfermagem, sendo: assistir, gerenciar, educar, pesquisar e participar politicamente. Através de tais dimensões é que o enfermeiro materializa seu processo de trabalho.

Ainda, para Sanna⁽³⁾, o processo de trabalho refere-se à uma cadeia de etapas de um sistema que se transforma e produz transformações. O processo de trabalho precisa ser coerente e responder às necessidades humanas as quais são amplas e não se reduzem à mera busca por sobrevivência. Deste modo, o processo de trabalho possui alguns componentes para que seja realizado, sendo eles: objeto, agentes, instrumentos, finalidades, métodos e produtos⁽³⁾.

O objeto de trabalho é reconhecido por Sanna⁽³⁾ como aquilo que se deseja modificar mediante o trabalho. Os agentes, por sua vez, são aqueles que transformam o objeto, mediante suas intervenções, ações e realização



do trabalho propriamente dito. Para realizar tais ações, os agentes necessitam de instrumentos, que podem ser tangíveis - produtos de outros processos de trabalho (instrumentos físicos) ou intangíveis (conhecimentos, aprendizados, vivências). Ao realizar uma interface com a perspectiva de Sanna⁽³⁾ sobre os instrumentos de trabalho, apreende-se que são necessárias tecnologias as quais, segundo Merhy e Cecilio⁽⁷⁾ podem ser denominadas de leves (relacionais e intersubjetivas), leve duras (conhecimentos e protocolos) e duras (equipamentos).

No que tange à finalidade do processo de trabalho, Sanna⁽³⁾ a percebe como a razão de toda a ação, aquilo que dá significado, por meio do trabalho em equipe ou trabalho individual. Ainda, os métodos são tidos como as etapas para a produção das ações, os quais contemplam o planejamento e sequência de atos, o conhecimento e o controle do que se quer realizar. Por último, os produtos são considerados os efeitos daquilo ao qual pretende modificar ou transformar⁽³⁾.

As vivências e atividades estabelecidas no presídio apresentavam como finalidade produzir práticas de cuidado de enfermagem baseadas nas primícias da integralidade e da humanização. Assim, como métodos, utilizou-se o processo de enfermagem e a organização das atividades mediante as dimensões do cuidar em enfermagem. Compreendeu-se como produtos: ampliar o acesso ao direito à saúde das pessoas privadas de liberdade, oportunizar experiências de cuidado transformadoras e resgatar a dignidade das pessoas privadas de liberdade. Entre os efeitos não esperados na intervenção, mas que foram percebidos, destaca-se as ressignificações acerca dos preconceitos com as pessoas privadas de liberdade, desenvolvimento de competências culturais de cuidado, aprimoramento da comunicação clínica e reconhecimento do trabalho da enfermagem por parte de todos os trabalhadores do sistema prisional que atuavam no cenário deste estudo.

Por meio da figura 1, observa-se a construção de uma sistematização do pensamento de Sanna⁽³⁾ sobre os processos de trabalho em cada dimensão do cuidar, a fim de facilitar tal entendimento e tornar-se claros os aspectos discutidos no presente estudo.

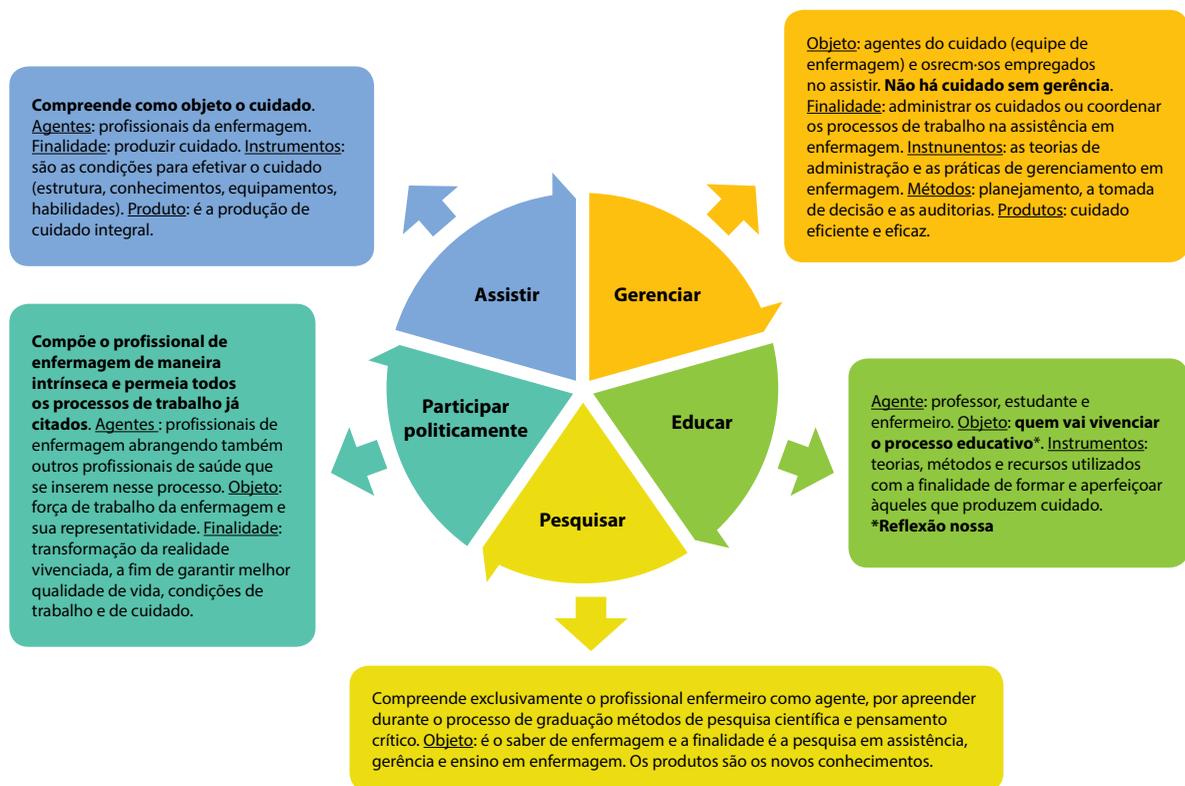


Figura 1: Dimensões do cuidar em Enfermagem e seus processos de trabalho. Viçosa, Minas Gerais, 2021



O processo de trabalho, aqui descrito, teve início com a dimensão pesquisar por meio da qual se construiu um projeto de pesquisa, o qual foi aprovado pelo comitê de ética da universidade em questão e apreendeu-se como objetivo compreender o cotidiano da população privada de liberdade, considerando o acesso à saúde, necessidades de saúde e produção do cuidado. Nesta oportunidade, foi possível adentrar na realidade subjetiva e objetiva que configura o cotidiano da população privada de liberdade. Ademais, tal projeto constituiu-se como um ponto de partida de práticas coerentes com a realidade apresentada pelos próprios privados de liberdade, sob suas óticas e seus olhares.

Em seguida, realizou-se a dimensão educativa, através de grupos educativos de saúde mental, apreendido mediante a pesquisa previamente realizada, como maior e mais imediata necessidade de cuidado. Por solicitação da diretoria do presídio, iniciou-se o processo de organização do processo de separação e dispensação das medicações, começando, dessa forma, o exercício da dimensão gerenciar.

Assim, a inserção no cotidiano do presídio foi intensificada pela necessidade de criação de um fluxo para as medicações, de modo que a equipe do presídio fosse capaz de executá-lo facilmente. Mediante esse mergulho na realidade, identificou-se a necessidade de avaliar a adesão de alguns pacientes às medicações prescritas e iniciou-se, então, a realização de consultas de enfermagem as quais foram agregando outras necessidades identificadas pela equipe e por outros profissionais ali inseridos, como um médico de família da universidade, que também passou a atuar no presídio e a realizar um trabalho colaborativo entre universidade e presídio.

Por fim, em decorrência da Conferência Municipal de Saúde e, das vivências estabelecidas com o encontro com a realidade no cárcere, realizou-se uma Pré-Conferência de Saúde no presídio com o objetivo de dar visibilidade a este cotidiano e às negações de dignidade a que esta população está submetida, considerando que tais violações de direitos afetam significativamente os processos de viver, adoecer e ser saudável das pessoas em situação carcerária. Nesta oportunidade, exercitou-se a dimensão do cuidar denominada de participar politicamente.

Ademais, a fim de produzir uma síntese das práticas de cuidado desempenhadas de acordo com a dimensão do cuidar a que pertence e realizar uma análise acerca dos instrumentos que foram necessários para produzir a prática, os desafios e aspectos facilitadores, bem como os resultados alcançados, construiu-se o quadro 1, observado a seguir.

Quadro 1 – Práticas de enfermagem para pessoas em situação carcerária considerando as dimensões do cuidar, Viçosa, Minas Gerais, 2021.

DIMENSÕES DO CUIDAR EM ENFERMAGEM NO CÁRCERE	
Dimensão Assistir	
Práticas realizadas	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de Enfermagem em saúde mental, diabético, hipertenso, portador de doença renal crônica, portador de tuberculose, portador de HIV, abstinência ao tabaco, álcool e drogas. • Aferição de pressão arterial. • Controle de glicemia. • Curativos. • Vacinação.
Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> • Tecnologia leve. • Tecnologia leve dura. • Processo de enfermagem.
Desafios	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de protocolos de enfermagem para respaldar intervenções e aumentar resolutividade • Continuidade do cuidado em decorrência da ausência de profissionais de saúde do sistema prisional. • Dificuldade de manejar mudanças em hábitos de vida e nas condições de higiene, acesso à cultura, trabalho e lazer no cárcere. • Uso irregular por parte dos privados de liberdade das medicações prescritas, seja por déficit de conhecimento, seja pelo medicamento ser objeto de troca no contexto do cárcere.

Continua



Continuação do Quadro 1

DIMENSÕES DO CUIDAR EM ENFERMAGEM NO CÁRCERE	
Aspectos Facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> • Desejo dos privados de liberdade por cuidado, tornando-os acolhedores e receptivos às práticas. • Apoio logístico do serviço de segurança do presídio que viabilizou os procedimentos para retirada dos privados de liberdade da cela para serem atendidos, apesar do desfalque no quantitativo de policiais penais.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria no controle pressórico e glicêmico dos pacientes.
Dimensão Gerenciar	
Práticas realizadas	<ul style="list-style-type: none"> • Organização de todo processo de dispensação de medicações (organização dos copos, dos envelopes, análise de todas as receitas médicas e sua validade). • Organização da farmácia dispondo os medicamentos de acordo com sua finalidade (analgésicos, anti-hipertensivos, maternais de curativo, entre outros). • Comunicação com a família caso seja identificado que alguma medicação esteja perto de acabar e não tenha no presídio • Triagem dos bilhetes enviados pelas pessoas privadas de liberdade solicitando atendimento de saúde, com priorização de casos mediante critérios clínicos. • Agendamento de exames e consultas na atenção secundária e terciária quando necessário. • Agendamento da escola para realização de atendimentos dos privados de liberdade fora do presídio.
Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> • Tecnologias leve. • Tecnologia leve dura. • Telefone. • Acesso à Internet. • Copos plásticos grandes e pequenos. • Envelopes. • Fita adesiva ou fita crepe. • Cola. • Impressora, papel e tinta
Desafios	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de tempo para organizar o fluxo de dispensação das medicações • Conscientização dos policiais penais e privados de liberdade sobre a importância de preservar e devolver os copinhos de medicação que foi entregue. • Demora no agendamento dos atendimentos fora do presídio. • Baixo quantitativo de policiais penais para realização de escolta. • Condições de vulnerabilidade financeira das famílias • Falta de medicações enviadas pelo Estado.
Aspectos Facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio da direção do presídio • Colaboração dos policiais penais no processo inicial de organização do fluxo de dispensação dos medicamentos • Colaboração de profissionais dos recursos humanos no processo inicial de organização do fluxo de dispensação dos medicamentos.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de um processo de trabalho na organização e dispensação de medicamentos que ocorre de modo mais rápido, com mais segurança do paciente em relação a posologia da medicação e menos desperdício de medicação • Capacidade de replicação e realização do processo de trabalho de organização e dispensação da medicação pela própria equipe do presídio, mesmo que na ausência dos estudantes e professora da universidade.
Dimensão Educar	
Práticas realizadas	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo educativo coletivo sobre: saúde mental, tabaco, alongamentos, direito à saúde. • Educação em saúde individual com privado de liberdade para cuidar do colega de cela (realização de curativo e aplicação de insulina).
Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> • Tecnologias leve. • Tecnologias leve duras.
Desafios	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo quantitativo de policiais penais para fazer a logística de procedimentos de retirada dos privados de liberdade para realização das atividades educativas.
Aspectos Facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio da direção do presídio. • Desejo das pessoas privadas de liberdade em participar das atividades
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação de cuidador informal para garantir a continuidade do cuidado. • Acesso a conhecimentos

Continua



Continuação do Quadro 1

DIMENSÕES DO CUIDAR EM ENFERMAGEM NO CÁRCERE	
Dimensão Pesquisar	
Práticas realizadas	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa qualitativa intitulada: O cotidiano da população privada de liberdade: acesso, necessidades de saúde e produção do cuidado.
Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> • Tecnologia leve. • Tecnologia leve dura.
Desafios	<ul style="list-style-type: none"> • Privacidade na realização das entrevistas
Aspectos Facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> • Desejo das pessoas privadas de liberdade em ser ouvidas e percebidas como seres humanos.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Compreensão do cotidiano das pessoas privadas de liberdade, considerando aspectos objetivos e subjetivos de se viver no cárcere • Respaldo científico para identificar as necessidades das pessoas privadas de liberdade as quais direcionaram as práticas de enfermagem realizadas
Dimensão Participar Politicamente	
Práticas realizadas	<ul style="list-style-type: none"> • Pré- Conferência de Saúde
Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> • Tecnologias leve. • Tecnologias leve dura. • Papel pardo. • Caneta piloto. • Fita crepe.
Desafios	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar o protagonismo dos privados de liberdade e sua participação no processo de construção do conhecimento
Aspectos Facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> • Abordagem construtivista e métodos de ensino ativos
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Maior conhecimento e identificação dos privados de liberdade com o SUS. • Identificação das demandas de saúde das pessoas privadas de liberdade e seu encaminhamento para conferência municipal de saúde • Aumento da consciência das pessoas privadas de liberdade sobre seu direito à saúde e sobre a natureza do SUS • Fortalecimento/ resgate da cidadania dos privados de liberdade.

Fonte: elaborado pelos autores.

Observa-se que o processo de cuidar de pessoas em situação carcerária gerou muitas reflexões e aprendizados na equipe que vivenciou a experiência. Cuidar de pessoas em situação de vulnerabilidade consiste em um processo complexo, ressaltando a perspectiva de que os desafios do fazer em saúde não são de ordem técnica. O manejo não farmacológico de condições crônicas como hipertensão e diabetes em um contexto em que as rotinas são restritivas e inflexíveis exige um aprofundamento de enfrentamentos possíveis, de acordo com a realidade de cada privado de liberdade.

Deste modo, conhecer a história, os medos, desejos, angústias, projetos de felicidade e estratégias individuais de enfrentamento torna-se fundamental para que seja possível pensar em projetos terapêuticos coerentes e viáveis.

Há que se ressaltar que de todas as dimensões vivenciadas, a que se apresentou de modo mais transversal foi a dimensão de educar, haja vista a necessidade cotidiana de promover espaços dialógicos com os policiais penais a fim de ampliar seu horizonte de sentido acerca do direito à saúde. Muitos policiais penais tratavam o acesso à saúde como um merecimento daquele privado de liberdade que se comportou bem. Com muito cuidado e fundamentação freireana fez-se necessário utilizar abordagens sobre a saúde como direito.

Atuar em um local cujo meio de trabalho são, em sua maior parte, ferramentas de baixa densidade tecnológica, é necessário desenvolvimento de conhecimentos sobre tecnologias relacionais e teorias gerenciais, pedagógicas e de enfermagem permitiu aos estudantes vivenciarem uma prática que de fato rompe com a lógica de formação centrada em produção de procedimentos e intervenção em um corpo doente.



Deste modo, a experiência relatada reforça o preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)⁽⁸⁾ que dispõe sobre os processos formativos em enfermagem no Brasil, a qual considera que os cursos de enfermagem devem estar aptos a desenvolver competências e habilidades que visem uma assistência integral e de qualidade ao indivíduo, famílias e comunidade. Além disso, a formação do enfermeiro deve atender as necessidades sociais da enfermagem, a inserção nas práticas do SUS bem como assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento⁽⁸⁾.

Acredita-se, dessa forma, que o cuidar de pessoas privadas de liberdade é potencialmente transformador tanto da realidade dessa população quanto da realidade de formação em enfermagem no Brasil. Isto porque, percebeu-se a contribuição efetiva com o aprendizado sobre uma assistência coerente com as reais necessidades de saúde bem como para o resgate da condição digna de vida, do bem estar e de modo a minimizar as iniciativas de negligência presentes nessa população. Inserir os estudantes nesta realidade tão complexa e incentivar seu protagonismo contribui para que se tornem profissionais sensibilizados e sensibilizadores de práticas de cuidados abrangentes, sem preconceitos e julgamentos.

Ademais, as experiências e vivências adquiridas neste processo, oportunizou aos estudantes envolvidos o desenvolvimento de raciocínio clínico, competências culturais, socioemocionais, o exercício de um olhar ampliado e a construção de práticas de cuidado pautadas na integralidade, a despeito de todas as carências e dificuldades próprias do cárcere, assim como estabelece as DCN. Dessa forma, permitiu aos envolvidos superar preconceitos e representações midiáticas acerca da população privada, levando-os a reconhecer os privados de liberdade como sujeitos de direitos.

Destaca-se, também, o sentimento de pertença ao SUS que foi mobilizado mediante o protagonismo em contribuir para que o acesso ao direito à saúde das pessoas privadas de liberdade no contexto do presídio em questão se tornasse uma realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidencia-se que são muitas as práticas de enfermagem a serem realizadas com pessoas em situação carcerária, para isso a análise sob a perspectiva das dimensões do cuidar permite evidenciar melhor as competências necessárias para seu exercício bem como os desafios que lhes constituem.

A prática de enfermagem no sistema prisional tem como potencial viabilizar o acesso à saúde da população privada de liberdade bem como resgatar parte de sua dignidade roubada por um sistema que legitima a violação de seus direitos. Assim, ofertar cuidados integrais e pautados na humanização da assistência abrange um movimento de ruptura com uma lógica que fere a primícias da saúde como direito ao naturalizar que as pessoas privadas de liberdade não acessem o mínimo de atenção à saúde.

Dessa forma, faz-se necessário ampliar o debate e produção científica acerca dos desafios inscritos na produção de cuidado em um contexto tão vulnerável e marcado por invisibilidade social e estigmas.

AGRADECIMENTOS

À diretoria do presídio que foi cenário deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Martins ELC, Martins LG, Silveira AM, Melo EM. O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. *Saúde Soc.* 2014;23(4)1222-34. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400009>
2. Barcinski M, Cúnico SD. Os efeitos (in)visibilizadores do cárcere: as contradições do sistema prisional. *Rev Assoc Port Psicol.* 2014;28(2):63-70. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v28i2.696>



3. Sanna MS. Os processos de trabalho em Enfermagem. Rev Bras Enferm. 2007;60(2):221-4. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000200018>
4. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1411-16. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>
5. Waldow VR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2006.
6. Waldow VR, Borges RF. O processo de cuidar sobre a perspectiva da vulnerabilidade. Rev Latino-am Enfermagem. 2008;16(4). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000400018>
7. Merhy EE, Cecílio LCO. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar[Internet]. Campinas: Unicamp. 2003[cited 2021 Sep 18]. Available from: <http://www.hmdcc.com.br/wp-content/uploads/2018/04/Cecilio-A-INTEGRALIDADE-DO-CUIDADO-COMO-EIXO-DA-GEST%C3%83O-HOSPITALAR.pdf>
8. Ministério da Educação (BR). Resolução CNE/CES nº3 de 07 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem [Internet]. 2001. [cited 2021 Sep 10]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c09>

ENFERMAGEM E O DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE

Anna Carolina Martins Silva^I

ORCID: 0000-0001-5324-6299

Simone Pereira Guedes^{II}

ORCID: 0000-0001-6791-6281

^I Universidade Federal de São Paulo.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II} Instituto do Rim de Guarapari.
Guarapari, Espírito Santo, Brasil.

Autora Correspondente:

 Anna Carolina Martins Silva
anncarolina@outlook.com.br

Como citar:

Silva ACM, Guedes SP. Enfermagem e o Direito à Saúde da População Privada de Liberdade. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume II. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 78-92 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c09>

 Revisora: Profa. Dra. Paula Hino.
 Universidade Federal de São Paulo.
 São Paulo, São Paulo, Brasil.

REFLEXÕES INICIAIS

A saúde é um direito humano⁽¹⁾ e está assegurada pela Constituição Federal⁽²⁾ e pela Lei nº 8.080⁽³⁾, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar dos avanços conquistados desde a criação do SUS, muitos são os desafios para efetivação do direito à saúde pública e de qualidade, com ações baseadas nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. As reflexões sobre a saúde de populações vulnerabilizadas e que vivem em situações de violações de direitos demandam olhares interprofissionais e que considerem as realidades e trajetórias diversas da população.

As prisões são instituições históricas estrategicamente voltadas para o controle de determinadas parcelas da população, as consideradas desviantes, indesejáveis e perigosas. Alusões explícitas ao cotidiano do sistema prisional (e unidades de cumprimento de medidas de segurança) podem ser observadas também em estabelecimentos para cumprimento de medidas socioeducativas (como as Fundações Casa no estado de São Paulo).

Para além da privação da liberdade e do direito de ir e vir, as condições precárias de confinamento apontam também para privação de direitos sociais e constitucionais. Retomando um trecho do livro *Gênero, feminismos e sistemas de Justiça: discussões interseccionais de gênero, raça e classe*:

“Apesar de nos encontrarmos em um Estado compreendido como democrático de Direito, o Sistema Penal continua a se perpetuar como prática autoritária de controle social por meio de diversas estratégias que culminaram, principalmente, a partir da década de 90 no endurecimento punitivo causador do grande encarceramento”⁽⁴⁾

Soares e Ilgenfritz (p. 126)⁽⁵⁾, ao escreverem sobre encarceramento de mulheres, afirmavam que “a prisão, tanto pela privação da liberdade, quanto pelos abusos que ocorrem



em seu interior, parece ser apenas mais um elo de uma cadeia de múltiplas violências que conformam a trajetória de uma parte da população”.

QUEM SÃO AS PESSOAS DO SISTEMA PRISIONAL?

DEFINIÇÃO

De acordo com o Artigo 2º da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), entende-se por pessoas privadas de liberdade no sistema prisional:

[...] aquelas com idade superior a 18 (dezoito) anos e que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança, conforme previsto no Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código Penal) e na Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal).⁽⁶⁾

A população é composta por diversos grupos étnicos e raciais, de diferentes níveis socioeconômicos e com demandas de saúde mental, uso prejudicial de substâncias, infecções transmissíveis e acometimentos por condições crônicas. Por se tratar de um grupo de pessoas que, em particular, experimenta disparidades em saúde, o processo de envelhecimento da população privada de liberdade representa também uma das preocupações crescentes⁽⁷⁾.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Segundo o *World Prison Brief* (WPB)¹, levantamento mundial sobre dados prisionais, o Brasil ocupa o terceiro lugar no *ranking* de países com maior número de pessoas encarceradas no mundo (em número absoluto), pois o primeiro e segundo lugar pertencem aos Estados Unidos e à China, respectivamente. O Infopen² era o instrumento oficial de mapeamento e geração de dados penitenciários no Brasil. O Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (SISDEPEN)³ substituiu o Infopen e, atualmente, é a plataforma de estatísticas que sintetiza periodicamente as informações sobre os estabelecimentos penais e a população carcerária. A mudança no sistema previa agregar e cruzar informações, o que possibilitaria orientar políticas públicas. No SISDEPEN, o acesso aos dados ocorre após cadastramento na plataforma, estando disponível para profissionais ligados às instituições do sistema de justiça, o que impede o acesso de informações de interesse público por organizações, universidades e sociedade civil.

Em 2019, na publicação mais recente do Infopen, o número total de pessoas presas era de 755.274, sendo pouco mais de 748 mil em sistemas penitenciários e 7.265 em outras carceragens, como as delegacias. O estado de São Paulo contava com a maior população encarcerada do país, com mais de 233 mil (30,86%) pessoas. Considerando as pessoas que estão em sistemas penitenciários, 48,47% estavam em regime fechado, 17,84%, em regime semiaberto, e 3,36%, em regime aberto. Mais de 253 mil (29,75%) estava sem condenação, condição conhecida como prisão provisória. Sendo assim, aproximadamente uma a cada três pessoas presas aguardava ser julgada no país.

- 1 O *World Prison Brief* é um banco de dados *online* que fornece acesso gratuito a informações sobre sistemas prisionais em todo o mundo. É um recurso único que apoia o desenvolvimento baseado em evidências da política e prática prisional. É realizado pelo Institute for Criminal Policy Research (ICPR) e pela Birkbeck University of London. Está disponível em: <https://www.prisonstudies.org/>.
- 2 O Infopen (Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias) traz dados para a integração dos órgãos de administração penitenciária de todo Brasil. Possibilitou a criação dos bancos de dados federal e estaduais sobre os estabelecimentos penais e populações penitenciárias, e está disponível, com as publicações semestrais realizadas, em <http://dados.mj.gov.br/dataset/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias>. Está vinculado ao Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça e Segurança Pública (DEPEN/MJSP).
- 3 O SISDEPEN é uma ferramenta de uso gratuito, fornecida pelo Ministério da Justiça, que visa ao cumprimento da Lei nº 12.714, de 14 de setembro de 2012. A finalidade desta ferramenta é coletar informações padronizadas para um eficaz mapeamento do sistema penitenciário no País. As informações coletadas estarão à disposição dos usuários, para apoio à gestão prisional, formulação de políticas públicas e acompanhamento do cumprimento da pena privativa de liberdade, da prisão cautelar e da medida de segurança.



Os dados mostram que, nos anos 2000, o total da população prisional era de 232.755, o que indicava crescimento de mais de três vezes no período. Sobre a população geral que cumpre pena, mais de 44% tinha até 29 anos e a maioria tinha filhas(os/es). Aquelas em tratamento ambulatorial e cumprindo medida de segurança em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) representavam 0,58%. A publicação mais recente do Infopen⁽⁸⁾ não trazia dados sobre raça, cor e etnia da população prisional, mas, de acordo com a 14ª edição do Anuário de Segurança Pública, no mesmo período, 66,7% das pessoas do sistema prisional eram negras⁽⁹⁾.

Os dados sobre a escolaridade e o estado civil das pessoas encarceradas foram apresentados no Infopen de junho de 2016, apontando cerca de 50% com ensino fundamental incompleto e pouco mais de 54% pessoas solteiras. Nesse documento, há dados de que a autodeclaração como modo de coleta de informações acerca da raça, cor e etnia da população não estava incorporada e a coleta havia sido realizada por pessoas da gestão das unidades⁽¹⁰⁾.

A Lei de Execução Penal (LEP) indica a possibilidade de remição, que é um desconto de parte do tempo de execução da pena privativa de liberdade, pelo trabalho, estudo ou participação em práticas esportivas ou de leitura (BRASIL, 1984)⁽¹¹⁾. No Infopen 2019, o trabalho nas unidades prisionais é apresentado nos dados de laborterapia, sendo que 19,28% de pessoas estavam em programas laborais. Informações sobre remuneração estavam presentes para 66,95% da população, indicando que a maioria não recebia remuneração ou recebia $\frac{3}{4}$ do salário mínimo. Apenas 16,53% das pessoas estavam em atividades educacionais, e a maioria, em ensino fundamental. Pouco mais de 18 mil realizava concomitantemente atividades educacionais e laborais⁽⁸⁾.

Ainda que mais de 755 mil pessoas estivessem encarceradas, independente do regime, as vagas no sistema brasileiro eram de pouco mais de 442 mil, pelos dados mais recentes. A resposta e opção política dos governos estadual e federal, para o déficit de vagas, frequentemente está associada à projeção de construção e ampliação de vagas⁽⁸⁾. Como já defendido pela Agenda Nacional pelo Desencarceramento, “toma-se o problema como solução: para resolver os problemas das prisões, mais prisões”⁽¹²⁾. O documento indica a necessidade de cessação de políticas de construção de unidades, priorizando outras medidas, como alterações legislativas, para limitação de prisões preventivas, retomada da autonomia comunitária, para a resolução não violenta de conflitos, e posicionamento contrário à criminalização do uso e do comércio de drogas.

Considerando a incidência por tipo penal, o painel interativo do Infopen indicava que aproximadamente 20% da população prisional geral era sentenciada ou acusada por tráfico de drogas, e 50,96%, por crimes contra o patrimônio⁽⁸⁾. Importante notar que o aumento do número de pessoas presas por tráfico de drogas ocorre após a publicação da Lei nº 11.343/06⁽¹³⁾. A política brasileira, conhecida como de “guerra às drogas”, traz consideráveis impactos ao sistema prisional, sendo negativamente determinante nas trajetórias de vida de pessoas jovens e moradoras de periferias. A partir do governo Bolsonaro, houve maior endurecimento das políticas de repressão ao uso e tráfico de drogas, com a Lei nº 13.840. A chamada nova Política Nacional sobre Drogas prevê a abstinência como recurso terapêutico, e não à redução de danos, ao apoio a comunidades terapêuticas (muitas de cunho religioso) e ao estímulo à visão de que as circunstâncias do flagrante são determinantes para caracterizar pessoas como usuárias ou traficantes de drogas. O modelo privilegia a internação compulsória, não apresentando respostas eficazes para a reabilitação e distanciando a população do sistema de saúde⁽¹⁴⁾.

A situação é mais grave quando analisamos o endurecimento das políticas de repressão às drogas e população feminina⁴. Do número total de mulheres encarceradas no final de 2019, 50,94% delas estavam sentenciadas ou eram acusadas por crime de tráfico de drogas. O total de mulheres encarceradas nesse período era de 37,2 mil; comparativamente, no início do ano de 2000, o número não chegava a 6 mil⁽⁸⁾. Isso mostra que, apesar de o número de mulheres encarceradas ser menor em relação ao número de homens, o crescimento das taxas de aprisionamento foi exponencial.

4 Os termos unidade e/ou população “feminina”, “masculina” e “mista” são frequentemente utilizados nos nomes dos estabelecimentos e em publicações das secretarias estaduais e do DEPEN. Ressaltamos aqui que as pessoas que cumprem pena não necessariamente se identificam com identidades de gênero “femininas” e/ou “masculinas”. Os termos foram utilizados, neste capítulo, por se referirem às publicações oficiais.



Há informações de que 1.446 crianças permaneciam nas unidades com suas mães durante o cumprimento da pena⁽⁸⁾. O exercício da maternidade (e da parentalidade) no cárcere impõe desafios no contexto intra e extramuros, tanto durante a permanência ininterrupta com a criança durante o período de convivência permitida quanto no momento de ruptura do contato com filhas(os/es)⁽¹⁵⁾. Especialmente cruel, a pena privativa de liberdade para a mulher, não poucas vezes, extrapola a pessoa presa, alcançando familiares e dependentes. Braga⁽¹⁶⁾ destaca situações que ocupam lugares opostos no repertório de papéis designados às mulheres na sociedade: ser mulher encarcerada e ser mãe. A autora problematiza o exercício da maternidade e o lugar da “mãe criminosa” no sistema de justiça, para identificar necessidades e entraves na garantia dos direitos e discutir estratégias, problemáticas e consequências que envolvem a defesa de mulheres e a luta do movimento feminista em relação ao sistema de justiça criminal.

A partir de 2014, houve publicação da versão específica do Infopen sobre mulheres e as unidades em que cumprem penas. As edições do Infopen Mulheres⁵ são um marco para o registro e mapeamento das questões específicas, historicamente minoritárias e invisibilizadas⁽¹⁰⁾. Segundo Davis (p.121)⁽¹⁷⁾, “o encarceramento está associado à radicalização daqueles que têm mais probabilidade de ser punidos. Está associado a sua classe e, como vimos, a seu gênero, que também estrutura o sistema penal”. A LEP prevê destinação de estabelecimentos prisionais conforme gênero, e, para isso, o cumprimento de pena ocorre em unidades femininas, masculinas ou mistas (nas quais existem espaços ou alas específicas entre gêneros). Entretanto, gênero é um conceito não estático, não correspondendo, necessariamente, com a cisheteronormatividade. As vivências, expressões e identidades existem para além do binarismo mulher - homem.

GRUPOS ESPECÍFICOS

Em 2019, as vagas exclusivas para os denominados grupos específicos em unidades do país totalizavam pouco mais de 12 mil e eram destinadas para pessoas idosas, com deficiência, de nacionalidades não brasileiras, indígenas e LGBT⁶. Tais vagas normalmente estão em alas ou pavilhões específicos para os grupos mencionados, não necessariamente atendendo às demandas das populações prisionais dos estados⁽⁸⁾.

Do número total de pessoas presas, foram contabilizadas 10.273 pessoas com mais de 60 anos, o que representa 1,37% da população prisional. Importante ressaltar que o Infopen indica ausência de informações sobre idade de quase 10% da população total. Eram 4.822 pessoas encarceradas com algum tipo de deficiência (auditiva, física, intelectual, visual e múltipla), sendo que, destas, 458 usavam cadeiras de rodas. Eram 368 pessoas vindas de diferentes países da África, 2.566, de países da América, 99, de países da Ásia, 165, de países da Europa, e 2, de países da Oceania. Foram contabilizadas 295 pessoas indígenas, população que também pode ter sido invisibilizada pelo método utilizado para sua identificação, o que pode contribuir para a negação de acesso a direitos específicos⁽⁸⁾.

Os dados oficiais referentes à população presa no Brasil, obtidos através de gestores das unidades prisionais, até 2020, não apresentavam informações específicas sobre diversidade sexual e de gênero. Um relatório inédito, “LGBT nas prisões do Brasil: diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento”, foi publicado no mesmo ano pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos sobre o tratamento a população LGBT+. O texto da publicação indica que, devido à natureza dos dados, não há garantias que todas as pessoas LGBT+ nas unidades prisionais respondentes foram consultadas e tampouco tiveram ampla liberdade para declarar sexualidade e identidade de gênero sem risco de sanções⁽¹⁸⁾.

5 Levantamento nacional de informações penitenciárias específicas das pessoas que estão em unidades denominadas de femininas ou mesmo mistas e que foram identificadas como mulheres. Está disponível em: <http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres>.

6 As letras correspondem, respectivamente, a pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgênero (homens transexuais, mulheres transexuais, pessoas não binárias e travestis), e o “+” busca é para incluir outras identidades, não contempladas nas letras da sigla.



A Resolução Conjunta nº 1 de 2014 do extinto Conselho Nacional de Combate a Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT)⁷ estabeleceu novos parâmetros de acolhimento a membros da comunidade LGBT+ em unidades penitenciárias. O texto indica o uso do nome social, respeito às identidades e orientações sexuais, direito à visita íntima, atenção integral à saúde e acesso à educação, além de abordar o uso de roupas consideradas femininas ou masculinas e a manutenção de cabelo, conforme identidade de gênero, garantindo caracteres secundários desejáveis pela pessoa⁽¹⁹⁾.

MORBIMORTALIDADE

Os dados sobre mortalidade no sistema prisional indicam que 1.091 pessoas morreram no período de julho a dezembro de 2019. A maioria dos óbitos foi classificado como “naturais por motivos de saúde”, totalizando 67,55% para homens e 70,59% para mulheres. As demais causas são suicídios (6,81% e 23,53%, respectivamente), criminais (17,59% e ausentes, respectivamente), acidentais (1,61% e ausentes, respectivamente) e causas desconhecidas (6,24% e 5,88% respectivamente).⁽⁸⁾

Chies e Almeida⁽²⁰⁾ apresentam as mortes sob custódia prisional no Brasil e destacam as dificuldades epistemológicas no contexto sul-americano, devido a precariedades de dados quali e quantitativos, já apontadas por Gual⁽²¹⁾. Afirmam que a seletividade punitiva se dá através da criminalização das pessoas consideradas à margem da sociedade, como os dados sociodemográficos indicam, e da consequente marginalização das que foram criminalizadas. Esse padrão de seletividade, segundo os autores, deve ser compreendido como uma das linhas explicativas para “o *continuum* da prisão no Brasil como um local de morrer”, onde quem e quantas pessoas morrem parece pouco importar política e socialmente. Sobre suicídios, os cruzamentos de dados do Infopen de 2015, do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do mesmo ano mostram que, para cada 100 mil mulheres brasileiras, foram registrados 2,3 suicídios. Entre a população prisional feminina, o número de suicídios para cada 100 mil mulheres foi para 48,2 ocorrências. Comparativamente, o risco foi 20 vezes maior.⁽²²⁾

AS POLÍTICAS PÚBLICAS E CONDIÇÕES DE SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO

O texto da Constituição da República, no Art. 196, afirma que a saúde é:

[...] “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação identificando-o como ser humano necessitado de cuidados à saúde”.⁽²⁾

Além de prevista pela Constituição Federal e pela Lei nº 8080, o acesso da população carcerária a ações e serviços de saúde está previsto pela LEP. A LEP dispõe que a atenção à saúde da pessoa presa é de caráter preventivo e curativo, compreende atendimento de equipe médica, farmacêutica e odontológica, e, quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover tal assistência, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção da instituição⁽¹¹⁾. Barsaglini⁽²³⁾ afirma que, antes da LEP, as ações de saúde para esta população eram pontuais e pouco estruturadas.

A Portaria Interministerial do Ministério da Saúde/Ministério da Justiça (MS/MJ) nº 1.777, de 2003, instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP)⁸, que define competências e regula as ações de saúde nas penitenciárias, respaldado em princípios básicos de ética, justiça, cidadania, direitos humanos,

7 Criado a partir de uma medida provisória em 2001, o CNCD/LGBT tinha como o objetivo formular, propor e monitorar as políticas públicas voltadas para o combate à discriminação e para a promoção e defesa dos direitos da população LGBT+. Em abril de 2019, com a publicação do Decreto nº 9.759, dezenas de órgãos de participação e controle social no âmbito da administração pública federal foram extintos, como o CNCD/LGBT.

8 O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário está, em sua 3ª edição, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/MS). Neste estudo, a 2ª edição está disponível para acesso *online* e é mais detalhada.



participação, transparência, equidade e qualidade.⁽²⁴⁾ Em 2014, a Portaria Ministerial nº 1 instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das PNAISP⁽⁶⁾. Nos países ocidentais, em geral, as leis e as normas consideram a atenção à população prisional como parte do sistema de saúde⁽²⁵⁾.

O PNSSP foi instituído após anos de discussões, com diretrizes estratégicas que previam: (i) assistência integral resolutive, contínua e de boa qualidade; (ii) controle e/ou redução dos agravos frequentes; (iii) desenvolvimento de ações intersetoriais; (iv) estímulo do exercício do controle social; (v) reconhecimento da saúde como direito; (vi) democratização do conhecimento do processo saúde-doença, dos serviços e da produção social da saúde e; (vii) implementar ações e serviços consoantes com princípios e diretrizes do SUS. Nele está enfatizada a necessidade de políticas públicas de saúde especializadas, assegurando a transferência de recursos e diretrizes estratégicas com bases na justiça, ética, cidadania, direitos humanos, equidade, participação no processo democrático e no controle social⁽²⁶⁾.

No PNSSP, foi estabelecido pelo governo brasileiro o quantitativo mínimo de procedimentos para promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência em unidades de saúde do sistema prisional, com ações de controle de doenças, como tuberculose, hipertensão e diabetes. Estão somadas ações de média complexidade com terapias em grupo executadas por profissional de nível superior, terapias individuais e ações complementares com diagnóstico, aconselhamento e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), incluindo HIV/AIDS, atenção em saúde mental, ações de prevenção dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento, atenção às situações de grave prejuízo à saúde, decorrente do uso de álcool e drogas, na perspectiva da redução de danos e protocolo mínimo, para o diagnóstico de saúde e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos relacionados ao encarceramento⁽²⁷⁾. Damas⁽²⁸⁾ enfatiza que as elevadas taxas de prevalência de doenças infecciosas importantes, do ponto de vista epidemiológico nos cenários de encarceramento, tais como sífilis, hepatite B, tuberculose e pneumonia, imprimem ao sistema prisional o *status* de problema de saúde pública em potencial.

As unidades prisionais com menos de 100 pessoas encarceradas e que não tivessem equipes exclusivas de profissionais designados para atuação poderiam realizar o atendimento, de frequência semanal, na rede pública de saúde. A equipe técnica estava prevista para unidades prisionais com mais de 100 pessoas (com quantitativo de profissionais específico para cada grupo de 500 pessoas encarceradas), com jornada de trabalho de 20 horas semanais de profissionais da enfermagem, medicina, odontologia, psicologia, assistência social⁽²⁶⁾.

O termo PNAISP, por sua vez, nasceu da avaliação de uma década do PNSSP e é um marco para inserção formal da população prisional no SUS. O objetivo geral é garantir o acesso das pessoas ao cuidado integral, e os específicos são: (i) promover o acesso à Rede de Atenção à Saúde (RAS); (ii) garantir a autonomia dos profissionais de saúde para a realização do cuidado integral; (iii) qualificar e humanizar a atenção à saúde por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça; (iv) promover as relações intersetoriais com políticas de direitos humanos, afirmativas e sociais básicas, bem como de justiça criminal; e (v) fomentar e fortalecer a participação e o controle social. As ações são ampliadas à comunidade prisional (familiares e profissionais das unidades) e está sujeita à adesão de estados e municípios, assumindo encargos e responsabilidades⁽⁶⁾.

Ainda assim, dados do Manual de Inspeção a Unidades Prisionais do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) indicam que 31% das unidades não oferecem assistência médica internamente. O levantamento fez referência a 1.439 estabelecimentos e mostram o Nordeste com a pior situação, sem aparato para atendimento em 42,7% das unidades. Nas outras regiões, o percentual varia de 26% a 30%. Quando não há estrutura interna as pessoas presas recebem visitas eventuais de equipes de saúde e/ou precisam de serviços externos. A logística demanda escolta e traz riscos de transmissão de doenças por contato e/ou vias respiratórias no transporte, por vezes realizado sem condições favoráveis⁽²⁹⁾.

Os dados sobre a enfermagem, publicados no Infopen 2019, indicam 1.395 profissionais de nível superior e 2.473, entre auxiliares e profissionais de nível técnico, trabalhando em unidades prisionais. Os vínculos trabalhistas são efetivos, comissionados, temporário e terceirizados. A execução do sistema de saúde prisional



é apoiada pelo DEPEN, mas é responsabilidade dos estados, inclusive nas etapas de contratação. São contabilizados procedimentos, como intervenções cirúrgicas, vacinas, exames com materiais biológicos, vacinas, suturas e curativos, além de consultas com as diferentes categorias profissionais. Os consultórios médicos estavam presentes em 62% das unidades, e os odontológicos, em 52% (eventualmente, os espaços podem ser usados por outras categorias profissionais), e as farmácias ou salas de estoque e dispensação de medicamentos estavam em 54% das unidades. Verifica-se que cerca de um terço (37%) das unidades prisionais no Brasil tem “módulo de saúde”, espaços classificados como mínimos ou complementares que compõem a estrutura física interna às unidades, com atuação da equipe técnica⁽⁸⁾.

Foram registrados 9.113 casos de tuberculose, 8.523 casos de HIV, 6.920 casos de sífilis, além de 4.156 casos de outras comorbidades na população geral encarcerada. Outras doenças não foram especificadas, e, devido à estratégia de registro (por número de casos), é possível que uma mesma pessoa possa ter sido contada mais de uma vez, considerando mais de uma comorbidade⁽⁸⁾.

Em janeiro de 2014, foi instituída, conforme Portaria Interministerial nº 210, a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE)⁽⁶⁾. O objetivo foi garantir a humanização no cumprimento da pena, o direito à saúde, educação, alimentação, trabalho, segurança, proteção à maternidade, lazer, esporte, assistência jurídica e demais direitos humanos. Esses fatores têm como alvo melhorar a qualidade de vida e de saúde da população carcerária feminina, priorizando a atenção integral a partir de atividades de prevenção e promoção da saúde⁽³⁰⁾.

Em janeiro de 2014, uma outra Portaria (nº 94) instituiu o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, no âmbito do SUS. A Portaria previa a manutenção de equipes especializadas responsáveis por avaliações psiquiátricas e colaboração na reinserção social, tendo equipes formadas por profissionais enfermagem, serviço social, psicologia, medicina e terapia ocupacional. Os recursos para o programa foram encerrados após sua extinção no governo Bolsonaro⁽³¹⁾.

As populações privadas de liberdade vivem em situações refletidas, dentre outros fatores, nas práticas de violência, precariedade de espaço físico qualificado e carência do atendimento à saúde. As condições do confinamento são impeditivos para o acesso à saúde de forma integral e efetiva⁽⁶⁾. Gois et al.⁽³²⁾ destacam a preocupação em relação à situação em que se encontram as pessoas privadas de liberdade, apesar da existência de legislação específica e tratados nacionais e internacionais que objetivam garantir assistência à saúde de qualidade. A carência de operacionalização, refletida em práticas violentas e de descaso com a saúde física e psíquica, é fato.

Com a COVID-19, o CNJ publicou, no âmbito dos sistemas de justiça penal e socioeducativo, medidas preventivas à propagação da infecção (Recomendação nº 62, de 17/03/2020)⁽³³⁾. No mesmo dia, um levantamento inédito da agência pública, com informações do Ministério da Saúde (MS), foi publicado, indicando que, ainda que houvesse o alerta pelo coronavírus, as prisões já enfrentam epidemia de tuberculose há anos. Para cada dez casos confirmados da doença, um ocorreu em penitenciárias e, com isso, a tuberculose atingiu 35 vezes mais as pessoas presas do que a população em liberdade. Os dados indicam que a maioria das pessoas presas que tiveram tuberculose no período eram negras (66,5%), o dobro dos casos entre brancas (25,2%)⁽³⁴⁾.

Um texto publicado no *Le Monde Diplomatique Brasil* indica o uso de cerca de R\$20 milhões para aquisição de artefatos, como granadas, para uso em ambientes internos, para enfrentamento de “possíveis tumultos” nas unidades durante a pandemia do coronavírus, após decisão de suspensão de visitas. A proibição de visitas foi a principal medida (além de atendimentos jurídicos, atividades educacionais, de trabalho, assistência religiosa e algumas transferências) para prevenção à disseminação da doença nas unidades, que seguem lotadas e com fluxos de pessoas servidoras. Para os autores, as políticas protagonizadas pelo DEPEN são de ocultação, negação e dissimulação da gravidade da crise sanitária nas prisões, combinadas com as políticas de fechamento do cárcere, como se assim fosse possível impedir a chegada do vírus. Ignora-se, portanto,



os “múltiplos vasos comunicantes que conectam os mundos de dentro e de fora dos muros”, notando-se “tecnologias de gestão da vida e da morte”⁽³⁵⁾.

Achille Mbembe⁽³⁶⁾ parte dos conceitos de biopolítica e biopoder de Foucault⁽³⁷⁻³⁸⁾ para desenvolver o conceito de necropolítica, na qual a morte e a violência são regras, e o Estado decide quem vive e, principalmente, quem morre. As principais medidas de prevenção da propagação da COVID-19 são relativamente simples: higienização das mãos e ambiente de forma adequada e frequente; utilização de sabão e/ou álcool em gel; uso de máscaras e outros equipamentos de proteção; e medidas de isolamento e distanciamento. Mas também são práticas que envolvem utilização da burocracia da administração pública para compra de insumos, demandando recursos materiais sabidamente escassos, talvez o mais básico deles: a água. Para Silva et al.⁽³⁹⁾, as condições limites de vida e saúde da população encarcerada nos lembra que, embora a legislação vigente reitere a prisão como parte de uma estrutura que previne crimes e garanta o retorno à convivência social, as precárias condições de confinamento se tornam empecilhos e impossibilitam o acesso das pessoas presas à saúde de forma integral e efetiva.

No Brasil e nos países da América Latina, programas destinados a pessoas egressas do sistema prisional estão relacionados ao apoio psicossocial e jurídico e ações de qualificação profissional e de inserção laboral. A função seria “reintegrar socialmente” quem passou pela experiência prisional, mas, na prática, as ações são pontuais, tardias, limitadas e fragmentadas⁽⁴⁰⁾. Além do sofrimento experimentado por essas pessoas, o abandono social e institucional é diário e se concretiza na falta de acesso a direitos básicos, como saúde, moradia, trabalho, lazer e alimentação. O encarceramento é reconhecidamente ineficaz para a ressocialização e enfrentamento da violência.

OUTROS DOCUMENTOS IMPORTANTES

No primeiro Congresso das Nações Unidas para a Prevenção do Crime e o Tratamento dos Delinquentes, foram criadas as Regras Mínimas para o Tratamento de Presos⁽⁴¹⁾. Este documento estabelece princípios e práticas para tratamento das pessoas presas e da gestão nos estabelecimentos. As normas foram revisadas em 2015, com ampliação do respeito à dignidade das pessoas presas, garantia de acesso à saúde e direito de defesa, bem como regulação de punições disciplinares. O documento é conhecido como “Regras de Mandela” (*Mandela’s Rules*) e buscou amparo nas diversas resoluções existentes, para chegar a um consenso sobre as regras mínimas e humanas para tratamento de pessoas presas. Houve revisão de pontos já discutidos anteriormente, como o respeito à dignidade e valor inerentes aos seres humanos, serviços de saúde, medidas disciplinares e sanções, rigor na investigação de óbitos em custódia e atenção para sinais de tortura, tratamento desumano ou degradante, além da inclusão de trechos que indicam a necessidade de proteção de grupos mais vulnerabilizados e direito à assistência jurídica. O Brasil participou ativamente das negociações para a elaboração e aprovação das Regras, mas as repercussões em políticas públicas ainda são poucas. A publicação e a tradução do material foram realizadas pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), compondo uma série de publicações denominadas de Tratados Internacionais de Direitos Humanos⁹. As Regras de Mandela indicam, entre outras, a necessidade de fornecimento de água e itens de higiene pessoal, vestuário próprio e leitos com roupas de cama, tempo específico para exercício ao ar livre e acesso a serviços e profissionais de saúde.

O Mecanismo Nacional de Combate e Prevenção à Tortura (MNCPT) faz parte do Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, de acordo com a Lei nº 12.847⁽⁴²⁾, sancionada em 2013. O órgão é composto por especialistas independentes que têm acesso às instalações prisionais e elaboram relatórios indicando irregularidades, com recomendações aos órgãos competentes. O Estado brasileiro assumiu, em 2007, o compromisso internacional com a ratificação do Protocolo Facultativo à Convenção Contra Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes⁽⁴³⁾ da Organização das Nações Unidas (ONU).

9 Os materiais referentes aos Tratados Internacionais de Direitos Humanos estão disponíveis em: <https://www.cnj.jus.br/tratados-internacionais-de-direitos-humanos/>.



Atualmente, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MDH) é acusado pela sociedade civil e pela ONU de tentativas de esvaziamento do MNCPT, retirando o apoio administrativo.

A situação específica de crianças, adolescentes e mulheres em conflito com a Lei, especialmente em situação de privação de liberdade, é abordada em outras resoluções de diferentes órgãos da ONU como: Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça, da Infância e da Juventude (Regras de Pequim); Diretrizes das Nações Unidas para a Prevenção da Delinquência Juvenil (Diretrizes de Riad); Regras das Nações Unidas para a Proteção de Jovens Privados de Liberdade; Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas; e Medidas Não Privativas de Liberdade para as Mulheres Infratoras (Regras de Bangkok)⁽⁴⁴⁾.

O relatório da inspeção feita pelo Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas⁽⁴⁵⁾ evidenciou tortura endêmica nas instituições brasileiras, que ocorrem frequente e constantemente. Também foram relatadas poucas denúncias oficializadas em órgãos públicos, após relatos de maus-tratos das pessoas presas, além de menção específica da violência contra a população LGBT+. Concomitantemente, o Supremo Tribunal Federal (STF) reconheceu o estado de calamidade das prisões, a partir da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 347⁽⁴⁶⁾, que caracterizou o cárcere como um Estado de Coisas Inconstitucional, constatando a sistemática violação de direitos fundamentais. Com diversos documentos e publicações para garantia dos direitos humanos, vale lembrar Eduardo Galeano, quando escreve que “os violadores que mais ferozmente violam a natureza e os direitos humanos jamais são presos. Eles têm as chaves das prisões”⁽⁴⁷⁾.

Em 2019, o ICPR publicou um documento a partir da análise de dez países, dentre eles o Brasil, abordando a questão de saúde nas prisões. O relatório destaca o crescimento expressivo da população prisional nos últimos anos, sem que houvesse estrutura e recursos necessários para garantia de condições mínimas de dignidade. As prisões são apresentadas como locais de condições precárias e insalubres, responsáveis também pelo agravamento de doenças preexistentes e o surgimento de novas. As trajetórias de vida da população carcerária, marcadas, muitas vezes, pela pobreza e violência, bem como o estresse e maus-tratos aos quais as pessoas estão sujeitas nas unidades, são fatores relacionados ao adoecimento. No relatório, a superlotação das prisões ao redor do mundo aparece como contribuição para a deterioração de padrões sanitários, de cuidados com a saúde, do bem-estar e da segurança. A análise, em diversos países, mostra condições prisionais que incluem acesso reduzido à luz natural e circulação de ar, dietas com baixo valor nutricional, escassas oportunidades para exercícios físicos e acesso precário a profissionais de saúde. As prisões são colocadas como uma das principais causas para desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes⁽⁴⁸⁾.

A ENFERMAGEM NO CONTEXTO PRISIONAL

Na 72ª Assembleia Geral, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elegeu 2020 como Ano Internacional da Enfermagem, para homenagear profissionais (incluindo pessoas parteiras) de diferentes países do mundo. A escolha do ano se deu também pelas homenagens do segundo centenário de Florence Nightingale, uma das precursoras da enfermagem moderna. Destacamos as enfermeiras Mary Seacole e Maria Soldado como representantes de legados importantes para a enfermagem contemporânea; elas, assim como outras mulheres negras, têm suas histórias invisibilizadas pelo racismo estrutural. O ano comemorativo reforçava as evidências fundamentais da categoria no cuidado da saúde e do bem-estar das populações. Com a colaboração do *International Council of Nurses* (ICN) e do grupo da campanha *Nursing Now*, a OMS publicou o primeiro importante Relatório do Estado da Enfermagem no Mundo⁽⁴⁹⁾, indicando a enfermagem como maior grupo profissional no setor de saúde (cerca de 59%) e, portanto, imprescindível para cobertura universal de saúde. A síntese do relatório de pesquisa Perfil de Enfermagem do Brasil 2010-2015, realizado por convênio entre Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), indica uma proporção ainda mais elevada (62%) do corpo de enfermagem em relação às demais categorias da saúde⁽⁵⁰⁾.

Um dos objetivos das práticas de assistência em saúde realizadas por profissionais de enfermagem é a produção de mudanças e efeitos na vida da coletividade, fundamentadas no saber científico e sobre os alicerces



das necessidades sociais, o que coaduna com a percepção das demandas que emergem das pessoas que utilizam os serviços de saúde, em consonância com as políticas públicas vigentes⁽⁵¹⁾. Para além da também imprescindível atividade técnica, a contribuição da enfermagem pode ocorrer segundo padrões éticos de trabalho, fundados na dignidade das pessoas e contrários à condutas que infrinjam os direitos humanos⁽⁵²⁾.

Rita Barradas Barata traz em seu livro *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*⁽⁵³⁾ que, além do sistema nacional de saúde com acesso universal, é preciso distribuição adequada de serviços e equipamentos no território, para que possam ser utilizados independentemente de condições socioeconômicas, gênero, etnia, etc. Profissionais de saúde precisam de habilitação adequada para garantir a qualidade técnica e humana do atendimento, e os serviços devem ser organizados, para responder às necessidades de saúde. O trabalho na área da saúde possibilita um papel socialmente diferenciado nos embates empreendidos em prol dos direitos humanos, considerando que quem trabalha, de alguma forma, testemunha agravos sofridos por vítimas dos mais variados tipos de violências.

O conjunto de instituições que compõem o sistema prisional é um dos muitos campos de atuação para profissionais da categoria. O trabalho pode ocorrer nas unidades prisionais, quando estrutura física e de recursos humanos estão presentes e, após o período de cumprimento de pena, pessoas egressas do sistema prisional continuam acessando serviços da RAS e saúde suplementar. É possível que a população prisional acesse serviços que compõem a RAS (e são externos à prisão), ainda durante o cumprimento da pena, seja pela inexistência de módulos de saúde internos ou mesmo por ocorrências de doenças e agravos que demandam serviços de média e alta complexidade com disponibilidade de densidades tecnológicas diversas. O trabalho de profissionais da enfermagem pode ocorrer desde os momentos de entrada das pessoas em unidades prisionais, em transferências para outras instalações e nos momentos da saída, após finalização da pena privativa de liberdade. As responsabilidades específicas da categoria dependem do tamanho da instituição prisional e das características da população⁽⁵⁴⁾. Autoras apontam para o esforço de equipes de enfermagem para atingir as dimensões holísticas e humanas do cuidado e da promoção de saúde. Ainda assim, é necessário superar questões de estrutura e processo, bem como melhorar condições de trabalho⁽⁵⁵⁾.

É necessário que profissionais da enfermagem estejam próximos das pessoas e de suas demandas e façam o planejamento de ações de prevenção, promoção e tratamento, em nível individual e coletivo. Maynard et al.⁽⁵⁶⁾ explicam que a triagem e a escuta, frequentemente tidas como ações realizadas pela enfermagem, são vistas como ferramentas essenciais e inovadoras que atuam através do diálogo, vínculo e acolhimento, a partir do uso de tecnologias leves e que valorizam as experiências e as necessidades das pessoas em seu cotidiano. Santos e Nardi⁽⁵⁷⁾ defendem que sejam desenvolvidas, pela equipe de enfermagem, atividades relacionadas a cuidados paliativos. Por isso, destacam a importância de profissionais da enfermagem e demais áreas da saúde que atuam em unidades prisionais, para articular ações de identificação precoce, classificação e intervenção sobre a dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual que se encontram fora de possibilidades terapêuticas de cura.

Alguns artigos internacionais indicam que a equipe de enfermagem que atua em prisões deve possuir “habilidades excepcionais de comunicação, trabalho em equipe e avaliação”⁽⁵⁸⁾ e citam o perigo e o estresse que podem estar associados a estes trabalhos.⁽⁵⁹⁾ Lazzaretto-Green et al.⁽⁶⁰⁾ destacam, por exemplo, a relação com profissionais da segurança, considerando que nas instituições existe um viés e prioridades desiguais entre a atuação de cada profissão. Na relação com a pessoa que cumpre pena, os possíveis conflitos entre as equipes de saúde e segurança derivam da tensão inerente entre os dois papéis, tanto por abordagens, responsabilidades e atitudes quando por terminologias diferentes em relação à população prisional⁽⁶¹⁾. Doyle⁽⁶²⁾, ao retratar uma dessas experiências, afirma que a saúde não é o objetivo principal dos ambientes prisionais, chamados em muitos contextos de “correcionais”, e que as equipes de saúde devem atuar de forma imparcial. Weiskopf⁽⁶³⁾ situa o ato de cuidar como cerne da enfermagem para além de diretrizes e objetivos de políticas específicas, definindo que o trabalho é desafiador em ambientes prisionais devido ao constante



controle, coerção, segurança, ordem e disciplina. Doyle⁽⁶²⁾ também reforça que, no campo da saúde mental, a arquitetura prisional e “o artifício de vigilância e controle” são dominantes e constituem “ambientes físicos caracterizados por perímetros e tecnologia seguros”, desenvolvidos para isolar, segregar e confinar. No livro *Vigiar e Punir*, Foucault⁽³⁸⁾ afirmava que, para controle minucioso nas prisões, utiliza-se um aparato que rodeia e, dessa forma, vigia, visibiliza e expõe pessoas. O olhar, na penitenciária, “está alerta em toda parte”, o que pode e pretende colocar pessoas em uma situação de maior fragilidade⁽³⁸⁾.

Para a equipe de enfermagem, quando há substituição de prioridades, no caso as de segurança sobrepondo as de saúde, pode haver sensação de desvalorização profissional. Weiskopf⁽⁶³⁾ associa este momento àquele em que o acesso aos serviços de saúde pode se tornar um privilégio, não um direito.

Brito et al.⁽⁶⁴⁾ evidenciam o trabalho em saúde em unidades federais. Entre profissionais havia desconhecimento de especificidades das atividades internas e necessidade de improviso na práxis laboral. Em outro estudo, no sistema prisional do Rio Grande do Sul, autoras defendem espaços de escuta para profissionais (de saúde e segurança), familiares e pessoas encarceradas; assim anseios, limites e processos de resistências poderão ser valorizados.⁽⁶¹⁾

ALGUMAS CONCLUSÕES

O acesso à saúde da população prisional é fragmentado, e, por isso, analisar a atuação da equipe de enfermagem e a sua relação com as pessoas durante o cumprimento da pena pode apontar para nuances e entraves relacionados à (não) garantia do direito à saúde nesse contexto. O espaço prisional possui especificidades que estabelecem relação profunda com o processo saúde-doença, potencializando o sofrimento e trazendo novas demandas para o cuidado. Algumas publicações recentes indicam: a dificuldade de acesso a água e indisponibilidade de água quente; a proximidade com animais sinantrópicos; a estrutura insuficiente de saneamento; as situações de violência com aplicação de castigos; as frequentes vistorias em celas e pavilhões; os períodos sem convívio com outras pessoas; a má alimentação; a atuação das facções; o uso de substâncias psicoativas; a impossibilidade ou dificuldade de manutenção de vínculos e de visita íntima; o trabalho alheio às leis trabalhistas vigentes, entre outros⁽⁶⁵⁻⁶⁷⁾.

Os conhecimentos, habilidades e competências de profissionais da enfermagem no contexto extramuros são potenciais para o exercício profissional internamente. O dimensionamento de equipes de saúde, as adequações das instalações e nos processos de trabalho são desafios para atuação da enfermagem com a população que está presa. Mas, para além das questões estruturais, técnicas e materiais, há necessidade de investimentos para qualificação e formação qualificada.

Considerando as recomendações nacionais e internacionais para tratamento das pessoas presas, é possível afirmar que os dilemas na interface entre saúde e segurança parecem ser determinantes para a experiência do processo saúde-doença durante o cumprimento da pena. A prática do cuidado, seja ele específico da enfermagem ou não, é confrontada com limitações do cotidiano prisional. Abordagens e rotinas de segurança prevalecem em relação à promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças e agravos.

As noções de necropolítica e necropoder, apresentadas por Mbembe⁽³⁶⁾, explicam a criação de “mundos de morte”, com formas novas e únicas da existência social, nas quais pessoas, nesse caso, encarceradas, são submetidas a condições de vida como “mortos-vivos”. Retomando Davis⁽¹⁷⁾,

A prisão funciona ideologicamente como um local abstrato no qual os indesejáveis são depositados, livrando-nos da responsabilidade de pensar sobre as verdadeiras questões que afligem essas comunidades das quais os prisioneiros são oriundos em números tão desproporcionais. (p. 16).

Retratar os modos de vida e a sobrevivência nas prisões é necessário, mas ainda mais é imprescindível que pessoas egressas do sistema prisional ou mesmo aquelas que cumprem pena compartilhem narrativas



próprias de suas trajetórias de vida. Como colocado por Braga⁽¹⁶⁾, estamos longe “(...) de sentir na pele o drama da prisão”, mas não podemos nos “eximir de retratá-lo como produção concreta da (in)justiça, desde um possível lugar de encontro”. A construção do cuidado deve ser encarada como prática emancipatória. Retomando o conceito de saúde defendido pela OMS⁽⁶⁸⁾, questionamos: é possível garantir o direito à saúde em espaços que têm lógica avessa ao “completo bem-estar físico, mental e social”?

REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos. In: Universidade de São Paulo (USP), Biblioteca Virtual de Direitos Humanos [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1948 [cited 2020 Oct 11]. Available from: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Declara%C3%A7%C3%A3o-Universal-dos-Direitos-Humanos/declaracao-universal-dos-direitos-humanos.html>
2. Congresso Nacional (BR). Assembleia Nacional Constituinte. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União [Internet]. 1988 [cited 2020 Oct. 1];191A(1):1-32. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/douconstituicao88.pdf
3. Presidência da República (BR). Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências[Internet]. Diário Oficial da União. 1990 [cited 2018 Oct 20];182(1):18055-59. Available from: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/09/1990&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=176>
4. Silva JCC. O Sistema Penal enquanto instrumento de perpetuação da prática autoritária. In: Boiteux L, Magno PC, Benevides L, organizadoras. Gênero, feminismo e sistemas de Justiça: discussões interseccionais de gênero, raça e classe. Rio de Janeiro: Freitas Bastos; 2018. p. 619-636.
5. Soares BM, Ilgenfritz I. Prisioneiras: vida e violência atrás das grades. Rio de Janeiro: Garamond; 2002. 152 p.
6. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2020 Oct 2]. Available from: <https://bit.ly/3jCacgJ>
7. Melillo KD. Caring for incarcerated older adults. Aging, mental health, and incarceration. J Gerontol Nurs. 2009 [cited 2020 oct. 06];35(7): 3–6. <https://doi.org/10.3928/00989134-20090527-06>
8. Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR). Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) [Internet]. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública; 2020 [cited 2021 Feb 8]. Available from: <https://bit.ly/3d2ZDS0>
9. Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). Anuário Brasileiro de Segurança Pública [Internet]. Ano 14. São Paulo: [s.n.]; 2020 [cited 2021 Ago. 26]. Available from: <https://forumseguranca.org.br/anuario-14/>
10. Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR). Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) [Internet]. Brasília: Ministério de Justiça e Segurança Pública; 2017 [cited 2021 Feb. 8]. Available from: <https://bit.ly/3nSoT3d>
11. Presidência da República (BR). Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União [Internet]. 1984 [cited 2014 Oct 10];(1):10227. Available from: <https://bit.ly/3d37wao>
12. Pastoral Carcerária. Agenda Nacional pelo Desencarceramento [Internet]. [São Paulo]: [s.n.]; 2014 [cited 2020 Oct. 30]. Available from: <https://bit.ly/3aaXTVC>
13. Presidência da República (BR). Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2006 [cited 2018 Oct 20];163(1):2-6. Available from: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=2&data=24/08/2006>
14. Presidência da República (BR). Lei 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera as Leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre



- Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas [Internet]. Diário Oficial da União. 2019 [cited 2018 Oct 20];108(1):2-4. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm
15. Braga AGM, Angotti B. Da hipermaternidade à hipomaternidade no cárcere feminino brasileiro. Rev Int Direitos Hum [Internet]. 2015 [cited 2020 Sep 27];12(22):229-39. Available from: https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2015/12/16_SUR-22_PORTUGUES_ANA-GABRIELA-MENDES-BRAGA_BRUNA-ANGOTTI.pdf
 16. Braga AGM. Entre a soberania da lei e o chão da prisão: a maternidade encarcerada. Rev Direito GV. 2015;11(2):523-46. <https://doi.org/10.1590/1808-2432201523>
 17. Davis A. Estarão as prisões obsoletas? Vargas M, tradutora. Rio de Janeiro: Difel; 2018. 144 p.
 18. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (BR). Secretaria Nacional de Proteção Global, Departamento de Promoção dos Direitos de LGBT. LGBT nas prisões do Brasil: Diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento [Internet]. Brasília: Departamento de Promoção dos Direitos de LGBT; 2020 [cited 2020 Nov 5]. 147 p. Available from: <https://bit.ly/2OoguEZ>
 19. Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR). Departamento Penitenciário Nacional. Resolução Conjunta nº 1, de 15 de abril de 2014. Estabelecer os parâmetros de acolhimento de LGBT em privação de liberdade no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Justiça; 2014 [cited 2020 Oct. 2]. Available from: <https://bit.ly/3rJjWbA>
 20. Bogo Chies LA, Rotta Almeida B. Mortes sob custódia prisional no Brasil: prisões que matam; mortes que pouco importam. Rev Cien Soc. 2019;32(45):67-90. <https://doi.org/10.26489/rvs.v32i45.3>
 21. Gual R. La muerte bajo custodia penal como objeto de investigación social: una perspectiva regional. Rev Electrôn Fac Direito Pelotas [Internet]. 2019 [cited 2021 Aug 29];2(2):29-48. Dossiê Punição e Controle Social: degradações carcerárias em América Latina e Europa. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/revistadireito/article/view/11442/7227>
 22. Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR). Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) – dezembro de 2016 [Internet]. Brasília: Ministério da Justiça; 2018 [cited 2021 Feb. 8]. 48 p. Available from: <https://bit.ly/3rAtzJM>
 23. Barsaglini R. Do Plano à Política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios. Physis. 2016;26(4):1429-39. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300019>
 24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário [Internet]. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [cited 2020 Oct. 2]. Available from: <https://bit.ly/3zsW5jY>
 25. Minayo MCS, Ribeiro AP. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2016;21(7):2031-40. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.08552016>
 26. Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial n.º 1.777, de 09 de setembro de 2003. Diário Oficial da União [Internet]. 2003 [cited 2020 Nov. 5]; 176(1): 39-43. Available from: https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/379/3/PRI_GM_2003_1777.pdf
 27. Souza MO, Passos JPA. A prática de Enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades. Esc Anna Nery. 2008;12(3):417-23. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000300004>
 28. Damas FB. Assistência e condições de saúde nas prisões de Santa Catarina, Brasil. Rev Saúde Públ Santa Cat [Internet]. 2012 [cited 2020 Oct 5];5(3):6-22. Available from: <https://bit.ly/372FnN3>
 29. Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP). Manual de inspeção a unidades prisionais [Internet]. Brasília: CNMP; 2019 [cited 2020 Nov 5]. 78 p. Available from: https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/2019/MANUAL_DE_INSPE%C3%87%C3%83O_A_UNIDADES_PRISIONAIS_4.pdf
 30. França MHO. Criminalidade e prisão feminina: uma análise da questão de gênero. Rev Ártemis [Internet]. 2015 [cited 2020 Oct. 5];18(1):212-27. Available from: <https://10.15668/1807-8214/artemis.v18n1p212-227>
 31. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2020 Nov 5]. Available from: <https://bit.ly/2Z6tFwu>
 32. Gois SM, Santos Júnior HPO, Silveira MFA, Gaudêncio MMP. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. Ciên Saúde Colet. 2012;17(5):1235-46. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000500017>
 33. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação nº 62, de 17 de março de 2020. Recomenda aos Tribunais e magistrados a adoção de medidas preventivas à propagação da infecção pelo novo coronavírus – Covid-19 no âmbito dos sistemas de



- justiça penal e socioeducativo [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2020 [cited 2020 Nov. 5]. Available from: <https://bit.ly/3paU4Uu>
34. Muniz B, Fonseca B. Em alerta por coronavírus, prisões já enfrentam epidemia de tuberculose. Pública – Agência de Jornalismo Investigativo [Internet]. São Paulo: [s.n.]; 2020 [cited 2020 Oct. 17]. Available from: <https://apublica.org/2020/03/em-alerta-por-coronavirus-prisoos-ja-enfrentam-epidemia-de-tuberculose/>
 35. Campello R, Godoi R. Presídios: em vez de proteção, solitárias e granadas. Le Monde Diplomatique Brasil. In: OutrasMídias [Internet]. São Paulo: [s.n.]; 2020 [cited 2020 Nov. 6]. Available from: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/presidios-em-vez-de-protecao-solitaria-e-granadas/>
 36. Mbembe A. Necropolítica. São Paulo: n-1 edições; 2018. 80 p.
 37. Foucault M. Microfísica do poder. 18ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2003. 295 p.
 38. Foucault M. Vigiar e punir: histórias da violência nas prisões. 37ª ed. Petrópolis: Vozes; 2009. 348 p.
 39. Silva AAS, Araújo TME, Teles SA, Magalhães RLB, Andrade ELR. Prevalência de hepatite B e fatores associados em internos de sistema prisional. Acta Paul Enferm. 2017;30(1):66-72. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700010>
 40. Souza RL, Silveira AM. Mito da ressocialização: programas destinados a egressos do sistema prisional. SER Social. 2017;17(36):163. https://doi.org/10.26512/ser_social.v17i36.13421
 41. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Regras de Mandela: regras mínimas das Nações Unidas para o tratamento de presos [Internet]. Brasília: CNJ, 2016 [cited 2020 Oct 11]. 88 p. Série Tratados Nacionais de Direitos Humanos. Available from: <https://bit.ly/3nKl2nP>
 42. Presidência da República (BR). Lei 12.847, de 2 de agosto de 2013. Institui o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; cria o Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 2013 [cited 2020 Oct 10]; 149(ed. extra):1-2. Available from: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1000&pagina=1&data=05/08/2013>
 43. Presidência da República (BR). Decreto nº 6.085, de 19 de abril de 2007. Promulga o Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, adotado em 18 de dezembro de 2002 [Internet]. Diário Oficial da União. 2007 [cited 2020 Oct 2]; 76(1):6-8. Available from: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=6&data=20/04/2007>
 44. Conselho Nacional de Justiça (BR). Regras de Bangkok. Regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2016 [cited 2020 Oct 10]. Série Tratados Internacionais de Direitos Humanos. Available from: <https://bit.ly/2NeBxZG>
 45. UN General Assembly. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment on his mission to Brazil [Internet]. [New York (US)]: United Nations; 2016 [cited 2020 Oct 12]. Report n°: A/HRC/31/57/Add.4. Available from: <https://cutt.ly/pkP5tjE>
 46. Supremo Tribunal Federal (BR). ADPF 347 - Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. Brasília: Supremo Tribunal Federal; 2015 [cited 2020 Nov. 5]. Available from: <https://bit.ly/2NI3hMw>
 47. Galeano E. De pernas para o ar. Porto Alegre: L&PM. 1999. 370 p.
 48. Institute for Criminal Policy Research (ICPR). Towards a health-informed approach to penal reform? Evidence from ten countries. Londres: Birkbeck, University of London; 2019 [cited 2020 Sep. 27]. Available from: <https://bit.ly/3rlNqqd>
 49. World Health Organization (WHO). States of the World' Nursing 2020, investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Oct. 12]. Available from: <https://cutt.ly/xkP5RQX>
 50. Machado MH, coordenadora. Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. Relatório final. Brasília: Cofen/Fiocruz; 2015 [cited 2020 Oct 5]. Available from: <https://bit.ly/3qcvBj>
 51. 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. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes [Internet]. Rio de Janeiro: Hexis; 2016 [cited 2021 Sep 22]. p. 59-72. Políticas e cuidados em saúde, v. 1. Available from: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Livro-Políticas-e-Cuidados-em-Saude-Livro-1-%E2%80%93-Avaliacao-Compartilhada-do-Cuidado-em-Saude-Surpreendendo-o-Instituicao-nas-Redes.pdf>
 52. Ventura CAA, Mello DF, Andrade RD, Mendes IAC. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. Rev Bras Enferm. 2012;65(6):893-8. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000600002>



53. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [Internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009 [cited 2020 Oct 17]. Coleção Temas em Saúde. 120 p. Available from: <https://cutt.ly/akP6E8N>
54. Flanagan NA, Flanagan TJ. Correctional nurses' perceptions of their role, training requirements, and prisoner healthcare needs. *J Correct Health Care*. 2001;8(67-85). <https://doi.org/10.1177/107834580100800105>
55. Soares AM, Castro GMO, Almeida IEM, Monteiro LAS, Torres LM. Vivências da equipe de enfermagem no cotidiano do sistema penal. *Rev Baiana Enferm*. 2020;34:e34815. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34815>
56. Maynard WHC, Albuquerque MCS, Brêda MZ, Jorge JS. Qualified listening and embracement in psychosocial care. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(4):300-4. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400051>
57. Santos HB, Nardi HC. Masculinidades entre matar e morrer: o que a saúde tem a ver com isso? *Physis: Rev Saúde Coletiva* 2014;24(3):931-49. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300014>
58. Hunt D. Caring for prisoners' mental health. *Nurs N Z* [Internet]. 2004 [cited 2020 Sep 27];10(8):16-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15508966/>
59. Redgewell S. Patient or prisoner caring in a secure environment. *Crim Justice Matters*. 2010;81:6-7. <https://doi.org/10.1080/09627251.2010.505393>
60. Lazzaretto-Green D, Austin W, Goble E, et al Ethical principles for correctional nursing. In: Schoenly L, Knox CM, eds. *Essentials of Correctional Nursing*. New York, NY: Springer Publishing Company; 2012: p. 19-37.
61. Jesus LO, Scarparo HBK, Lermen HS. Desafios profissionais no campo da saúde no sistema prisional: dilemas na interface entre a saúde e a segurança. *Aletheia* [Internet]. 2013 [cited 2021 Feb 11];41:39-52. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n41/n41a04.pdf>
62. Doyle J. Custody and caring: Innovations in Australian correctional mental health nursing practice. *Contemp Nurse*. 2003;14(3):305-11. <https://doi.org/10.5172/conu.14.3.305>
63. Weiskopf CS. Nurses' experience of caring for inmate patients. *J Adv Nurs*. 2005;49(4):336-43. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03297.x>
64. Brito LJS, Henriques SH, Bragança C, Leal LA. Training in service: perception of health workers in assistance in federal prison units. *Esc Anna Nery*. 2020;24(1):e20190158. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0158>
65. Rangel FM, Bicalho PPG. Superlotação das prisões brasileiras: operador político da racionalidade contemporânea. *Estud Psicol*. 2016;21(4):415-23. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160040>
66. Dourado JLG, Alves RSF. Panorama da saúde do homem preso: dificuldades de acesso ao atendimento de saúde. *Bol Acad Paul Psicol* [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 5];39(96):47-57. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v39n96/v39n96a06.pdf>
67. Freixo M. Desintegração do sistema prisional, segurança pública e exclusão social. *Ciêns Saúde Colet*. 2016;21(7):2171-8. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.11752016>
68. Organização Mundial da Saúde (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946. In: *Biblioteca Virtual de Direitos Humanos*. Universidade de São Paulo - USP [Internet]. São Paulo: USP; 1946 [cited 2020 Oct 5]. Available from: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c10>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À POPULAÇÃO LGBT+

Erik Asley Ferreira Abade^I

ORCID: 0000-0001-5780-1229

Jéssica Ariadne Nascimento França^{II}

ORCID: 0000-0002-8149-7199

Eduardo Sodré de Souza^{III}

ORCID: 0000-0002-9698-028X

^IUniversidade Federal da Bahia.
Salvador, Bahia, Brasil.

^{II}Secretaria Municipal da Saúde de Salvador.
Salvador, Bahia, Brasil.

^{III}Universidade Anhembi Morumbi.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autor Correspondente:

 Erik Asley Ferreira Abade
erikasley@hotmail.com

Como citar:

 Abade EAF, França JAN, Souza ES. Cuidados de enfermagem à população LGBT+. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 93-106 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c10>

 Revisora: Helena Cortes.
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.
Santo Antonio de Jesus, Bahia, Brasil.

INTRODUÇÃO

Iniciamos este capítulo abordando os motivos pelos quais a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Intersexuais e de demais identidades de gênero e/ou orientações sexuais (LGBT+) é vulnerabilizada e em que medida essa situação de vulnerabilidade, socialmente produzida e reproduzida, é determinante para as piores condições de vida e de saúde, os maiores riscos de adoecer e de morrer, e o menor acesso aos bens e recursos públicos de saúde.

A opção pelo termo LGBT+ neste capítulo se deve tanto ao reconhecimento das lutas e conquistas do movimento LGBT explicitadas na III Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais⁽¹⁾ e na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais⁽²⁾, que utilizam a sigla “LGBT” para sua nomeação, como ao reconhecimento de que as identidades presentes nesta sigla não são capazes de abarcar todas as identidades que fogem à norma da “cisheterossexual”, por isso a inclusão do símbolo de mais (+).

As vulnerabilidades em saúde da população LGBT+ mantêm uma relação direta com o processo de preconceito, discriminação e violências vivenciado sistematicamente por esse grupo social. Na origem dessas múltiplas violências, está a transgressão da **norma cisheterossexual**, que como toda norma social⁽³⁾ estabelece o modelo universal da relação **corpo-gênero-sexualidade**, tornando qualquer outra possibilidade desta relação anormal, desviante, inferior, abjeta e/ou imoral⁽⁴⁾.

A norma cisheterossexual, ainda que em um primeiro momento pareça uma palavra nova, está presente há muito tempo na matriz cultural que utilizamos para compreender os gêneros e as sexualidades. Esta norma estabelece um padrão, em que deve existir uma “coerência”, uma “continuidade” entre sexo, gênero, desejo e prática sexual⁽⁴⁾.

Esses padrões sociais de gênero e sexualidade são denominados de **cisgeneridade** e **heterossexualidade**. Quando falamos em heterossexualidade, não fazemos



referência apenas à vivência da sexualidade com pessoas do gênero oposto, mas também ao dispositivo da sexualidade e seu conjunto de prescrições que regula a vivência da sexualidade de todas as pessoas⁽⁵⁻⁶⁾. A heteronormatividade fundamenta a ideia equivocada de que a homossexualidade e a bissexualidade são desviantes e respalda as desigualdades de poder nas experiências heterossexuais.

A cisgeneridade, por sua vez, é normatividade dos gêneros, impondo as possibilidades legítimas de gênero, sendo a existência “natural” aquela em que a vivência do gênero está em correspondência ao socialmente imposto a partir da condição biológica ao nascimento; em outras palavras, através do critério “sexo biológico”, determinam-se as possibilidades de existência dos corpos e seus gêneros⁽⁷⁾.

É na transgressão, no questionamento, na crítica e na denúncia das violências presentes nessa cisheteronormatividade que podemos situar a condição de vulnerabilidade em saúde da população LGBT+. Enquanto norma social, a heterossexualidade e a cisgeneridade instituem as práticas dominantes das diversas instituições, como família, escola, igreja e Estado, que marginalizam as pessoas LGBT+ a partir da violência doméstica, do *bullying* escolar, da exclusão do mercado de trabalho, da assistência não-qualificada de saúde, só para citar alguns exemplos.

A enfermagem, como campo de conhecimento e práticas, por sua vez, pode (re)produzir as normatividades de gênero e sexualidade e suas opressões, que se manifesta nas barreiras de acesso, nas práticas discriminatórias, na invisibilização das demandas em saúde desse grupo, da assistência não qualificada; ou pode seguir o caminho inverso, de uma prática emancipadora e comprometida com a redução das iniquidades sociais.

É na tentativa de contribuir com uma nova prática de enfermagem, adequada às necessidades em saúde da população LGBT+, que este capítulo objetiva discutir os cuidados de enfermagem à população LGBT+.

CATEGORIAS ANALÍTICAS: CONDIÇÃO BIOLÓGICA, IDENTIDADE DE GÊNERO E ORIENTAÇÃO SEXUAL

Na denominação LGBT+, podemos encontrar, pelo menos, três categorias analíticas: condição biológica, identidade de gênero e orientação sexual. É importante destacar que, como qualquer tipo de classificação, essas categorias possuem limites explicativos, cumprindo muito mais a função de subsidiar didaticamente a elaboração de um plano de cuidado compatível com as demandas de saúde do que explicar o que significa cada uma dessas vivências.

CONDIÇÃO BIOLÓGICA/SEXO BIOLÓGICO

Em última instância, o objeto do cuidado de enfermagem é o corpo, é através da materialidade do corpo que exercemos boa parte de nossos cuidados. Para a saúde da população LGBT+, quando analisamos os corpos, uma questão fundamental é sua diferenciação sexo-genital naquilo que convencionamos chamar de “sexo biológico”.

O conceito de sexo biológico se refere às características sexuais que a pessoa tem ao nascer e que diferenciam uns corpos dos outros. As diferentes configurações das corporeidades se devem a três fatores principais: cromossômicos, gonadais e genitais⁽⁸⁾.

De um modo geral, compreende-se que existem duas possibilidades de diferenciação biológica ao nascimento - “o sexo feminino” e o “sexo masculino” -, mas corpos humanos são complexos demais para dar respostas exclusivamente binárias, inclusive sobre a diferença sexual, fato evidenciado pela intersexualidade⁽⁹⁾.

A intersexualidade é o termo guarda-chuva que descreve a variada condição biológica de pessoas que nascem com anatomia reprodutiva ou sexual e/ou um padrão de cromossomos que não podem ser classificados como tipicamente “sexo masculino” ou “sexo feminino” - isso pode ser visível no nascimento ou se tornar aparente ao longo da vida⁽⁸⁾.

As características corporais de diferenciação sexo-genital, o “sexo biológico”, incluem a presença ou não, ao nascimento, de pênis, vagina, útero, saco escrotal e assim sucessivamente, ainda que fundamentais para



o cuidado em saúde. É preciso saber quais as características do corpo que se cuida e não deve ser tomada como determinante de todos os outros aspectos da vida.

Uma vasta produção científica mostra que a visão biologizante da vida, em que o “sexo biológico” determina questões, como orientação sexual e identidade de gênero, é frágil e não encontra correspondência com a realidade, que se mostra muito mais diversa⁽¹⁰⁾. Assim, é fundamental olhar para as diferenças sexo-genitais como parte do humano e não como o fator explicativo de todas as características humanas⁽¹¹⁾.

IDENTIDADE DE GÊNERO

A identidade de gênero pode ser compreendida como:

A experiência interna, individual e profundamente sentida que cada pessoa tem em relação ao gênero, que pode, ou não, corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo-se aí o sentimento pessoal do corpo (que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos ou outros) e outras expressões de gênero, inclusive o modo de vestir-se, o modo de falar e maneirismos⁽¹²⁾.

Como indicado no próprio conceito, a identidade de gênero diz respeito ao reconhecimento de cada pessoa sobre seu próprio gênero⁽¹³⁾. A partir dessa definição, surgem duas categorias distintas: a cisgeneridade e a transgeneridade (transexualidade, travestilidade).

Assim, as pessoas cisgêneras são aquelas que se identificam com o gênero que lhes foi atribuído ao nascimento a partir de suas características sexuais biológicas aparentes⁽¹⁴⁾. São mulheres cisgêneras, por exemplo, as pessoas que se reconhecem como mulher e nasceram em um corpo com condição biológica classificada como “sexo feminino”.

Por sua vez, as pessoas trans (transexuais, travestis e transgêneras) são pessoas que se reconhecem e se identificam com o gênero diferente das expectativas sociais, ou seja, que se identificam com um gênero diferente daquele que lhe foi atribuído a partir de sua condição biológica, aparente, ao nascimento. Para evitar confusões sobre as categorias analíticas, esclarecemos que transexuais e transgêneros são sinônimos, mas o termo transgênero, por definição, é considerado um termo guarda-chuva para designar várias identidades de gênero que transgridem a cisgeneridade: travesti, mulher trans, homem trans, pessoas não-binárias.

Assim, são mulheres trans aquelas que se reconhecem como mulher, mas nasceram com condição biológica classificada como “sexo masculino”. Os homens trans são aqueles que se reconhecem como homens, mas nasceram com condição biológica classificada como “sexo feminino”.

Ainda no grupo de identidades trans, temos, no Brasil, as travestis, que são pessoas trans, ou seja, não-cisgêneras, que vivenciam papéis de gênero feminino, mas que não reivindicam a identidade “mulher”, constituindo uma ideia própria sobre “mulheridade”^(15,16).

Em relação às diferenças entre as identidades de mulheres trans (transexual/transgênera) e travestis, é importante destacar como afirma Benevides⁽¹⁶⁾:

[...] é impossível diferenciar uma mulher transexual ou uma travesti apenas olhando para suas expressões de gênero ou as alterações que por ventura tenham realizado ou não. Inclusive as cirurgias de redesignação sexual não são capazes de marcar quem é uma mulher trans ou uma travesti. É necessário ter cautela ao tentar estabelecer características que separariam uma identidade da outra. Ambos os termos, são como sinônimos sem que signifiquem exatamente a mesma coisa. Não existe hierarquia entre elas.

No que diz que respeito aos cuidados em saúde, é necessário acolher mulheres trans e travestis sem distinção de oferta de cuidado e de acesso. O uso desses termos não tem a intenção de indicar diferença da identidade de gênero entre as pessoas que gostariam e as que não gostariam de realizar transformações em seus corpos⁽¹⁴⁾.



No Brasil, ainda há o uso corrente da diferenciação entre mulheres trans e travestis pela relação com a genitália, sendo as travestis aquelas que aceitavam sua genitália fállica, e mulheres trans, as que não aceitavam, que apresentavam disforia pelo falo. Contudo, não há sustentação científica para tal associação, como afirma Matos *et al*⁽¹⁷⁾:

As evidências científicas atuais indicam que a relação entre a aceitação da genitália e a identidade de gênero não são correspondentes [...] segundo essa conjectura, as pessoas transexuais, como fica subtendido, não aceitariam suas genitálias, enquanto as travestis aceitariam. Tal pressuposição não está baseada em nenhum dado de pesquisa científica e nega as existências de numerosas experiências que não se enquadram nessa definição.

Nas identidades trans, ainda há as pessoas não-binárias. A não-binaridade pode ser entendida como um “termo guarda-chuva” que engloba diversas identidades de gênero diferentes, como pessoas agêneras, aquelas que não se identificam com gênero algum, de gênero fluido, cuja identidade de gênero muda ou varia, de gênero neutro, que não se identificam como “homem” ou “mulher”, entre outras possibilidades existenciais⁽¹⁸⁾.

ORIENTAÇÃO SEXUAL

A orientação sexual pode ser definida como:

[...] à capacidade de cada pessoa de experimentar uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, assim como de ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas⁽¹²⁾.

Na orientação sexual, há, pelo menos, três dimensões: o desejo, o comportamento e a identidade sexual. Na dimensão do desejo, está a atração, os sentimentos e as fantasias; na dimensão do comportamento, estão os vínculos interpessoais, as práticas sexuais exercidas; e na dimensão da identidade sexual, está o modo como a pessoa se percebe em termos de orientação sexual e o modo como ela torna pública (ou não) essa percepção de si em determinados ambientes ou situações⁽¹⁹⁾.

As orientações sexuais mais comuns são a homossexualidade, quando a pessoa se atrai e/ou se relaciona com pessoas do mesmo gênero que o seu; a bissexualidade, quando a pessoa se atrai e/ou se relaciona com pessoas de mais de um gênero; e a heterossexualidade, quando a pessoa se atrai e/ou se relaciona com pessoas de um gênero diferente do seu.

No caso das pessoas homossexuais, a denominação lésbica indica mulheres que se relacionam com outras mulheres, e a denominação gays indica homens que se relacionam com outros homens. A bissexualidade, por sua vez, pode ser interpretada como confusão, irresponsabilidade ou inabilidade de assumir compromisso, e até equiparada com promiscuidade, infidelidade, ou comportamento sexual inseguro, mas, na verdade, trata-se de uma orientação sexual legítima e fluida que inclui o envolvimento emocional, afetivo ou sexual por mais de um gênero, como afirma o próprio Manifesto Bissexual de 1991:

Bissexualidade é um todo, identidade fluída. Não assuma que a bissexualidade é naturalmente binária ou poligâmica: que nós temos “dois” lados ou que nós precisamos estar envolvidos simultaneamente com dois gêneros para sermos seres humanos completos. De fato, não assuma que existem apenas dois gêneros. Não interprete nossa fluidez como confusão, irresponsabilidade, ou inabilidade de assumir compromisso. Não equipare promiscuidade, infidelidade, ou comportamento sexual inseguro com bissexualidade. Esses são comportamentos humanos que atravessam todas as orientações sexuais. Nada deve ser presumido sobre a sexualidade de ninguém, incluindo a sua⁽²⁰⁾.

É importante entender que se, por um lado, a orientação sexual (homossexual, heterossexual ou bissexual) não é uma escolha livre e voluntária, o “assumir-se” como gay, lésbica ou bissexual, seja perante amigos e

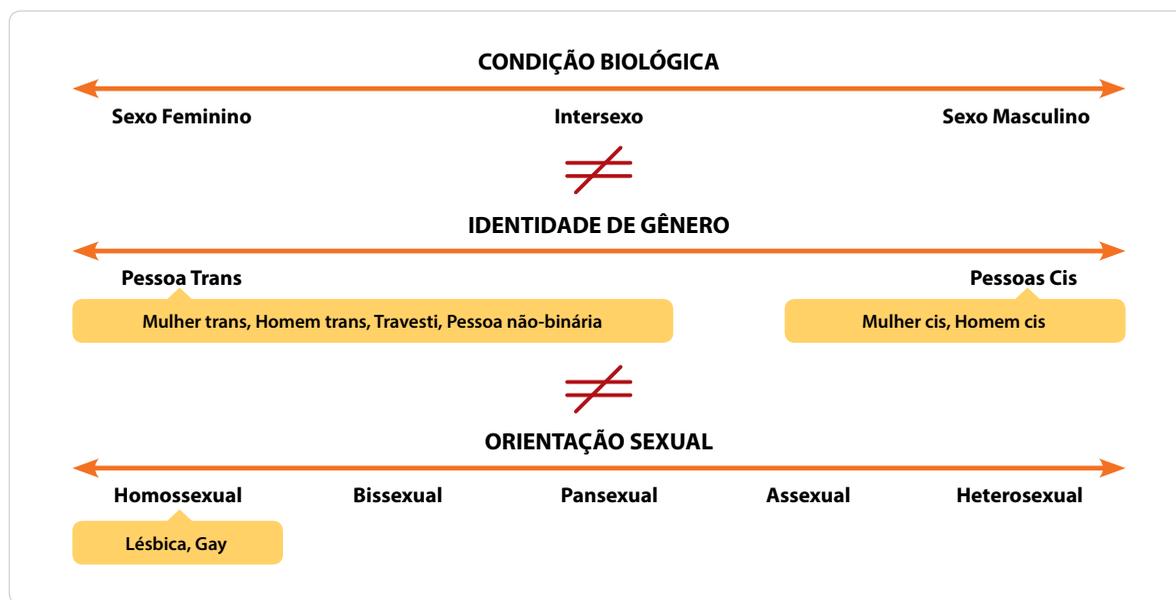


familiares, seja em contextos mais públicos, representa, em contrapartida, uma afirmação de pertencimento e uma tomada de posição crítica diante das normas sociais costumeiramente impostas⁽¹⁹⁾.

Outro ponto fundamental é compreender que as dimensões de desejo, comportamento e identidade sexual não caminham necessariamente da mesma maneira e na mesma direção⁽¹⁹⁾. Algumas pessoas podem ter um desejo por pessoas do mesmo gênero, mas não terem práticas sexuais com pessoas do mesmo gênero; outras pessoas podem ter práticas sexuais, mas não possuem um desejo tampouco uma identidade sexual de gay, como, por exemplo, homens que fazem sexo com outros homens somente por dinheiro.

DIFERENÇAS ENTRE IDENTIDADE DE GÊNERO E ORIENTAÇÃO SEXUAL E A VISÃO INTERSECCIONAL

Como vimos até aqui, a identidade de gênero e a orientação sexual são categorias classificatórias diferentes que coexistem na compreensão do gênero e da sexualidade de todas as pessoas. Enquanto identidade de gênero se refere a como a pessoa se identifica, a orientação sexual está ligada à como a pessoa se relaciona sexual e afetivamente. Assim, pessoas cisgêneras e transgêneras podem ter orientações sexuais diversas: heterossexuais, gays, lésbicas, bissexuais ou assexuais, conforme descrito na Figura 1.



Fonte: elaboração própria.

Figura 1 – Categorias analíticas de condição biológica, identidade de gênero e orientação sexual

Outro ponto fundamental é reconhecer que a identidade de gênero e a orientação sexual não devem ser marcadores sociais únicos na compreensão da população LGBT+, já que este grupo se articula de diversas formas com outras populações, podendo potencializar ou minimizar os processos de vulnerabilização, por isso, é preciso compreendê-los de modo interseccional.

O conceito de interseccionalidade demonstra as consequências entre a interação do racismo, sexismo e patriarcado como formas de opressão que se somam e se sobrepõem⁽²¹⁾. Tais opressões podem se potencializar e gerar maior vulnerabilidade a depender de combinações possíveis entre marcadores sociais, como gênero, raça/etnia, classe social, geração, orientação sexual, identidade de gênero, região e deficiências⁽²²⁾. Por exemplo, uma travesti, negra, com deficiência física e em situação de rua acumula opressões que interferem diretamente no processo saúde-doença-cuidado.



Ao que se propõe este capítulo, a ideia de interseccionalidade para o entendimento da população LGBT+ se torna eficiente para realizar a análise de como amplos eixos de subordinação se articulam em uma mesma pessoa. Isso significa dizer que uma pessoa não pode ser pensada, isoladamente, por um marcador social, como “negra”, “mulher”, “gay”, “lésbica”, “transsexual”, “pobre”, “rica”, mas reconhecer todos esses marcadores, pois as combinações podem ser diversas e as vulnerabilidades em saúde, também.

CUIDADO DE ENFERMAGEM À POPULAÇÃO LGBT+

No exercício da enfermagem, são necessárias competências de diversas naturezas, técnicas, científicas, éticas, políticas, para que cada profissional atue respaldado em princípios éticos e com o rigor científico e intelectual esperado na oferta de práticas de cuidado.

Do ponto de vista ético, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem⁽²³⁾ destaca que, além dos preceitos da ética e da bioética, a equipe de enfermagem possui entre seus princípios o respeito aos Direitos Humanos:

[...] o respeito aos direitos humanos é inerente ao exercício da profissão, o que inclui os direitos da pessoa à vida, à saúde, à liberdade, à igualdade, à segurança pessoal, à livre escolha, à dignidade e a ser tratada sem distinção de classe social, geração, etnia, cor, crença religiosa, cultura, incapacidade, deficiência, doença, identidade de gênero, orientação sexual, nacionalidade, convicção política, raça ou condição social (p. 3).

Isso significa que a atuação de enfermagem deve considerar que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. O livre exercício da orientação sexual e a identidade gênero são essenciais para a dignidade e humanidade de cada pessoa e não devem ser motivo de discriminação ou abuso⁽¹²⁾, sendo um compromisso da enfermagem a promoção da saúde integral de todas as pessoas, com senso de justiça social e compromisso com a cidadania plena e a promoção da equidade.

Na prática, esse compromisso representa um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes específicas da enfermagem que abordaremos na última seção deste capítulo, divididos em duas dimensões: assistencial e gerencial.

DIMENSÃO ASSISTENCIAL

Para prestar qualquer tipo de cuidado em saúde, o primeiro passo é o acolhimento, tecnologia leve, relacional, que se estabelece entre trabalhadoras(es) e usuárias(os) nos modos de escutas, nas maneiras de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos, nas formas de sensibilidade do trabalhador(a), em um certo posicionamento ético situacional, que influencia fortemente, inclusive, o modo de agenciamento de tecnologias leve-duras e duras⁽²⁴⁾.

No uso dessa tecnologia-leve com a população LGBT+, um elemento fundamental é não presumir a identidade de gênero e a orientação sexual baseada em qualquer tipo de estereótipo. Para evitar essa imposição, a(o) profissional de enfermagem deve utilizar expressões que não indiquem o gênero ou a orientação do sexual do outro, criando um ambiente seguro para que todas as pessoas se expressem, substitua frases como: “Como posso ajudar o(a) senhor/senhora?” por “Como posso lhe ajudar?”; “A(O) mulher/homem que está entrando” por “A pessoa que está entrando”; “Você tem esposo/esposa?” por “Com quem você se relaciona?”; “Quantos parceiros/parceiras sexuais você teve no último ano?” por “Quantas parcerias sexuais você teve no último ano?”.

Uma vez explicitado o gênero no qual cada indivíduo se reconhece, destaca-se que as pessoas trans devem ter sua identidade de gênero respeitada. Mulheres transexuais e travestis devem ser tratadas no feminino e homens transexuais devem ser tratados no masculino, isso em todas as suas variações. Mulheres trans e travestis são “elas”, “filhas”, “namoradas”, “moças”, e homens trans são “eles”, “filhos”, “namorados”, “rapazes”, e assim sucessivamente.



No caso de pessoas não-binárias, pode-se recorrer ao uso da linguagem neutra ou perguntar com quais pronomes aquela pessoa se sente mais confortável ao ser tratada. Palavras que incluem todos os gêneros, como “jovem”, “pessoa”, “paciente”, são preferíveis. A linguagem inclusiva deve ser expandida para todos os elementos; o preservativo, por exemplo, não deve ser qualificado como “masculino” e “feminino”, prefira “externo/peniano” ou “interno/vaginal”, isso porque mulheres trans podem utilizar preservativo peniano.

O respeito e o uso do nome social são outro importante dispositivo de acolhimento de pessoas trans. Trata-se do prenome adotado pelas pessoas trans, que corresponde ao nome pela qual se reconhecem, identificam-se e preferem ser chamadas, em contraposição ao nome do registro civil, que não corresponde ao gênero com o qual se identificam.

O uso do nome social é garantido por diversos instrumentos legais. Nos serviços de saúde, Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (Portaria nº 1.820/2009) descreve que o usuário deve ser identificado:

[...] pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosa (p. 12)⁽²⁵⁾.

A garantia do nome social representa não apenas uma dimensão de acolhimento, mas impede que o constrangimento bloqueie o acesso aos serviços e todos os possíveis cuidados em saúde, extinguindo a violação de direitos no âmbito institucional, além de estimular uma cultura de respeito às diversidades⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Em qualquer atendimento, sempre inicie perguntando: “Como você quer que eu te chame?”, isso permitirá que as pessoas trans possam informar seu nome social sem constrangimentos. Ainda no que diz respeito ao nome utilizado por pessoas trans, desde 2018, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu, através da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 4275⁽²⁸⁾, não ser mais necessária qualquer autorização judicial, comprovação de realização de procedimentos cirúrgicos ou acompanhamento médico ou psicológico para que seja realizada a alteração do registro civil, o que tem permitido que um número cada vez maior de pessoas trans alterem seus nomes e não necessitem mais do dispositivo do nome social.

Após a etapa inicial do acolhimento, o próximo passo na assistência de enfermagem será a implementação do processo de enfermagem, a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), em suas cinco etapas: coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação⁽²⁹⁾.

Durante toda a SAE, mas notadamente no histórico de enfermagem, as questões sobre orientação sexual e identidade de gênero devem ser incluídas, registradas e utilizadas em todas as etapas seguintes.

A inclusão dessas categorias na coleta de dados indica que a(o) profissional de enfermagem não pressupõe que todas as pessoas são heterossexuais e cisgêneras, mas compreende a diversidade sexual e de gênero existente na sociedade, como também reconhece que a orientação sexual e a identidade de gênero são determinantes sociais de saúde e, por isso, precisam ser consideradas no cuidado de enfermagem, articulando essas e outras categorias sob o prisma da interseccionalidade.

O impacto direto no processo saúde-doença decorrente da orientação sexual e uma identidade de gênero para as pessoas não-heterossexuais e não cisgêneras advém das diferentes formas de discriminação vivenciadas pela população LGBT+ que produzem exclusões e violências em espaços fundamentais para a manutenção da saúde, como a família, a escola, o mercado de trabalho, a convivência social e a atenção à saúde.

Já existem diversas evidências que a população LGBT+ apresenta piores indicadores de saúde, quando comparadas à população heterossexual e cisgênera, a exemplo das maiores taxas de transtorno mental, ansiedade, ideação e tentativas de suicídio e uso de droga abusivo de drogas⁽³⁰⁻³¹⁾ decorrentes de situações de violência e discriminação.



Ainda se destaca maior risco para certos tipos de câncer, asma, obesidade e doenças cardiovasculares⁽³²⁻³⁴⁾, muitas vezes relacionadas à dificuldade de acesso a cuidados preventivos em saúde, sendo o câncer do colo do útero um caso emblemático, pois mulheres cisgêneras lésbicas e homens transexuais possuem piores taxas de realização de citopatológico do colo do útero. Entre as mulheres cisgêneras e heterossexuais, aproximadamente 13,8% nunca realizaram exame preventivo⁽³⁵⁾, entre mulheres cisgêneras lésbicas, essa taxa foi de 32%⁽³⁵⁾, e entre homens transexuais, de 73%⁽³⁶⁾.

Os dados sobre HIV também revelam disparidades. Homens cisgêneros gays e mulheres transexuais são desigualmente afetados(as) pela infecção por HIV, sendo considerados(as) populações-chave. Enquanto na população geral a prevalência varia entre 0,30% para as mulheres cisgêneras e 0,50% para os homens cisgêneros, entre homens gays, a prevalência é de 18,4% e entre mulheres trans, de 36,7%⁽³⁷⁻³⁸⁾.

Essa realidade é produzida não apenas pelo quadro de exclusão social ao qual este grupo está submetido, mas também devido às barreiras de acesso aos serviços de saúde relacionadas à LGBTfobia institucional e à assistência não qualificada, aspectos que interagem entre si, se retroalimentam e se definem mutuamente.

A assistência não qualificada se manifesta no desconhecimento das especificidades em saúde da população LGBT+, que gera orientações e práticas de cuidados inadequadas aos corpos e as vivências da sexualidade de cada pessoa, nas condutas patologizantes sobre a transexualidade e a homossexualidade, ou ainda uma oferta de cuidado restrita à questões específicas, como HIV, hormonização, sem considerar as demais demandas e necessidades em saúde de cada pessoa.

Para evitar esse cuidado não adequado às pessoas LGBT+, os profissionais de enfermagem devem considerar os determinantes gerais e as especificidades de cada grupo, sem deixar de singularizar os cuidados para o indivíduo do qual se cuida naquele momento. Lembre-se que pessoas LGBT+ possuem todas as necessidades em saúde, podem ter qualquer doença preexistente e necessitam de todos os cuidados de promoção, prevenção, assistência e recuperação, como atualizar o calendário vacinal ou receber orientações sobre alimentação saudável.

Tanto no histórico de enfermagem quanto no exame físico a conduta dos profissionais de enfermagem não deve ser orientada pela curiosidade, especulações e/ou julgamentos, sendo necessária a autorização e consentimento de cada pessoa para a realização de qualquer procedimento.

As modificações corporais realizadas por pessoas trans, notadamente as cirurgias de alteração de genitália e as práticas sexuais de pessoas lésbicas, gays e bissexuais, muitas vezes são alvo de posturas “fetichizadas” dos profissionais que servem apenas para a curiosidade da(o) profissional e não ao plano terapêutico.

Certamente, para a realização de um exame preventivo em uma mulher cisgênera lésbica ou bissexual e escolher adequadamente o tamanho do espécuro ou ainda para uma oferta adequada das estratégias de prevenção combinada do HIV para homens gays, a enfermeira precisará conhecer as práticas sexuais desses grupos. Assim, deve-se avaliar qual a função daquela pergunta, para a elaboração do plano de cuidados ou para a realização de um procedimento.

Pessoas transexuais e travestis podem desejar realizar transformações corporais, com intenção de se sentirem confortáveis com seu corpo ou serem reconhecidas socialmente dentro dos parâmetros culturais de um gênero – o que também é percebido como um fator de proteção às violências transfóbicas⁽³⁹⁾.

Entre as principais transformações, estão o uso dispositivos removíveis (como uso de *binder*, *packer*, próteses mamárias externas, ocultação de pênis e testículos, etc.), produtos e procedimentos estéticos (como minoxidil para crescimento de pêlos e laser para remoção de pêlos), hipertrofia muscular, terapia vocal, terapia hormonal e cirurgias, como as transgenitalizações ou cirurgias de redesignação sexual^(39,40).

Dentre os procedimentos que acontecem fora dos serviços de saúde, é possível que pessoas transexuais e travestis utilizem silicone líquido industrial (SLI) em diversas partes dos corpos. O uso de SLI pode resultar em diversos problemas de saúde infecções, migração do produto para outras áreas do corpo, deformidades, siliconomas, necroses teciduais, embolia pulmonar e até a morte⁽⁴¹⁾.



Ressalta-se a importância de pensar o cuidado em enfermagem sob uma perspectiva interseccional, visto que os itinerários percorridos para o acesso aos procedimentos para transformações do corpo, muitas vezes clandestinos, coexistem com uma rede de atenção à saúde cuja atenção não qualificada tende a impor barreiras, principalmente para aquelas pessoas que experienciam sobreposição de lógicas excludentes e de opressões combinadas, como pode ser o caso de uma pessoa trans, negra em situação de rua, por exemplo⁽⁴²⁾.

No exame físico, deve-se desassociar o gênero em que a pessoa se apresenta de um tipo específico de genitália. Isso significa que é possível que a(o) enfermeira(o) examine mulheres com pênis e saco escrotal, apenas com pênis (devido a realização de orquiectomia bilateral), neovagina que é vulva e o canal vaginal construídos através da cirurgia de neovulvovaginoplastia, ou examinar homens com vagina, útero, com neofalo, com ou sem mamas, ou ainda pessoas com ambas as genitálias.

Independente do tipo de alteração corporal realizada, cabe à(ao) profissional de enfermagem reconhecer as demandas de cada pessoa em relação a seu próprio corpo e às transformações realizadas. Atenção especial deve ser dada a exames físicos que envolvam avaliação de genitálias ou mamas, pois podem gerar grandes desconfortos para pessoas transexuais e travestis. É importante explicar a necessidade do procedimento antes de realizá-lo, elucidar as dúvidas, garantir o direito de acompanhante e utilizar os termos que melhores são aceitos pela pessoa, para tratar as partes do seu corpo⁽³⁹⁾.

Caso ocorra uma recusa inicial em relação a algum exame físico, uma intervenção possível é o fortalecimento do vínculo e garantia da autonomia da pessoa, pois uma experiência positiva e o estabelecimento de confiança podem levar a reconsiderações futuras sobre a realização desse e de outros exames⁽³⁹⁾.

À enfermagem compete sempre lembrar do Código de Ética Profissional⁽²³⁾, que adverte sobre o dever de respeitar a pessoa que tem o direito à recusa garantido em qualquer situação que possa responder por si. A autonomia deve ser garantida durante todo o processo de SAE.

DIMENSÃO GERENCIAL

Na dimensão gerencial, a(o) enfermeira(o) pode atuar na gestão dos Sistemas de Serviços de Saúde em qualquer um de seus três níveis: na macrogestão, atinente às formulações, implementação e avaliação das políticas de saúde; na mesogestão, relacionada com o gerenciamento de instituições e serviços de saúde; e na microgestão, referida à organização do trabalho e os recursos humanos em enfermagem, com a finalidade de criar e implementar condições adequadas de cuidado dos pacientes e de desempenho da equipe de enfermagem⁽⁴³⁻⁴⁵⁾.

Na macrogestão, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT) representa um marco para a saúde dessa população, pois reconhece os efeitos da discriminação e preconceito motivados por orientação sexual e identidade de gênero na determinação social da saúde, com o objetivo de promover a saúde integral da população LGBT, eliminar a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo na redução das desigualdades em saúde deste grupo⁽²⁾.

A PNSI-LGBT consiste em uma política de saúde transversal que, para ser efetivamente implementada, exige a consideração dos aspectos relacionados à discriminação por orientação sexual e identidade de gênero em todo o processo de planejamento e organização da atenção e do cuidado à saúde.

Assim, enfermeiras(os) que atuam na gestão da política de saúde da mulher, do homem, da população adolescente e jovem, na Rede Cegonha, no programa de nacional de controle do câncer do colo do útero precisam incluir em suas programações as demandas da população LGBT+, como o controle do câncer de colo do útero em mulheres cisgêneras lésbicas e bissexuais, o pré-natal do homem transexual, a saúde mental dos jovens e adolescentes gays e assim sucessivamente. A não inclusão das especificidades deste grupo nas diversas políticas e programas é um exemplo clássico de LGBTfobia institucional.

Um dos principais desafios para a implementação da PNSI-LGBT é a produção de dados e indicadores em saúde para a população LGBT+. Ainda são escassos os Sistemas de Informação em Saúde do Sistema Único de Saúde (SIS SUS) capazes de gerar dados adequados sobre a população LGBT+, entre os principais estão:



- e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) - Ficha de Cadastro Individual possui campo específico para registrar a autodeclaração de nome social, identidade de gênero e orientação sexual.
- Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – Ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada, podendo-se coletar dados do nome social (campo 33), identidade de gênero (campo 37) e orientação sexual (campo 36), motivação LGBTfóbica (campo 55).
- Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – Ficha de notificação de AIDS (pacientes com 13 anos ou mais), permitindo a coleta de dados sobre as práticas sexuais de homossexuais, heterossexuais e bissexuais (campo 33), mas não possui dados sobre identidade de gênero e orientação sexual, o que impede a produção de informações específicas sobre a população de transexuais e travestis.

Entretanto, a existência desses campos não garante seu preenchimento adequado. Assim, enfermeiras(os) que atuam nos espaços de gestão devem incluir ações para qualificar esses registros, notadamente por se tratar de campos autodeclarados, onde a(o) profissional não pode preencher a partir de sua inferência ou presunção, mas sempre a partir do que é declarado, pelas pessoas que buscam cuidados, e, consequentemente, gerar informações em saúde confiáveis capazes de subsidiar processos de avaliação das políticas e monitoramento dos indicadores de saúde da população LGBT+.

Outro ponto central da PNSI-LGBT é a educação permanente. As questões relacionadas à LGBTfobia dos profissionais de saúde ainda se configuram como uma das principais barreiras de acesso da população LGBT+ aos serviços de saúde⁽²⁶⁻⁴⁶⁾, sendo uma atribuição das(os) enfermeiras(os) que atuam em espaços de macro ou microgestão a qualificação da equipe de enfermagem e demais categorias profissionais, para um atendimento livre de preconceitos e discriminações, e a inclusão das questões relacionadas à orientação sexual e identidade de gênero nos espaços de educação permanente.

Quando inseridos(as) no nível da mesogestão, a atuação das(os) enfermeiras(os) na garantia de uma assistência qualificada à população LGBT+ deve considerar aspectos do cuidado de pessoas trans e travestis, da ambiência para a criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade e possuam um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana⁽⁴⁷⁾.

São exemplos de ações capazes de promover ambiência para a população LGBT+: comunicações que indiquem o compromisso com um acolhimento livre de discriminação; valorização da agenda de cidadania LGBT+ no calendário das instituições, a exemplo do Dia Internacional de Combate à LGBTfobia (17 de maio); proteção da privacidade das informações, com uma guarda portuários satisfatória; disponibilidade de insumos, tecnologias e equipamentos adequados, a exemplo espéculos de tamanho correto para mulheres cisgêneras lésbicas e bissexuais ou homens trans que não possuem prática penetrativa na relação sexual; dilatadores vaginais para mulheres trans e travestis que realizaram cirurgia de redesignação sexual; e garantia de espaços inclusivos (enfermarias, banheiros, salas de espera).

As(os) enfermeiras(os) que estão atuando na gestão ainda devem promover o respeito ao nome social e a identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais, o que indica, por exemplo, a inserção do campo para nome social em todos os formulários dos serviços e o internamento em enfermarias de acordo a identidade de gênero de cada pessoa, mulheres trans e travestis em enfermarias femininas e homens transexuais em enfermarias masculinas.

Outro ponto fundamental na dimensão gerencial é a construção de processos democráticos, nos quais a sociedade civil possa participar do planejamento e avaliação das políticas implementadas. Isso pode ocorrer tanto pelo fortalecimento das instâncias de controle social do SUS (conselhos e conferências) quanto pela ampliação dos espaços de participação, a exemplo dos comitês de equidade ou comitês de saúde LGBT+, ou ainda dos conselhos gestores dos serviços de saúde.

Além da PNSI-LGBT, que, por seu caráter transversal, deve estar presente na gestão de todos os serviços e processos de trabalho, no Brasil, desde 2008, foram regulamentados no âmbito do SUS os serviços de



atenção especializada no Processo Transexualizador⁽⁴⁸⁾ que visam ofertar as ações de âmbito ambulatorial de acompanhamento para hormonioterapia cruzada e cirurgias de afirmação de gênero⁽⁴⁹⁾.

DIMENSÃO EDUCATIVA E PESQUISA

O trabalho da enfermagem, no contexto dos serviços, implica também oferecer subsídios para a prática de cuidados livres de riscos e danos à saúde da pessoa assistida, de sua família e de sua comunidade. A educação em saúde e o desenvolvimento de pesquisas são meios pelos quais a prática pode ser qualificada, garantindo atualização e efetivação de uma assistência segura.

No que se refere à população LGBT+, os estudos indicam escassez de pesquisas sobre a saúde dessa população, o que impacta diretamente no baixo conhecimento dos profissionais de saúde sobre o cuidado a ser prestado⁽⁵⁰⁻⁵²⁾.

Esse déficit de conhecimento resulta em barreiras importantes que impedem o acesso das pessoas LGBT+ aos bens e serviços de saúde. Como consequência deste distanciamento, percebem-se os piores resultados em saúde⁽⁵¹⁾.

Medidas, como a inclusão do tema de saúde LGBT+ nos cursos de enfermagem e em programas de educação permanentes nos serviços de saúde, bem como o estímulo ao desenvolvimento de pesquisas nesta área, são recomendações presentes em diferentes estudos sobre este tema⁽⁵²⁾.

A enfermagem ocupa uma posição no sistema de saúde que é estratégia para a proposição de modelos de cuidado que possam reverter benefícios e garantir o acesso aos direitos sanitários dessas pessoas⁽⁵³⁾.

A comunicação assertiva e efetiva com as equipes dos serviços de saúde (profissionais de saúde, segurança, limpeza, administrativo, gestão, logística entre outros), por meio de reuniões, campanhas publicitárias, discussão de casos, revisão de práticas e de formulários de coleta de informações, sinalização de banheiros, sensibilização para abordagem respeitosa, é uma medida educativa que pode contribuir para concretizar um acolhimento em um ambiente seguro e saudável para essas pessoas⁽⁵⁴⁻⁵⁵⁾.

No âmbito acadêmico, professores e estudantes de enfermagem podem contribuir com a proposição de situações que garantam aproximação ou aprofundamento de conhecimentos por meio de estratégias de ensino e aprendizagem que privilegiem o contato com a realidade através de situações reais ou simuladas necessárias para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes que contribuam para a formação de profissionais capazes de atuar sobre uma realidade excludente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado de enfermagem à população LGBT+ requer esforços para a proposição de teorias e práticas que resultem em ações concretas e efetivas para a redução das iniquidades em saúde, que refletem nas altas taxas de morbimortalidade dessas pessoas.

Este capítulo sinaliza posicionamentos indispensáveis à enfermagem, sobretudo àqueles relacionados ao conhecimento sobre os aspectos geradores e reprodutores das vulnerabilidades que afetam as pessoas LGBT+. Com atenção a este ponto, fazem-se recomendações práticas como possibilidades de transformação de realidades cujas normativas; em sua maioria, ainda pautam em um cuidado direcionado a um ser universal ou genérico, do qual escapam variações ao que se construiu como normal.

Sob essa perspectiva da normalidade, busca-se, com essas recomendações, promover espaços de cuidado, partindo de uma ambiência cujas narrativas não invalidem as identidades contempladas no cuidado, mas que incluam, com a mesma presunção de direitos sanitários, as pessoas que historicamente foram expostas às iniquidades em saúde.

Consideramos que este material, que não se esgota em si, possa contribuir para que profissionais de enfermagem e de saúde, em geral, cumpram seu papel social de diminuir o sofrimento, ampliar a cidadania



e contribuir para a emancipação da pessoa sob os cuidados de enfermagem, quiçá, para transformações necessárias no âmbito da saúde e, por consequência, na sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos (BR). Relatório Final - 3ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais- LGBT[Internet]. Brasília: Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos; 2016 [cited 2021 Jul 22]. Available from: <https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2021/04/relatorio-final-3a-conferencia-nacional-lgbt-1.pdf>
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.836, de 01 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT)[Internet]. 2011 [cited 2021 Jul 22]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-no-2836-de-1-de-dezembro-de-2011>
3. Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. 11ª edição. Campinas: Papirus; 2011. 224 p.
4. Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. 15ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2017. 288 p.
5. Louro GL, organizador. O corpo educado: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica; 1999. 176 p. Pedagogias da sexualidade. p. 07-37.
6. Miskolci R. A Teoria Queer e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. Sociol [Internet]. 2009 [cited 2021 Jul 21];2:150-182. Available from: <https://www.scielo.br/j/soc/a/BkRjYv9GszMddwqpnrcJvdn/?format=pdf&lang=pt>
7. Vergueiro V. Pensando a cisgeneridade como crítica decolonial. In: Messenger S, Castro MG, Moutinho L, organizadoras. Enlaçando sexualidades: uma tessitura interdisciplinar no reino das sexualidades e das relações de gênero. Salvador: EDUFBA; 2016. 321 p.
8. Yamaguchi LYW, Barcellos R, organizadores. Promotores e promotoras da saúde LGBT para profissionais no SUS. Porto Alegre: UFRGS; 2018. 39 p.
9. Fausto-Sterling A. Dualismos em duelo. Cad Pagu. 2001;17/18:9-79. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332002000100002>
10. Souza HCA, Junqueira SRA, Merkle LE. Perfil socioeconômico da amostra da Pesquisa Nacional do Perfil LGBTI+ 2018. In: Souza HCA, Junqueira SRA, Reis T, organizadores. Ensaios sobre o perfil da comunidade LGBTI+ [Internet]. Curitiba: IBDSEX; 2020 [cited 2021 Jul 23]. p. 10-66. Available from: <https://www.ibdsex.org.br/wp-content/uploads/2020/09/SOUZA-Humberto-da-Cunha-Alves-de-JUNQUEIRA-Sergio-Rogério-Azevedo-REIS-Toni.-Ensaios-sobre-o-perfil-da-comunidade-LGBTI.-Curitiba-IBDSEX-2020.-Colecao-Livres-Iguais-3.pdf>
11. Foucault M. História da sexualidade 1: a vontade de saber. 2ª edição. São Paulo: Paz e Terra; 2015. 175 p.
12. Comissão Internacional de Juristas (CIJ). Serviço Internacional de Direitos Humanos (SIDH). Princípios de Yogyakarta. Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero [Internet]. 2007 [cited 2020 Jan 24]. Available from: http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf
13. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 2.265, de 20 de setembro de 2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010[Internet]. Diário Oficial da União. 2020 [cited 2021 Jul 22];6(1):96. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294>
14. Lanz L. Dicionário Transgênero[Internet]. 2016 [cited 2020 Oct 05]. Available from: <http://leticialanz.blogspot.com/2016/08/dicionario-transgenero.html>
15. Jesus JG. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. 2ª. Edição. Brasília: EDA/FBN; 2012. 41 p.
16. Benevides B. Travesti ou transexual, tem diferença? [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 14]. Available from: <https://medium.com/@brunagbenevides/travesti-ou-transexual-tem-diferenca%C3%A7a-f8166e67e1bc>
17. Matos A, Bento B, Teixeira FB, Tagliamento G, Perucchi J, Prado MAM, et al. Análise da Resolução 2265 de 20 de setembro de 2019 do Conselho Federal de Medicina [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 22]. Available from: <http://www.fafich.ufmg.br/nuh/2020/01/24/analise-da-resolucao-cfm-2265-de-20-de-setembro-de-2019/>
18. Secretaria Municipal da Saúde, Coordenação da Atenção Primária à Saúde do Estado de São Paulo (SP). Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde|SMS|PMSP.



- [Internet]. 2020[cited 2020 Sep 22]. 133 p. Available from: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Saude_de_Transsexuais_e_Travestis_SMS_Sao_Paulo_3_de_Julho_2020.pdf
19. Presidência da República (BR). Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em gênero, sexualidade, orientação sexual e relações étnico-raciais[Internet]. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: SPM, 2009 [cited 2021 Jul 22]. 266p. Available from: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/bitstream/192/655/1/genero.pdf>
 20. Anything That Moves. San Francisco (CA): Bay Area Bisexual Network (BABN); 1991 [cited 2021 Jul 22];01(1). Available from: <https://drive.google.com/file/d/1xR2FbB2jJwAPKzkDxtfGDqmIcsfnvcHX/view>
 21. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. University of Chicago Legal Forum. [Internet]. 1989 [cited 2020 Aug 02];1989(1):139-167. Available from: <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
 22. Akotirene C. O que é interseccionalidade? São Paulo: Ed. Letramento; 2018. 151 p.
 23. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 564 de 2017, de 06 de novembro de 2017. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem[Internet]. 2017 [cited 2020 Sep 24]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
 24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2021 Jul 22]. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf
 25. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde [Internet]. 2009 [cited 2021 Jul 21]. Available from: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf
 26. Rocon PC, Rodrigues A, Zamboni J, Pedrini MD. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. Ciên Saúde Colet. 2016;21(8):2517-25. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.14362015>
 27. Silva LKM, Silva ALMA, Coelho AA, Martiniano CS. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. Physis: Rev Saúde Colet. 2017;27(3):835-46. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300023>
 28. Supremo Tribunal Federal (STF). Ação Direta de Inconstitucionalidade ADI 4275 [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 24]. Available from: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADI4.275VotoEF.pdf>
 29. Santos IMF, Fontes NCF, Silva RS, Brito SSJ, organizadores. SAE - Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. Salvador: COREN – BA; 2016. 39 p.
 30. Teixeira-Filho FS, Rondini CA. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. Saúde Soc. 2012;21(3):651-67. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300011>
 31. Albuquerque GA, Figueiredo FWS, Paiva LS, Araújo MFM, Maciel ES, Adami F. Association between violence and drug consumption with suicide in lesbians, gays, bisexuals, transvestites, and transsexuals: cross-sectional study. Salud Ment. 2018;41(3):131-8. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2018.015>
 32. McKay B. Lesbian, gay, bisexual, and transgender health issues, disparities, and information resources. Med Ref Ser Q. 2011;30(4):393-401. <https://doi.org/10.1080/02763869.2011.608971>
 33. Conron KJ, Mimiaga MJ, Landers SJ. A population based study of sexual orientation identity and gender differences in adult health. Am J Public Health. 2010;100:1953-60. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2009.174169>
 34. Simoni JM, Smith L, Oost KM, Lehavot K, Fredriksen-Goldsen K. Disparities in physical health conditions among lesbian and bisexual women: a systematic review of population-based studies. J Homosex. 2017;64(1):32-44. <https://doi.org/10.1080/0918369.2016.1174021>
 35. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Rede Feminista em Saúde. Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade[Internet]. 2006 [cited 2020 Jan 24]. Available from: http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie_da_saude_da_mulher_lesbica.pdf
 36. James SE, Herman JL, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anaf M. The Report of the 2015 US Transgender Survey [Internet]. Washington, DC: National Center for Transgender Equality. 2016 [cited 2021 Jul 21]. Available from: <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf>



37. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Agenda Estratégica para ampliação do acesso e cuidado integral das populações-chave em HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2021 Jul 23]. 36 p. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/agenda-estrategica-para-ampliacao-do-acesso-e-cuidado-integral-das-populacoes-chaves-em-hiv>
38. Kerr LRFS, Kendall C, Guimarães MDC, Mota RS, Veras MA, Dourado I, et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil. *Medicine*. 2018;97:s9-s15. <https://doi.org/10.1097/MD.000000000010573>
39. Amorim AP. Cuidado de pessoas transexuais e travestis. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 24]. Available from: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/cuidado-de-pessoas-transexuais-e-travestis/>
40. Moraes, AVC, Cortes, HM. Cirurgia de redesignação sexual: implicações para o cuidado. *J Nurs Health*. 2020;10(3):1-22. <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i3.16773>
41. Pinto TP, Teixeira FB, Barros CRS, Martins RB, Martins GSR, Barros DD, et al. Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(7):1-13. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00113316>
42. Souza ESS, Tanaka LH. Healthcare: action research with trans people living on the streets. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 26];75(Suppl-2): e20210016. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0016>
43. Souza LEPF, Bahia L. Componentes de um sistema de serviços de saúde: população, infra-estrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. In: Paim J, Almeida-Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 49-68.
44. Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(2): 258-65. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000200008>
45. Meneu R, Ortún V, organizadores. *Política y gestión sanitaria: la agenda explícita*. Barcelona: SG y Asociación de Economía de la Salud; 1996. 346 p.
46. Paulino DB, Rasera EF, Teixeira FB. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. *Interface Comunic, Saúde, Educ*. 2019;23:e180279. <https://doi.org/10.1590/Interface.180279>
47. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013b [cited 2020 Jul 22]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
48. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão [Internet]. 2008 [cited 2021 Jul 22]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html
49. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. 2013 [cited 2021 Jul 22]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html
50. Dias ALF, Borges AO, Cunha BEDB, Castro BP, Campos JA, Carvalho MAC, et al. On the fringes of the city: invisibility paths and exclusion of transvestites on the street. *Gerai, Rev Interinst Psicol* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jul 23];8(spec):214-33. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000200005&lng=pt
51. Snelgrove JW, Jasudavicius AM, Rowe BW, Head EM, Bauer GR. "Completely out-at-sea" with "two-gender medicine": a qualitative analysis of physician-side barriers to providing health-care for transgender patients. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:110. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-110>
52. McDowell A, Bower KM. Transgender health care for nurses: an innovative approach to diversifying nursing curricula to address health inequities. *J Nurs Educ*. 2016;55(8):476-9. <https://doi.org/10.3928/01484834-20160715-11>
53. McCann E, Brown M. Education and practice developments: addressing the psychosocial concerns and support needs of LGBT+ people. *Nurse Educ Today*. 2019;82:15-20. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.08.008>
54. Margolies L, Brown CG. Current state of knowledge about cancer in lesbians, gay, bisexual, and transgender (LGBT) people. *Semin Oncol Nurs*. 2018;34(1):3-11. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.11.003>
55. Roberts TK, Fantz CR. Barriers to quality health care for the transgender population. *Clin Biochem*. 2014;47(10/11):983-7. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2014.02.009>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c11>

ESTRATÉGIAS PARA MANEJO DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Joana Isabel Moniz Alves¹

ORCID: 0000-0001-8850-6855

Keyla Taiani Terra Assunção¹

ORCID: 0000-0002-4187-0163

Thais Cristina Garcia da Silva¹

ORCID: 0000-0003-4743-1089

Priscilla Alfradique de Souza¹

ORCID: 0000-0002-4625-7552

Carlos Magno Carvalho da Silva¹

ORCID: 0000-0002-8655-2636

¹ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Autor Correspondente:

 Joana Isabel Moniz Alves
joana.alves877@gmail.com

Como citar:

 Alves JIM, Assunção KTT, Da Silva TCG, Souza PA, Da Silva CMC. Estratégias para manejo da Violência Contra a Pessoa Idosa no contexto da Pandemia de Covid-19 In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 107-12 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c11>

 Revisora: Rosane Barreto Cardoso.
Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

INTRODUÇÃO

A violência contra a pessoa idosa (VCPI) representa um grave problema de saúde pública, que afeta a saúde e os direitos humanos de milhões de idosos em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é definida como um ato único, repetido ou a falta de ação apropriada, ocorrendo em qualquer relacionamento em que exista uma expectativa de confiança que cause dano ou sofrimento a uma pessoa idosa. A magnitude dos maus-tratos aos idosos ainda é desconhecida, contudo seu significado social e moral é significativo, exigindo uma resposta multifacetada, focada na proteção dos seus direitos⁽¹⁾

Existem diversos tipos de violência, destacando-se: a negligência, que ocorre quando deixam de ser ofertados cuidados básicos; abandono, quando há ausência ou omissão dos familiares ou responsáveis, governamentais ou institucionais; física, quando é usada a força como forma de coação; sexual, quando a pessoa idosa é incluída em ato ou jogo sexual; psicológica/emocional, onde se incluem comportamentos que prejudicam a autoestima ou o bem-estar do idoso; e a financeira ou material, que corresponde à exploração imprópria dos idosos ou o uso não consentido de seus recursos financeiros e/ou patrimoniais⁽¹⁾.

Com a pandemia do novo coronavírus, o mundo vive hoje não somente uma crise sanitária, mas também uma crise econômica, política e ética sem precedentes⁽²⁾. Apesar dos avanços da imunização, ainda se fazem necessárias estratégias para o enfrentamento do vírus, que incidam sobre ações de proteção individual, como lavagem regular das mãos e uso correto de máscaras, além de medidas de distanciamento e isolamento social.

Embora necessárias, tais medidas acabam sendo problemáticas, pois muitos idosos já enfrentam a solidão e estudos apontam o próprio isolamento social como um fator de risco para violência e maus tratos⁽³⁾. Relatórios preliminares de estudos realizados em países desenvolvidos,



indicam um aumento de 10 vezes no número de abusos contra a população idosa durante a pandemia⁽⁴⁾. Já no Brasil, o número de denúncias de violência e de maus tratos contra os idosos cresceu 59% durante esse período, com um total de 25.533 denúncias entre março e junho de 2020⁽⁵⁾.

Nesse contexto, as medidas de isolamento acabam limitando o acesso dos idosos não só aos serviços de saúde, mas também as interações com amigos, familiares e rede de apoio. Vale lembrar que com a pandemia centros e grupos de convivência ficaram restritos, limitando não só a participação dos idosos na comunidade, mas também dificultando as oportunidades de vigilância informal⁽⁶⁾. Ocorreu ainda um aumento do grau de dependência dos idosos na realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária, bem como da convivência familiar, ocasionando maiores tensões e conflitos entre a pessoa idosa, familiar e/ou cuidador, muito atreladas à sobrecarga de trabalho dos cuidadores familiares⁽²⁾.

Nesse sentido, é fundamental traçar estratégias, que visem identificar e diminuir a violência e maus tratos contra a pessoa idosa, em especial em tempos de pandemia, a qual impôs significativas mudanças sociais. Tais medidas devem levar em consideração as medidas de proteção impostas pelo novo coronavírus, como forma de garantir não só uma maior notificação e denúncia de tais atos, mas também garantir os direitos e qualidade de vida da pessoa idosa.

OBJETIVO

Refletir sobre estratégias para o manejo da violência e maus tratos contra a pessoa idosa, no cenário da Pandemia de Covid-19.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, tipo análise reflexiva da literatura. Para realizar a pesquisa, buscou-se o Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), para acesso às bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Buscaram-se artigos científicos completos, na língua portuguesa e inglesa, publicados nos últimos 5 anos (2016-2021), utilizando-se os seguintes descritores: “Abuso de Idosos”, “Violência” e “Covid-19”, com suas respectivas traduções padronizadas no DeCS/MeSH. Utilizou-se o operador booleano AND para realizar os cruzamentos em combinação. Foram excluídas dissertações, teses e artigos incompletos que não estivessem de acordo com a temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Encontraram-se inicialmente um total de 23 artigos e após aplicação dos respectivos limites temporais e bases de pesquisa, foram encontrados 21 artigos (LILACS -2; MEDLINE – 19). Após leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 6 artigos científicos, com texto completo, submetidos à leitura na íntegra. Foi realizada uma síntese das principais evidências científicas, por meio de um quadro sinóptico, que contemplou os seguintes aspectos: autor/ano de publicação, título, objetivo e estratégias (Quadro 1).

Quadro 1: Distribuição dos estudos quanto ao autor/ano de publicação, título, objetivo e estratégias. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.

Autor/Ano de publicação	Título	Objetivo	Estratégias
Halphen JM, Solis CF, Burnett J. 2021.	Um programa de avaliação virtual de maus tratos a idosos: questões éticas, legais e práticas.	Discutir sobre questões éticas, jurídicas e práticas, relativas à prestação de serviços forenses por geriatras com experiência em abuso e negligência contra idosos na pandemia de Covid-19.	Avaliações forenses realizadas de forma remota por profissionais especializados em violência e maus tratos contra idosos.

Continua



Continuação do Quadro 1

Autor/Ano de publicação	Título	Objetivo	Estratégias
Francis Arthur-Holmes, Razak M. Gyasi, 2021.	A pandemia de Covid-19 e o aumento dos riscos de abuso contra idosos nos espaços de cuidado.	Discutir sobre o abuso e maus tratos contra os idosos por cuidadores informais, durante a Pandemia de Covid-19 na África.	Promoção de programas de conscientização pública e ações educativas como forma de ampliar o conhecimento sobre os direitos dos idosos; apoio financeiros aos idosos e familiares/ cuidadores; garantia da aplicação de leis já existentes; e maior articulação entre os profissionais de saúde, para um melhor cuidado a esse público.
Pi-Ju Liu and Lori Delagrammatikas, 2021	Papel do Serviço de Proteção a Adultos no manejo da violência e abusos contra idosos na pandemia de Covid-19.	Descrever a atuação do Serviço de Proteção durante a pandemia, destacando as adaptações realizadas para continuar protegendo os idosos vítimas de abuso.	Treinar profissionais, para a realização de investigações de casos de violência de forma virtual/remota.
Moraes, CL et al., 2020	Violência contra idosos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento.	Compreender a situação de vulnerabilidade do idoso às situações de violência, possíveis motivações para o aumento do número de casos de VCPI durante a COVID-19, e sugerir estratégias para o enfrentamento do problema.	Estratégias e políticas sociais que promovam a sensibilização da sociedade para os direitos e as necessidades da pessoa idosa; políticas voltadas ao apoio econômico às famílias de baixa renda; ampliação dos equipamentos sociais da rede de proteção formal e informal ao idoso; telefonemas como importante estratégia de manutenção dos contatos com o idosos isolados; e as ações de promoção de saúde mental e física, tanto dos idosos como de seus cuidadores.
Lena K. Makaroun, Rachel L. Bachrach, Ann-Marie Rosland, 2020	Abuso de idosos na pandemia de Covid-19: aumento dos riscos para adultos mais velhos e seus cuidadores.	Compreender como a pandemia impactou na vida os idosos e cuidadores no contexto do aumento da violência contra a pessoa idosa, e traçar estratégias de intervenção para combater a esse tipo de violência	Realização de visitas virtuais, por telefone ou vídeo, por profissionais de saúde, como forma de observar o ambiente em que o idoso está inserido; fornecer apoio profissional aos cuidadores, como forma de avaliar níveis de estresse e cansaço dos mesmos; e fornecimento de auxílios financeiros aos idosos mais vulneráveis, por órgãos governamentais.
Elman A, et al., 2020.	Efeitos da Covid-19 nos maus tratos contra idosos e resposta da cidade de Nova York: lições iniciais.	Refletir sobre o impacto da pandemia de Covid-19 no aumento da violência contra a pessoa idosa e descrever soluções criativas de enfrentamento desenvolvidas em Nova York.	Reuniões semanais por telefone, incluindo visitas semanais a idosos em situações de risco; adaptação do trabalho do serviço de proteção para o meio remoto; manutenção da equipe multidisciplinar remotamente; desenvolvimento de programas de entrega de alimentos para idosos vulneráveis; elaboração de estratégias para alívio de estresse, como por exemplo grupos de apoio remotos; mudanças no sistema judiciário, permitindo dar seguimento aos processos de forma remota.

A VCPI é um fenômeno complexo e multicausal, influenciada por fatores macroestruturais, comunitários, individuais e sociais que se relacionam entre si. Esses promovem condições que facilitam ou dificultam a ocorrência de violência e no atual cenário, muitas dessas questões foram intensificadas⁽²⁾. A literatura destaca um aumento de cerca de 10 vezes mais do número de casos de VCPI durante a pandemia, apresentando também algumas estratégias para manejo e combate da mesma⁽⁷⁾.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e crescente, estimando-se que o número de idosos, com 60 anos ou mais, duplique até 2050 e triplique até 2100⁽⁸⁾. Contudo ainda se faz muito presente



uma cultura ocidental, que menospreza e discrimina a pessoa em função da sua idade. Observou-se no início da pandemia um aumento de ações discriminatórias e ofensivas dirigidas aos idosos, principalmente por esses demandarem maiores cuidados dos serviços de saúde, tendo em vista a maior vulnerabilidade desse grupo ao desenvolvimento de formas graves da doença⁽²⁾.

Nesse contexto, os estudos apontam para importância da implementação de programas de conscientização pública, como campanhas e ações educativas, que busquem sensibilizar a sociedade sobre os direitos e necessidades da pessoa idosa^(2,9). Vale destacar que Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o período de 2021 a 2030 como a “Década do Envelhecimento Saudável”, buscando um esforço mundial para melhoria da vida dos idosos, suas famílias e comunidades, tanto durante a pandemia de COVID-19, como após. Como uma das metas, destaca-se a número um, que reforça a necessidade da mudança da forma como a sociedade pensa e age, com relação à idade e ao envelhecimento, enfatizando a importância da estratégia sugerida⁽¹⁰⁾.

Outra estratégia consiste no apoio multiprofissional aos idosos e familiares cuidadores, como forma de promover e cuidar da saúde mental, bem como avaliar níveis de estresse e cansaço^(2,3). Os familiares de idosos se tornam em grande parte das famílias cuidadores, por muitas vezes não possuem as condições financeiras para contratar um profissional, e assumem as responsabilidades do cuidado, mesmo não estando aptos. Esses acabam experimentando uma sobrecarga física, emocional, levando a estados de depressão, e ocasionando abandono do trabalho, tensões e em alguns casos violência e maus tratos contra a pessoa idosa⁽¹¹⁾. Nesse sentido, é essencial um olhar profissional e integral para a saúde dos mesmos, uma vez que é fundamental cuidar de quem cuida.

O apoio financeiro às famílias mais vulneráveis, por meio de órgãos governamentais, é também um ponto de destaque na literatura^(2,3,9). A crise econômica decorrente da pandemia reduziu drasticamente a renda familiar de muitas famílias, seja pelo desemprego de membros familiares, seja pela impossibilidade de exercício de funções laborais em função das medidas de isolamento^(2,6). Nesse sentido, é fundamental o desenvolvimento e incentivo a programas de auxílio monetário às famílias mais carentes, com vistas a combater não só o abuso financeiro contra a pessoa idosa, mas também outras formas de violência⁽²⁾.

Finalmente, a pandemia está sendo um marco na revolução tecnológica, impondo a necessidade de novas estratégias e adequação dos serviços para a atuação frente à realidade de distanciamento social⁽¹²⁾. Nesse contexto, como forma de aproximar o cotidiano da pessoa idosa seja com sua rede de apoio, seja com serviços de saúde, e até mesmo órgãos/serviços de proteção, os estudos destacam as ferramentas tecnológicas como importantes estratégia de cuidado.

Por meio dessas é possível promover visitas virtuais, por telefone ou vídeo, por profissionais de saúde, como forma de observar o ambiente em que o idoso está inserido; realizar avaliações forenses de forma remota por profissionais especializados em violência e maus tratos contra idosos; promover reuniões e encontros síncronos semanais com idosos em situações de risco; grupos de apoio tanto para idosos, como para familiares cuidadores; e ainda adaptar o processo de trabalho dos serviços de proteção, permitindo dar seguimento aos processos judiciais de forma remota e ampliar os equipamentos sociais da rede de proteção formal e informal ao idoso^(2,3,6,13,14).

A literatura destaca que a tradicional chamada telefônica pode ser utilizada como uma ferramenta segura, sendo de grande valia para o fornecimento de orientações e relato de sintomas e/ou cenários de menor gravidade. Já a chamada de vídeo é uma alternativa para o acompanhamento de casos mais intensos, pois fornece informações visuais, pistas de diagnóstico e sensação terapêutica, que podem ser observadas pelos profissionais de saúde⁽¹²⁾. Contudo, cabe um olhar atento, pois nem todos os idosos têm acesso a tais tecnologias ou essas são gerenciadas pelos próprios agressores⁽⁶⁾.

CONCLUSÃO

A VCPI está em movimento ascendente e durante a pandemia de Covid-19, o número de abusos contra a população idosa aumentou de forma considerável, muito associado às medidas de isolamento e distanciamento



social. Assim, as estratégias desenvolvidas para combate à mesma, devem ser baseadas em articulações em rede, que envolvem ações multiprofissionais, bem como esforços intersetoriais, que sejam exequíveis e ajustados à realidade imposta pelo novo coronavírus.

As estratégias apresentadas para o manejo da VCPI durante a pandemia incluem principalmente a atuação dos órgãos e líderes governamentais, no sentido de implementação de políticas e campanhas à cerca da velhice, que promovam um envelhecer saudável e mudanças nos paradigmas enraizados na sociedade; amparo financeiro às famílias em situação de maior risco e vulnerabilidade; apoio multiprofissional tanto para os idosos, como para os familiares cuidadores; e finalmente uso de tecnologias digitais não só para acompanhamento e apoio profissional à pessoa idosa e familiares cuidadores, mas também para vigilância, monitoramento e notificação dos casos de violência e maus tratos.

Outras estratégias devem ser desenvolvidas para melhor amparo à pessoa idosa em situação de violência, levando em consideração a realidade de cada local, estado ou nação. No entanto, são evidentes os impactos que a pandemia trouxe para o grupo em questão, o que reforça a importância de trazer à tona discussões sobre a VCPI e mais possibilidades para o seu enfrentamento, almejando combater a violência e maus tratos, bem como promover um envelhecimento pacífico, com respeito e dignidade.

CONTRIBUIÇÕES PARA ÁREA

O presente trabalho traz para o campo da gerontologia algumas considerações sobre possíveis estratégias e alertas a serem realizados em relação aos mais variados tipos de violência cometidas contra os idosos, especialmente durante a pandemia, em que houve um aumento considerável do número de casos. No Brasil, estudos que apresentem discussões sobre estratégias a serem desenvolvidas para enfrentamento da violência durante a pandemia de Covid-19 ainda são escassos, o que reforça a importância de trazer a temática em questão para discussões não somente a nível acadêmico, mas também a nível governamental, com o intuito de colaborar para a descontinuidade do ciclo violência contra a pessoa idosa.

AGRADECIMENTOS

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Dia Mundial de Conscientização da Violência Contra a Pessoa Idosa [Internet]. 2020[cited 2021 Dec 1]. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/ultimas-noticias/3209-15-6-dia-mundial-de-conscientizacao-da-violencia-contra-a-pessoa-idosa-2>
2. Moraes CL, Marques ES, Ribeiro AP, Souza ER. Violência contra idosos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento. Ciên Saúde Colet [Internet]. 2020[cited 2021 Dec 1];25(2):4177-84. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-33027354>
3. Makaroun LK. Elder Abuse in the Time of COVID-19—Increased Risks for Older Adults and Their Caregivers. Am J Geriatr Psychiatry. 2020;28:8. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.017>
4. Alves RM. Violência contra a população idosa durante a pandemia da COVID-19. Saúde Coletiva [Internet]. 2020[cited 2021 Dec 1];10(59):4314-4325. Available from: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1071/1267>
5. Luder A. Cresce 59% o número de denúncias de violência contra o idoso no Brasil durante a pandemia da Covid-19. Portal G1 [Internet]. 2020[cited 2021 Dec 1]. Available from: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/10/29/cresce-59percent-o-numero-de-denuncias-de-violencia-contra-o-idoso-no-brasil-durante-a-pandemia-da-covid-19.ghtml>
6. Elman A. Effects of the COVID-19 Outbreak on Elder Mistreatment and Response in New York City: Initial Lessons. J App Gerontol [Internet]. 2020[cited 2021 Dec 1];39(7):690-9. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0733464820924853>



7. Santos AM, Sá GG, Brito AA, Nolêto JS, Oliveira RK. Elder abuse during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2021[cited 2021 Dec 1];34:eAPE000336. Available from: <https://www.scielo.br/j/ape/a/ncWv5B9LmswrH96RGxqCZzr/>
8. Nações Unidas. Centro Regional de Informações para a Europa Ocidental. Envelhecimento[Internet]. 2018[cited 2021 Dec 1]. Available from: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
9. Holmes FA, Gyasi RM. COVID-19 crisis and increased risks of elder abuse in caregiving spaces. *Glob Public Health* [Internet]. 2021[cited 2021 Dec 1];16(10):1675-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34115568/>
10. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Década do Envelhecimento Saudável nas Américas: 2021-2030[Internet]. 2021[cited 2021 Dec 1]. Available from: <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas2021-2030>
11. Silva FM, Menegalli V, Oliveira A. Saúde Mental dos cuidadores de idosos: percepções e experiências[Internet]. *Epitaya E-Books*. 2021[cited 2021 Dec 1];1(11):93-102. Available from: <https://portal.epitaya.com.br/index.php/ebooks/article/view/269>
12. Celuppi IC. Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da Covid-19 no Brasil e no mundo. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2021[cited 2021 Dec 1];37(3):e00243220. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rvdKVpTJq8PqTk5MgTYTz3x/?lang=pt>
13. Liu PJ, Delagrammatikas L. Adult Protective Service's Role in Addressing Older and Dependent Adult Abuse in the Age of COVID. *Front Public Health* [Internet]. 2021[cited 2021 Dec 1];9:659640. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8247574/>
14. Halphen JM, Solis CF, Burnett J. A statewide elder mistreatment virtual assesement program: legal, ethical and practical issues. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2021[cited 2021 Dec 1];1-7. Available from: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.17424>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c12>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Fernanda Paula Cerântola Siqueira^I

ORCID: 0000-0002-9331-7685

Maria Angélica Spadella^I

ORCID: 0000-0002-9843-0169

Marília Ribeiro da Rocha Camargo^{III}

ORCID: 0000-0002-5917-7519

Guilherme Cerântola Siqueira^{IV}

ORCID: 0000-0003-2026-7143

Josiane Ramos Garcia Rodrigues^V

ORCID: 0000-0003-4844-915X

INTRODUÇÃO

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

A Organização das Nações Unidas (ONU) aponta que, no mundo, existem mais de 1 bilhão de indivíduos com deficiências⁽¹⁾. No Brasil, cerca de 45 milhões de pessoas tem algum tipo de deficiência, o equivalente a 24% da população geral. Essa deficiência pode ser visual, auditiva, motora, mental, ou intelectual, sendo a mais recorrente no país a visual (18,6%), seguida da motora (7,0%), da auditiva (5,1%) e, por fim, da deficiência mental (1,4%)⁽²⁾.

CONCEITO DE DEFICIÊNCIA

No decorrer dos séculos, diversos termos e expressões foram empregados para designar as pessoas com deficiências. É o caso do uso de expressões, como “indivíduos sem capacidade”, “pessoas com capacidade residual”, “inválidos”, “aleijados” e “defeituosos”, historicamente utilizadas de acordo com o contexto de inserção dessas pessoas. No Brasil, essa evolução conceitual se iniciou já na Constituição de 34⁽³⁾ com o termo “desvalidos”, passando para o uso da expressão “excepcionais” na Constituição de 37⁽⁴⁾ e Emenda Constitucional nº 1, de 1969⁽⁵⁾. Somente na Emenda Constitucional, nº 12, de 1978, foi introduzido o termo “deficiente”⁽⁶⁾. Na esfera internacional, os Estados Unidos já haviam iniciado, na década de 60, um movimento de valorização pelos direitos das pessoas com deficiência.

Na Constituição Brasileira de 88, o termo “deficiente” foi modificado para a expressão “pessoa portadora de deficiência”⁽⁷⁾. Entretanto, a constitucionalização do conceito de deficiência no país ocorreu a partir da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2006. Em 2015, com a criação da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, instaurou-se o *Estatuto da Pessoa*

^I Faculdade de Medicina de Marília.
Marília, São Paulo, Brasil.

^{II} Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza,
Botucatu, São Paulo, Brasil.

^{III} Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo,
Cândido Mota, São Paulo, Brasil.

^{IV} Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza,
Garça, São Paulo, Brasil.

Autora Correspondente:

 Fernanda Paula Cerântola Siqueira
fcercantola@yahoo.com.br

Como citar:

Siqueira FPC, Spadella MA, Camargo MRR, Siqueira GC, Rodrigues JRG. Cuidados de Enfermagem às Pessoas com Deficiência. In: Souza ES, Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 2. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 113-25 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c13>

 Revisora: Marla Andréia Garcia de Avila
Universidade Estadual Paulista.
Botucatu, São Paulo, Brasil.



com *Deficiência*^(8,2), adequando-se oficialmente a terminologia no país para “pessoa com deficiência”, com a seguinte definição em seu Art. 2º:

Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Percebe-se que, ao longo dos anos, tem-se intensificado o olhar frente às pessoas com deficiências físicas e intelectuais, tanto pela legislação existente no país quanto pela maior representatividade das entidades lideradas pelas próprias pessoas acometidas. A conceituação de deficiências no âmbito legislativo, em geral, relaciona-se a alterações em nível do corpo, como linguagem, audição, visão, musculoesquelética, de órgãos, intelectual e psicológica⁽⁹⁻¹⁰⁾. Em vista disso, o que se observa é a definição de um *status* de deficiência das pessoas e suas causas com um olhar limitado, sem registrar/medir o impacto dessas condições na vida da pessoa.

Esse deslocamento de paradigma do conceito de deficiências teve início em 2001, com a introdução da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), incorporada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o que trouxe uma nova visão da saúde, possibilitando entender as necessidades das pessoas dentro de contextos específicos^(9,11)

A CIF tem abrangência internacional, sendo disponibilizada em seis idiomas oficiais na página da OMS e publicada na língua portuguesa, em 2003. Trata-se de uma classificação da funcionalidade e da incapacidade da pessoa, que leva em consideração quatro componentes, (a) Funções e Estruturas do Corpo, (b) Atividades e Participação, (c) Fatores Ambientais e (d) Fatores Pessoais, qualificando-os, de forma sistemática, em domínios da saúde e em outros domínios relacionados com essa área⁽¹²⁻¹³⁾. A CIF leva em consideração, portanto, a maneira como as pessoas convivem com a deficiência/incapacidade e como mantêm sua produtividade e participação no ambiente.

Na CIF, apesar de conceitualmente o termo deficiência estar definido como “problemas nas funções ou na estrutura do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda”(p.9)⁽¹²⁾, demarcando alterações no nível corporal, a classificação vai muito além disso. Ao agregar, no contexto da condição de saúde, os componentes da funcionalidade e incapacidade e fatores contextuais da pessoa, a classificação vem produzindo mudanças na prática clínica, assim como na legislação e nas políticas de acesso aos cuidados de saúde da pessoa com deficiência⁽⁹⁾.

Essa expansão do conceito de deficiência decorre do diálogo entre o modelo biomédico e o modelo social, já que o primeiro considera que a incapacidade da pessoa advém diretamente da doença ou outro problema de saúde, enquanto que, para o segundo, a incapacidade não é um atributo do indivíduo, mas um problema criado pela sociedade. Desse modo, a CIF busca a integração desses modelos em uma abordagem multidimensional da pessoa e a obtenção de uma perspectiva de sua funcionalidade na sociedade⁽¹²⁾.

No contexto da infância e juventude, a aplicação singular do conceito de deficiências se configura em tarefa complexa, uma vez que as variáveis no desenvolvimento de crianças e jovens adultos levam a experiências de condições de saúde crônica e/ou incapacidades que as diferem dos adultos. Na prática, a incapacidade tem sido igualada à morbidade, e, conseqüentemente, a condição crônica e de deficiência da criança é frequentemente identificada de maneira equivocada⁽⁹⁾. Em busca de implementar medidas para aprimorar o entendimento da deficiência/incapacidade e condições de saúde nas crianças e jovens, a OMS, em 2007, aprovou a versão da CIF voltada a esse público, a Classificação Internacional de funcionalidade, Incapacidade e Saúde – versão Crianças e Jovens (CIF-CJ), a qual avalia os mesmos domínios de saúde contemplados na CIF, mas com especificidades da infância e da adolescência: criança no contexto familiar, atraso no desenvolvimento, participação e ambiente⁽¹⁴⁾.

Toda conceituação relacionada à pessoa com deficiência, portanto, é de extrema relevância para se estabelecer uma linguagem comum sobre as condições de saúde e dos estados relacionados a ela, para, assim,



melhorar a comunicação entre a pessoa com as incapacidades e aqueles por quem elas são assistidas⁽¹¹⁻¹²⁾. A introdução da CIF traz esse avanço, por assumir uma abordagem “universal” da compreensão dos termos deficiência e incapacidade, reconhecendo seus aspectos e graus, além de considerar toda a população como passível de apresentar uma dessas condições.

Na prática do cuidado à pessoa com deficiência, entretanto, a acurácia de termos e definições não terá qualquer significado se não estiver em consonância com a capacitação e conscientização dos profissionais de saúde para adequada aplicação das classificações. Assim, a criação e a implementação de estratégias de emprego dessas classificações no cuidado da população com deficiência, segundo suas reais necessidades de saúde, são fundamentais.

ASPECTOS SOCIOCULTURAIS

A pessoa com deficiência, no decorrer da história, sofreu diversas práticas discriminatórias e, em algumas culturas, era eliminada da sociedade. Em Esparta, por exemplo, no período de 480 a.C., era estipulado um padrão físico adequado, e crianças nascidas com alguma deficiência e que não se enquadravam nesse padrão eram jogadas do alto do monte Taigeto. Outras culturas enxergavam as pessoas com deficiência como “anormais”, “monstros” ou “limitadas”, sendo alvos de violência e agressão⁽¹⁵⁾.

No Brasil, o processo histórico-cultural das pessoas com deficiência se assemelha ao de outras sociedades, com uma trajetória marcada por diversos significados, como de pessoas pecadoras, impuras, incapacitadas, dignas de castigos e de exclusão social⁽¹⁶⁾. Verifica-se que, no país, a vulnerabilidade social desta população está correlacionada às desigualdades sociais e à pobreza, como condições precárias de moradia, falta de saneamento básico, baixa nutrição, dificuldade de acesso à educação e aos serviços de saúde⁽¹⁷⁾.

Atualmente, em muitas sociedades, pessoas com deficiências frequentemente ainda vivem em isolamento e enfrentam preconceito e discriminação. A ONU busca suprir as lacunas ainda existentes com a inclusão dessas pessoas e alcançar as metas de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), as quais formam um conjunto de compromissos para acabar com a pobreza e a fome, garantir educação e saúde de qualidade para todos e, ainda, promover sociedades mais acessíveis e inclusivas⁽¹⁾.

POLÍTICAS PÚBLICAS

A partir de 1981, teve início o processo de organização, conscientização e melhora dos cuidados à pessoa com deficiência. Nesse período, a ONU promulgou o Ano Internacional da Pessoa com Deficiência⁽¹⁸⁾. Nesse documento, surge a palavra “pessoa”, para reconhecer e conceder identidade e dignidade às pessoas com deficiência⁽¹⁹⁾. Após esse marco histórico, começou-se a elaboração de projetos e estudos para promulgação de leis específicas relativas às pessoas com deficiência.

Após a Constituição Federal de 1988, buscou-se elaborar ações afirmativas para as pessoas com deficiência, sendo conceituadas como o conjunto de políticas públicas ou privadas e de caráter obrigatório ou facultativo, a fim de reparar danos atuais de discriminações passadas, de modo a igualar o acesso a direitos fundamentais, como emprego e educação⁽²⁰⁾. Vale destacar que, no Brasil, a Constituição de 88 é a norma superior, a qual contém os direitos e os deveres que todos os cidadãos são obrigados a cumprir. Corresponde à lei fundamental que organiza o funcionamento do país, servindo de base para todo o ordenamento jurídico.

A legislação brasileira é extensiva aos direitos das pessoas com deficiência, contendo um conjunto normativo vasto para combater as desigualdades e lutar pela inserção social. Ressalta-se que os direitos dessas pessoas não estão limitados às leis brasileiras (Quadro 1), tendo em vista que o Brasil também reconhece alguns tratados e convenções internacionais em prol da pessoa com deficiência.

**Quadro 1:** Legislação brasileira que assegura os direitos às pessoas com deficiência

Lei Federal nº 7.853, de 24 de outubro de 1989	Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, instituindo a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplinando a atuação do Ministério Público, definindo crimes, dando outras providências(p.1) ⁽²¹⁾ .
Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990	Garante a reserva de até 20% das vagas nos concursos públicos para pessoas com deficiência ⁽²²⁾ .
Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991	Empresas de 100 ou mais empregados passam a ter obrigatoriedade da reserva de 2% a 5% dos cargos para pessoas com deficiência ⁽²³⁾ .
Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993	Organiza a assistência social e busca garantir o atendimento às necessidades básicas das pessoas com deficiência, bem como sua habilitação, reabilitação e promoção, para incluí-las ao mercado de trabalho e à vida em sociedade ⁽²⁴⁾ .
Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996	Reconhece o direito à educação especial, a qual prevê recursos pedagógicos especializados a alunos com deficiência ⁽²⁵⁾ .
Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004	Regulamenta a Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas com deficiência, e a Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais de promoção de acessibilidade ⁽²⁶⁾ .
Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005	Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, a qual reconhece a pessoa surda com a oficialização da Língua Brasileira de Sinais (Libras) e estabelece parâmetros definidores para surdez ⁽²⁷⁾ .
Decreto nº 5.904, de 21 de setembro de 2006	Regulamenta a Lei nº 11.126, de 27 de junho de 2005, a qual autoriza os deficientes visuais a ingressar e permanecer com cão-guia em transportes e estabelecimentos abertos ao público e define parâmetros para cegueira ⁽²⁸⁾ .
Lei nº 12.907, de 15 de abril de 2008 (atualizada até a Lei nº 14.467, de 08 de junho de 2011)	O Estado de São Paulo, por meio das referidas leis, consolidou a legislação relativa à pessoa com deficiência, reconhecimento de direitos, garantindo a acessibilidade e impondo medidas de proteção contra a discriminação ⁽²⁹⁾ .
Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.	A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - Estatuto da Pessoa com Deficiência garante acessibilidade e inclusão em diversos aspectos da sociedade ⁽⁸⁾ .

Fonte: elaborado pelos autores.

Após todo esse período de luta por direitos, o Estatuto da Pessoa com Deficiência é consagrada como uma das maiores conquistas às pessoas com deficiência. Nessa lei, Art. 53, o conceito de acessibilidade foi atualizado, sendo definido por “direito que garante à pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida viver de forma independente e exercer seus direitos de cidadania e de participação social” (p. 6)⁽⁸⁾.

No âmbito da saúde, por conta da necessidade do Sistema Único de Saúde (SUS) também cumprir seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, além da descentralização e a participação popular, criou-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, pela Portaria GM/MS nº 1.060, de 5 de junho de 2002⁽³⁰⁾. Em 2010, o Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com a finalidade de garantir a integralidade do cuidado⁽³¹⁾. Entre os cinco temas de atenção, chamados de linhas de cuidado temático, por possuírem singularidades no modo de organizar o cuidado, destacou-se a Rede de Atenção às Pessoas com Deficiência⁽³²⁾, representado na Figura 1.



Fonte: Rede Humaniza SUS (RHS). Disponível em: <https://redehumanizasus.net/webnario-3-linhas-de-cuidado-e-cartografia-gilberto-scarazatti/>

Figura 1: Modelo da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

A PESSOA COM DEFICIÊNCIA: ATOR FUNDAMENTAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

No Brasil, o movimento de inclusão das pessoas com deficiência tem sido notório ao longo dos últimos anos, por ter envolvido a participação efetiva de pessoas com deficiência na definição, avaliação e monitoramento de políticas públicas. O governo federal tem pautado suas ações, planos e programas em função do resultado dessa participação, como pode ser visto nas deliberações das Conferências Nacionais sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência⁽³³⁾, apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2: Sistematização das deliberações das Conferências dos Direitos das Pessoas com Deficiência realizadas no Brasil

Conferência	Coordenação	Tema	Eixos temáticos
I Conferência Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência , de 12 a 15 de maio de 2006, Brasília/DF	CONADE	"Acessibilidade, você também tem compromisso"	<ul style="list-style-type: none"> Condições gerais da implementação da acessibilidade; Implementação da acessibilidade arquitetônica, urbanística e de transportes; Acessibilidade à informação, à comunicação e às ajudas técnicas.
Estado e sociedade civil se uniram e definiram um espaço para discussões e avaliações, coletiva e democraticamente das políticas públicas para pessoas com deficiência.			
II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência , 01 e 04 de dezembro de 2008, Brasília/DF	CONADE	"Inclusão, Participação e Desenvolvimento: um novo jeito de avançar"	<ul style="list-style-type: none"> Saúde e reabilitação profissional; Educação e trabalho; Acessibilidade.

Continua



Continuação do Quadro 2

Conferência	Coordenação	Tema	Eixos temáticos
Debate sobre respeito à saúde e reabilitação profissional, educação e trabalho e acessibilidade.			
III Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência , 3 e 6 de dezembro de 2012, Brasília/DF	CONADE	“Um olhar da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência da ONU: novas perspectivas e desafios”	<ul style="list-style-type: none"> Educação, esporte, trabalho e reabilitação profissional; Acessibilidade, comunicação, transporte e moradia; Saúde, prevenção, reabilitação, órteses e próteses; Segurança, acesso à justiça, padrão de vida e proteção social adequados.
Governo brasileiro abriu debate sobre os impactos da Convenção da ONU sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência na sociedade, visando superar as barreiras físicas e preconceito que impedem a efetiva autonomia e inserção da pessoa com deficiência no convívio social.			
IV Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência , 24 a 27 de abril de 2016, Brasília/DF	CONADE	“Os Desafios na Implementação da Política da Pessoa com Deficiência: a Transversalidade como Radicalidade dos Direitos Humanos”	<ul style="list-style-type: none"> Gênero, raça e etnia, diversidade sexual e geracional; Órgãos gestores e instâncias de participação social; A interação entre os poderes e os entes federados.
Discussão de políticas públicas, possibilitando ver e tratar as pessoas com deficiência como “sujeitos de direitos”.			
V Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência , 01 a 03 de dezembro de 2021 *Prevista	CONADE	“Cenário Atual e Futuro na Implementação dos Direitos das Pessoas com Deficiência: Construindo um Brasil mais inclusivo”	<ul style="list-style-type: none"> Estratégias para manter e aprimorar o controle social assegurar a participação das pessoas com deficiência; Garantia do acesso das pessoas com deficiência às políticas públicas; Financiamento das políticas públicas da pessoa com deficiência; Direito e acessibilidade; Desafios para comunicação universal.

Legenda: CONADE - Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Constata-se que as Conferências Nacionais são importantes espaços de debate com a sociedade sobre políticas públicas e os direitos da pessoa com deficiência, abordando temas de grande interesse. Deste modo, sua realização periódica deve ser assegurada, uma vez que possibilitam o empoderamento das pessoas com deficiência em diversas instâncias dos órgãos gestores.

Ressalta-se, ainda, que as conferências, além de serem um espaço importante da participação popular, possibilitam o desenvolvimento da dimensão política do cuidado de enfermagem. Acredita-se que a participação da(o) enfermeira(o) nesses espaços exerce força motriz para as transformações das práticas de cuidado à pessoa com deficiência.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A enfermagem é a profissão que exerce um papel fundamental no cenário do cuidado à saúde e nela está intrínseca a prática de cuidar. Nesse sentido, a(o)enfermeira(o) deve tratar aqueles com deficiência como “pessoa” e não como “objeto”, isto é, um ser humano que precisa ser cuidado. Para Boff⁽³⁴⁾, a pessoa precisa de cuidado para sua sobrevivência e manutenção da sua condição de *ser humano*. Ressalta-se que cuidado é uma atitude de zelo, de desvelo, de responsabilidade e de envolvimento afetivo para com o outro.



No cuidado em saúde, deve-se ter como objetivo primordial a produção do cuidado e não apenas a cura ou a promoção e proteção da saúde. Essa produção do cuidado se dá na interação entre sujeitos e deve ser mediada por saberes específicos, tendo como finalidade o alívio do sofrimento ou o alcance do bem-estar de um indivíduo ou grupo específico⁽³⁵⁾. Portanto, deve-se ter, na prática, atitudes e ações que possibilitem ao indivíduo levar a vida com qualidade⁽³⁶⁾.

Atualmente, no Brasil, ainda é um desafio cuidar da pessoa com deficiência, mesmo diante dos avanços legais e das políticas públicas de saúde implementadas e descritas anteriormente. Verifica-se que o cuidado a essas pessoas apenas vislumbra a concretização da dignidade da pessoa humana adotada na Constituição Federal de 1988. O cuidar, na perspectiva do direito, tem como característica um agir responsável e interativo, fundamental para a construção de uma sociedade com bases éticas e morais⁽³⁷⁾. Nesse contexto, destaca-se a responsabilidade do profissional em garantir o exercício de direitos individuais e estratégias para o exercício da cidadania.

Conclui-se que se espera uma atitude de responsabilização capaz de trazer para si a função de cuidar de pessoas com deficiências. Esse processo de responsabilização deve ser centrado na atenção ao outro, levando em consideração o respeito, a ética, a autonomia, a escuta, o acolhimento, o resgate da cidadania, a singularidade e a subjetividade da pessoa, bem como a inclusão social⁽³⁸⁾.

Entre as ações e estratégias que contribuem para o cuidado da pessoa com deficiência, destacam-se:

- **HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Entre as diretrizes para a rede de cuidado às pessoas com deficiência, destacam-se a atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, bem como a implantação de estratégias de acolhimento, classificação de risco e análise de vulnerabilidade dessa população⁽³⁹⁾.

Para acolher e realizar um atendimento qualificado às pessoas com deficiência, é enfatizada a importância de demonstrar respeito e interesse às suas necessidades especiais, a fim de construir uma comunicação efetiva e adequada entre a(o) profissional e pessoa, para que as práticas de saúde sejam bem-sucedidas⁽⁴⁰⁾.

A enfermagem deve implementar e priorizar atitudes empáticas no que se refere às dimensões singulares da pessoa com deficiência, por meio de condutas benéficas a elas e cuidado humanizado⁽⁴¹⁾. As(os) deficientes auditivos, por exemplo, enfrentam dificuldades de atendimento nos serviços de saúde, devido ao fato de as(os) profissionais de enfermagem não serem capacitados ou qualificados para interagir de forma humanizada com essas pessoas⁽⁴²⁻⁴³⁾.

- **COMUNICAÇÃO**

A comunicação é inerente à vida humana e extremamente importante no estabelecimento da relação interpessoal. Para cuidar, a(o) enfermeira(o) necessita desenvolver habilidades específicas no processo de ouvir o outro e apreender as mensagens, tanto na comunicação verbal quanto na não verbal⁽⁴⁴⁾. No contexto da pessoa com deficiência, as habilidades de comunicação se tornam fundamentais, como abordam Reicher, Lopes e Ribeiro⁽⁴⁵⁾ nos trechos:

Destaca-se a importância de se ouvir e se respeitar as diversas formas de comunicação e meios de expressão de vontade que podem ser utilizados pelas pessoas com deficiência, sendo imprescindível, ao longo do processo, que se utilizem meios e recursos para, que se possa, à luz dos princípios da igualdade e da não-discriminação, buscar a expressão da vontade da pessoa com deficiência (p.13).

Dificuldades de comunicação, tais como atraso na fala ou a impossibilidade de uso da língua falada, o uso de linguagem simples, de apoio humano e de quaisquer recursos de acessibilidade para expressar vontade e preferências não podem jamais serem interpretadas como impossibilidade de expressão da vontade (p.14).



• A INCLUSÃO SOCIAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A(o) enfermeira(o) tem papel fundamental no desenvolvimento de atividades no seu espaço de trabalho, as quais favorecem a inclusão social da pessoa com deficiência, com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania⁽³⁹⁾. Cabe a ele(ela) implantar intervenções para que os pacientes se tornem independentes e capazes de aceitarem suas limitações, assim como se envolverem nos cuidados a serem realizados, sendo protagonistas no respectivo processo de cuidado em saúde⁽⁴⁶⁾.

As(os) profissionais devem buscar a diversificação das estratégias de cuidado às pessoas com deficiência⁽³⁹⁾. A inclusão da pessoa com deficiência visual no processo de educação em saúde, por exemplo, é evidenciada por meio do trabalho da(o) profissional enfermeira(o), o qual pode contribuir com atividades educativas de leitor, certificando, assim, que essas pessoas sejam consideradas cidadãs, com garantia de seus direitos e obrigações⁽⁴⁷⁾.

A deficiência intelectual relacionada ao processo de envelhecimento deve ser incluída nos cuidados especializados no serviço Centro-Dia, em que, após avaliação para possível inclusão do paciente, o objetivo da equipe é desenvolver e auxiliar suas respectivas capacidades e aptidões, ampliando suas habilidades e favorecendo, assim, a garantia de autonomia e independência dessas pessoas, assegurando sua inclusão social⁽⁴⁸⁾.

Outras estratégias, como as tecnologias assistivas, são consideradas também ferramentas capazes de proporcionar conhecimentos durante o processo de ensino-aprendizagem das pessoas com deficiências visuais e auditivas. Para uma assistência qualificada na promoção da saúde, a(o) enfermeiro deve ser capacitado para desenvolver estratégias educativas com ênfase na implantação dessas, *a posteriori*, considerando a população adscrita, com ênfase no público com deficiência de comunicação⁽⁴⁹⁾.

O profissional deve incentivar e buscar desenvolver programas articulados aos recursos da própria comunidade, programa esses que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência⁽³⁹⁾.

• ACESSIBILIDADE

As(os) profissionais de saúde, especialmente as(os) enfermeiras(os), no processo de cuidar de pessoas com deficiência, devem garantir a acessibilidade à comunicação, ao ambiente, ao transporte, à educação e à informação.

Como previsto no Art. 3º da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência⁽⁸⁾:

I - acessibilidade: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida (p.1)

Destaca-se que, ao buscar cuidar da saúde dessa população, é responsabilidade da(o) enfermeira(o) desenvolver o cuidado de forma segura, buscando a autonomia das pessoas com deficiências.

Na década de 70, Horta já ressaltava que o cuidado devia ser direcionado ao *ser humano*, atendendo às suas necessidades básicas e tornando-o independente das ações de enfermagem⁽⁵⁰⁾.

• O CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA

O acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência deve contemplar também a atenção domiciliar, propiciando apoio e orientação às famílias e aos acompanhantes de pessoas com deficiência⁽³⁹⁾. Deste modo, o cuidado em saúde deve incluir a família, devendo compreender os aspectos relacionados à singularidade de cada um. Deve também ser pautado na escuta qualificada e empatia, para que se possa adquirir a confiança daqueles que necessitam dos serviços de saúde⁽⁵¹⁾.



Quando se trata de crianças com deficiências físicas, as informações e orientações aos familiares são mais abrangentes, devendo a(o) enfermeira(o) desenvolver recursos para as necessidades de informações relacionadas a serviços, programas e grupos de apoio⁽⁵¹⁾. Familiares, principalmente mães e pais de crianças com necessidade especial, ressaltam a importância da(o) enfermeira(o) na abordagem familiar, por serem eles que desenvolvem ações de educação em saúde, orientam e dão suporte emocional, para que eles, pessoas com deficiência e familiares, possam ter assegurada a capacidade para tomada de decisões⁽⁵²⁾.

• **ENSINO: ESTRATÉGIA QUE FORTALECE AS AÇÕES DE CUIDADO**

É necessário que, ao longo do processo de formação da(o) enfermeira(o), seja desenvolvida habilidade para aplicação de atitudes empáticas no que se refere às dimensões singulares às pessoas com deficiências⁽⁴¹⁾. Desta forma, a(o) profissional de saúde deve estar preparada(o) para atender a essa população, de forma igualitária na sociedade, respeitando os direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade e ajudando no enfrentamento dos estigmas e preconceitos, promovendo o respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência⁽³⁹⁾.

Vale ressaltar que os cursos responsáveis pela formação profissional devem se pautar nas Diretrizes Nacionais para a Educação em Direitos Humanos, conforme disposto no Parecer CNE/CP nº 8, de 06 de março de 2012, que originou a Resolução CNE/CP nº 1, de 30 de maio de 2012, a qual, em seu Art. 6º, refere que a Educação em Direitos Humanos deva ocorrer de modo transversal e ser considerada na construção dos Projetos Político-Pedagógicos, nos processos de ensino e avaliação, bem como nos materiais didáticos⁽⁵³⁾.

O Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005, em seu Art. 3º, recomenda a inclusão da Libras como disciplina curricular obrigatória nos cursos de formação de professores, para o exercício do magistério, em nível médio e superior e nos cursos de fonoaudiologia, e, como optativa, para os outros cursos de educação superior e educação profissional. Esse mesmo Decreto, no Art. 25, inciso IX, garante atendimento às pessoas surdas ou com deficiência auditiva no SUS e nas empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, por profissionais capacitada(os) para o uso de Libras ou para sua tradução e interpretação⁽²⁷⁾.

Identifica-se, porém, o despreparo das(os) profissionais de enfermagem em relação às pessoas com deficiência auditiva, o que reforça a necessidade da inclusão da Libras nos projetos pedagógicos de cursos da área da saúde como obrigatória para todas(os), com o objetivo de formar profissionais competentes e aptas(os) para assistí-las(os) integralmente, buscando formas para se comunicar com os que necessitam de cuidados e que apresentam dificuldades na comunicação^(42,43).

Considerando as fragilidades ainda existentes no processo de formação profissional, bem como a recomendação prevista pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde(CONASS)⁽³⁹⁾, destaca-se a importância de se assegurar a promoção de estratégias de educação permanente no âmbito da prática de cuidados com a pessoa com deficiência. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída desde o ano de 2004, possibilita a formação dos profissionais por meio da reflexão sobre o processo de trabalho e a construção de atividades de aprendizagem colaborativa e significativa, favorecendo o trabalho em equipe, a gestão participativa e a corresponsabilização nos processos de ensino-aprendizagem⁽⁵⁴⁾.

• **GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO**

A gestão e a organização do cuidado de enfermagem estão vinculadas ao processo de trabalho da(o) enfermeira(o), que atua e desenvolve ações voltadas ao cuidado integral com assistência multiprofissional, buscando garantir o acesso e qualidade dos serviços prestados à pessoa com deficiência⁽³⁹⁾. Frente ao cuidado integral às pessoas com deficiências, evidencia-se a potencialidade da(o) profissional enfermeira(o) como elo em relação ao apoio informativo e formativo, vinculando-se à equipe multiprofissional, assim como a outros recursos disponíveis⁽⁵²⁾.



Ademais, para a organização do cuidado às pessoas com algum ou mais tipos de deficiência, é recomendada a construção do projeto terapêutico singular⁽³⁹⁾, caracterizado pelo desenvolvimento de condutas terapêuticas, construídas por uma equipe multiprofissional, interdisciplinar ou na lógica transdisciplinar, de forma articulada e direcionada a uma pessoa, família ou comunidade. Tem como finalidade planejar intervenções a fim de atender à singularidade da pessoa, contando com os recursos da equipe, do território, da família, ou do própria pessoa⁽⁵⁵⁾.

Dentre as diversas atividades da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a(o) profissional enfermeira(o) poderá participar da organização das demandas e fluxos assistenciais, desenvolvimento das ações intersetoriais de promoção à saúde e prevenção de agravos, além da produção e oferta de informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede, por meio de cadernos, cartilhas e manuais. A(o) enfermeira(o) também poderá contribuir com a construção de indicadores, para monitorar e avaliar a qualidade dos serviços, com a criação das linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência⁽³⁹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Estatuto da Pessoa com Deficiência é de suma importância na vida das pessoas com deficiência, pois busca a igualdade e a não discriminação, concedendo atendimento prioritário e eficaz e garantindo direitos. Além disso, assegura a acessibilidade, para que possam viver de forma independente e consigam exercer seus direitos de cidadania e de participação social. Essa luta por direitos foi marcada por discriminações e sofrimentos, mas a evolução das leis e das políticas públicas implementadas pelos órgãos públicos demonstra o fortalecimento, o empoderamento e o ganho de representatividade das pessoas com deficiência, tendo em vista o aumento de sua participação nas escolas, trabalhos e setores públicos.

Contudo, apesar da garantia legal, o cumprimento das leis nos diversos âmbitos de atendimento à pessoa com deficiência continua um desafio. Nesse sentido, é necessário conscientizar a sociedade quanto aos direitos da pessoa com deficiência e promover ampla divulgação social desses direitos, para que mais pessoas sejam informadas e compreendam seu papel nesse contexto.

No atendimento à saúde, o SUS ainda convive com grandes desigualdades na acessibilidade à saúde. Poucos avanços são notados para garantia da equidade no acesso aos serviços de saúde. Além disso, o processo de formação e qualificação do profissional de enfermagem requer atenção no sentido de oportunizar o aprendizado e/ou capacitação que garanta a prestação de um cuidado em enfermagem, seguindo os princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS. A escuta atenta e o cuidado humanizado à pessoa com deficiência requerem da(o) enfermeira(o) transpor sua prática e cuidado convencional. Esse é o desafio que se apresenta não apenas à(o) profissional como agente isolada(o) nesse processo, mas cabe também ao Estado brasileiro impulsionar mudanças que efetivem que garantam o cuidado integral à pessoa com deficiência.

REFERÊNCIAS

1. United Nations (UN). Department of Economic and Social Affairs. Realization of the sustainable development goals by, for and with persons with disabilities: first-ever UN report on disability and development, illustrates inclusion gaps [Internet]. New York: United Nations; 2018[cited 2021 Jul 23]. Available from: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/about-us/sustainable-development-goals-sdgs-and-disability.html>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010: banco de dados agregados do IBGE [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 2010[cited 2021 Jul 23]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9662-censo-demografico-2010.html>
3. Presidência da República (BR). Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934 [Internet]. Diário Oficial da União. 1934 [cited 2021 Jul 23];71(1):1. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm



4. Presidência da República (BR). Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1937[Internet]. Diário Oficial da União. 1937 [cited 2021 Jul 23]; 74(1):22359. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm
5. Presidência da República (BR). Emenda Constitucional nº 1, de 1969 [Internet]. Diário Oficial da União. 1969 [cited 2021 Jul 23];106(1):8865. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc_anterior1988/emc01-69.htm
6. Presidência da República (BR). Emenda Constitucional nº 12, de 1978. Assegura aos Deficientes a melhoria de sua condição social e econômica[Internet]. Diário Oficial da União. 1978 [cited 2021 Jul 23];115(1):16857. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc_anterior1988/emc12-78.htm
7. Presidência da República (BR). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988[Internet]. Diário Oficial da União. 1988 [cited 2021 Jul 23];125(1):1. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
8. Presidência da República (BR). Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) [Internet]. Diário Oficial da União. 2015 [cited 2021 Jul 23];152(1):2. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm
9. Di Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. Rev Bras Epidemiol. 2008;11(2):324-35. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000200014>
10. Amiralian MLT, Pinto EB, Ghirardi MI, Lichtig I, Masini EF, Pasqualin L. Conceituando deficiência. Rev Saúde Pública. 2000;34(1):97-103. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910200000100017>
11. Santos TR, Alves FP, França ISX, Coutinho B G, Silva Júnior WR. Políticas públicas direcionadas às pessoas com deficiência: uma reflexão crítica. Ágora [Internet]. 2012 [cited 2021 Jul 23];15: 210-219. Available from: <https://periodicos.ufes.br/agora/article/view/4223>
12. World Health Organization (WHO). International Classification of Functioning, Disability and Health [Internet]. Geneva: WHO, 2001[cited 2021 Jul 23]. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
13. Battistella LR, Brito CMM. Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Acta Fisiátr. 2002;2(9):98-101. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20020003>
14. Castro GG, Nascimento LCG, Figueiredo GLA. Aplicabilidade da CIF-CJ na avaliação de crianças com deficiências e o apoio familiar: uma revisão integrativa da literatura. Rev CEFAC. 2020;22(1)1-10. <https://doi.org/10.1590/1982-0216/202022111518>
15. Silva, OM. A epopeia ignorada: a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje. São Paulo: CEDAS; 1987.470 p.
16. Pereira JA, Saraiva JM. Trajetória histórico social da população deficiente: da exclusão a inclusão social. SER Social. 2017;19(40):168-85. https://doi.org/10.26512/ser_social.v19i40.14677
17. Fiorati RC, Elui VMC. Determinantes sociais da saúde, iniquidades e inclusão social entre pessoas com deficiência. Rev Latino-Am Enfermagem. 2015;23(2):329-36. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0187.2559>
18. Figueira E. Caminhando em silêncio: uma introdução à trajetória da pessoa com deficiência na história do Brasil. 2ª ed. São Paulo: Giz Editorial, 2009. 182 p.
19. Lanna Junior MCM (Comp.). História do movimento político das pessoas com deficiência no Brasil. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010. 443p.
20. Gomes JBB. Ação afirmativa e princípio constitucional da igualdade: o direito como instrumento de transformação social: a experiência dos EUA. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.454 p.
21. Presidência da República (BR). Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Diário Oficial da União. [Internet] 1989 [cited 2021 Jul 23];126(1):19209. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7853.htm
22. Presidência da República (BR). Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Diário Oficial da União [Internet]. 1990 [cited 2021 Jul 23];127(1):23935. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm
23. Presidência da República (BR). Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União. [Internet] 1991 [cited 2021 jul 23]; 128(1):14809. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm



24. Presidência da República (BR). Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União. [Internet] 1993 [cited 2021 jul 23];130(1):18769. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm
25. Presidência da República (BR). Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União. [Internet] 1996 [cited 2021 jul 23]; 133(1):27833. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm
26. Presidência da República (BR). Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial da União. [Internet] 2004 [cited 2021 jul 23]; 141(1): 5. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm
27. Presidência da República (BR). Decreto nº 5.626 de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União. [Internet] 2005 [cited 2021 jul 23];142(1):28. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm
28. Presidência da República (BR). Decreto nº 5.904 de 21 de setembro de 2006. Regulamenta a Lei nº 11.126, de 27 de junho de 2005, que dispõe sobre o direito da pessoa com deficiência visual de ingressar e permanecer em ambientes de uso coletivo acompanhada de cão-guia e dá outras providências. Diário Oficial da União. [Internet] 2005 [cited 2021 jul 23];143(1):1, 22. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5904.htm
29. Assembleia Legislativa São Paulo. Lei nº 12.907, de 15 de abril de 2008. Consolida a legislação relativa à pessoa com deficiência no Estado de São Paulo. Diário Oficial. [Internet] 2008 [cited 2021 jul 23]; 145(1):1. Available from: <https://www.al.sp.gov.br/norma/?id=76801>
30. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Diário Oficial da União. [Internet] 2002 [cited 2021 jul 23];139(1):21. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html
31. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: [Internet] 2010 [cited 2021 jul 23];1:89. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
32. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. [Internet]. 2012 [cited 2021 jul 23];149(1):94-95. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html
33. Mariano TB, Cunha RB, Gonçalves AA, Pereira TP. Políticas públicas de inclusão e acessibilidade. JUS . [Internet] 2017 [cited 2020 out 16]. Available from: <https://jus.com.br/artigos/58014/politicas-publicas-de-inclusao-e-acessibilidade>
34. Boff L. O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ética e na espiritualidade. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2013.296 p.
35. Ayres JCRM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde Soc. 2004;13(3):16-29. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>
36. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 192 p.
37. Pereira TS, Oliveira G, Coltro ACM. (coord.). Cuidado e o direito de ser: respeito e compromisso. Rio de Janeiro: GZ; 2018. 546 p.
38. Barros S, Oliveira MAF, Silva ALA. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. Rev. Esc. Enferm. USP. 2007; 41:815-819. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000500013>
39. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS. Brasília: CONASS, 2012. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/01/NT-03-2012-Atualizacao-da-REDE-DE-PESSOA-COM-DEFICIENCIA.pdf>
40. Marlow NM, Samuels SK, Mainous AG. Patient-provider communication quality for persons with disabilities: a cross-sectional analysis of the Health Information National Trends Survey. Disabil. Health J. 2019; 4(12):732-737. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.03.010>
41. Geçkil E, Kaleci E, Cingil D, Hisar F. The effect of disability empathy activity on the attitude of nursing students towards disabled people: a pilot study. Contemp. Nurse. 2017; 53(1):82-93. <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1292143>



42. Cunha RPS, Pereira MC, Oliveira, MLC. Enfermagem e os cuidados com pacientes surdos no âmbito hospitalar. *Revisa, Valparaíso de Goiás*.2019; 8(3):367-377. <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n3.p367a377>
43. Sanches ICB, Bispo L,Santos C, França L,Vieira S. O papel do enfermeiro frente ao paciente surdo. *Rev. Enferm. UFPE on line*. 2019;13(3):858-862. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a238964p858-862-2019>
44. Silva MJP. Qual o tempo do cuidado?: Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Loyola; 2004. 184 p.
45. Reicher SC, Lopes LF, Ribeiro TT. Guia de direitos: pessoa com deficiência intelectual, capacidade jurídica e tomada de decisão apoiada. São Paulo: Instituto Jô Clemente; 2020. 46p. Available from: <https://www.ijc.org.br/pt-br/defesa-de-direitos/advocacy/Documents/Guia-de-direitos-2020-IJC.pdf>
46. Cameron C, Lingwood L. What's wrong with 'seeing the person first'? *Br J Nurs*. 2020;29(5):314-7. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.5.314>
47. Borges JWP, Souza ACC, Moreira TMM, Loureiro AMO, Meneses AVB. Educação em saúde inclusiva: o enfermeiro como líder de tecnologia educacional para um deficiente visual. *Cult Cuid*. 2016;20(46):146-56. <https://doi.org/10.14198/cuid.2016.46.14>
48. Bonatelli LCS, Schier J, Girondi JBR, Hammerschmidt KSA, Tristão FR. Centro-dia: uma opção no atendimento da pessoa envelhecida com deficiência intelectual. *Saúde Debate [Internet]*. 2018 [cited 2021 Jul 23];42(118):669-75. Available from: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/1087>
49. Carvalho AT, Áfio ACE, Marques JF, Pagliuca LMF, Carvalho LV, Leite SS. Instructional design in nursing: assistive technologies for the blind and deaf. *Cogitare Enferm*. 2019;24:e62767. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.62767>
50. Horta WA. Processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. 102 p.
51. Almasri NA, An M, Palisano RJ. Parents' perception of receiving family-centered care for their children with physical disabilities: a meta-analysis. *Phys Occup Ther Pediatr*.2018;38(4):427-43. <https://doi.org/10.1080/01942638.2017.1337664>
52. Alves JMNO, Amendoeira JJP, Charepe ZB. A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(4):e2016-0070. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0070>
53. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CP nº 8, de 6 de março de 2012. Diretrizes Nacionais para a Educação em Direitos Humanos[Internet]. Diário Oficial da União. 2012 [cited 2021 Aug 2];1:33. Available from: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=10389-pcp008-12-pdf&category_slug=marco-2012-pdf&Itemid=30192
54. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2021 Jul 23]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf
55. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 60 p.

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c13>

CONSULTA DE ENFERMAGEM DO ADOLESCENTE EM CONDIÇÃO DE VULNERABILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Soraia Buchhorn^I

ORCID: 0000-0001-7800-6136

Jéssica Rocha^{II}

ORCID:0000-0001-7815-3777

Ana Paula Guareschi^{III}

ORCID: 0000-0003-2739-3118

Aparecida Aguilar Rezende^{II}

ORCID: 0000-0003-0140-1853

Juliana Tomé Pereira^{III}

ORCID: 0000-0003-0195-6736

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase de grandes transformações, nos aspectos físicos, psicológicos, emocionais e sociais. No Brasil ainda há uma carência de serviços de saúde voltados para essa faixa etária. E isso muitas vezes, pode transformar um risco potencial em uma situação de vulnerabilidade, considerando-se os aspectos individuais, sociais e contextuais vivenciados pelos adolescentes ^(1,2).

Em relação a vulnerabilidade aqui considerada, podemos dizer que vulnerabilidade pode ser considerada em três situações: individual, social e programática. A vulnerabilidade individual é aquela que depende do que o sujeito é capaz de fazer, de suas ações e atitudes individuais. Tem a ver com seu comportamento de acordo com a sua consciência. Já a vulnerabilidade social está relacionada à situação estrutural econômica, social e política do ambiente em que a pessoa vive. Os recursos que ela dispõe naquele ambiente. E por fim, a vulnerabilidade programática tem a ver com as ações realizadas pelo poder público e sociedade civil para o enfrentamento das outras situações que causam vulnerabilidade ⁽³⁾. Pode-se considerar situações de risco as situações que geram baixa resiliência individual e familiar, potencialmente, produtoras de vulnerabilidade para os adolescentes, tais como: residência em áreas de risco ambiental, em moradias com risco à saúde e em áreas de violência ou conflitos; processos de desestruturação de vínculos familiares e/ou por processos de fragilidade econômica; presença ou risco de violência doméstica e sexual; exploração sexual; dificuldades escolares significativas ou propensão à evasão escolar. São ainda considerados riscos na adolescência: início da vida sexual precoce, vivência da gravidez sem apoio dos serviços de saúde; presença ou risco de infecções sexualmente transmissível (IST); fragilidade nutricional; sofrimento mental ou envolvimento

^I Universidade Federal de São Paulo.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II} Instituto Nacional de Tecnologia em Saúde (INTS).
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{III} Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Autora Correspondente:

 Soraia Buchhorn
soraia.buchhorn@unifesp.br


Como citar:

Buchhorn S, Rocha J, Guareschi AP, Rezende AA, Pereira JT. Consulta de enfermagem do adolescente em condição de vulnerabilidade na atenção primária de saúde. In: Souza ES, Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 2. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 126-36 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c12>

Revisora: Marla Andréia Garcia de Avila.
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.
Botucatu, São Paulo, Brasil.



com substâncias psicoativas lícitas e/ou ilícitas, tendendo ao abuso, à dependência química e/ou ao envolvimento com o tráfico; abandono da residência com moradia nas ruas e trabalho não previsto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁽³⁾.

Assim, reconhecer os riscos potenciais e as vulnerabilidades aos quais os adolescentes estão expostos no município, no estado ou país é sem dúvida, um importante caminho na jornada de uma assistência de enfermagem realmente eficiente.

A ADOLESCÊNCIA

A adolescência é sem dúvida um momento muito especial da existência humana. É a transição da vida infantil para a vida adulta, e traduz um momento bastante peculiar e único na vida de cada pessoa. Não apenas pelas intensas transformações corporais, mas também pelas mudanças psicológicas e sociais vivenciadas. Esse período no entanto, pode ser vivenciado de diferentes formas a depender da cultura, das condições físicas, psicológicas e familiares dos adolescentes ou mesmo do momento histórico ao qual está inserido⁽⁴⁾.

O período da adolescência abrange as idades entre 10 e 19 anos segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização das Nações Unidas (ONU) as idades entre 15 e 24 anos. Usa-se também o termo jovens adultos para englobar a faixa etária de 20 e 24 anos de idade⁽⁵⁾. No Brasil, de acordo com o censo 2010 (último censo disponível em 2022) adolescentes e jovens de 10 a 24 anos de idade um total de 51.402.821 pessoas – 36,89% da população brasileira⁽⁵⁾.

ADOLESCENTES E OS SERVIÇOS DE SAÚDE

As políticas e programas existentes não garantem a efetividade dos direitos dos adolescentes em sua totalidade, apesar desde 1989 já existir o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) alicerçado no ECA, que visa à atenção integral à saúde do adolescente, inserindo o mesmo no contexto da saúde e abordando temáticas específicas presentes nessa fase. Questões como sexualidade, gravidez na adolescência, drogas e violência e outros, passaram a ser discutidas dentro dos serviços de saúde, principalmente na atenção primária⁽⁵⁾. Talvez o maior desafio para os profissionais de saúde seja desmistificar alguns conceitos e crenças fortemente disseminadas, nos quais os adolescentes são vistos como fontes constantes de problemas e aborrecimentos sendo muitas vezes, rotulados como “aborrecentes”. É preciso compreender a complexidade do momento ao qual está o adolescente⁽⁶⁾.

Espera-se que os profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, atuem no atendimento dos adolescentes nos diferentes serviços de saúde, e compreendam não somente as especificidades físicas e emocionais desta fase, mas também sobre a importância do acolhimento, da comunicação e escuta ampliada. Também a confidencialidade, levando a resultados positivos nesta relação adolescente e profissional, sobretudo com adolescentes com risco de vulnerabilidade ou vulnerabilidade. A interlocução da área da saúde com o adolescente deve estar despida de estigmas e o profissional necessita de uma abordagem diferenciada, na qual se deve trabalhar com o adolescente sua autoestima, seus sonhos e sua perspectiva de vida, a percepção de seus talentos, da sua criatividade, seu juízo crítico, sua espiritualidade, dentre outros⁽³⁾. Construir o diálogo e compartilhar conhecimentos⁽⁷⁾.

Esta construção conjunta de valores com o adolescente está relacionada à aquisição de uma maior autonomia em diversos campos da vida, expressa na possibilidade de manter-se na escola e na aquisição de projetos futuros. E também na consolidação de valores pessoais, além do estabelecimento de uma identidade sexual, relações afetivas estáveis, de relações de compreensão e reciprocidade com familiares ou membros da sociedade⁽⁴⁾.

Dentre todos estes desafios na assistência ao adolescente, há que se pensar também sobre como promover o acesso aos serviços de saúde. Uma vez que diversos obstáculos impedem o direito fundamental à saúde,



garantido na constituição federal de 1988. Tal acesso, muitas vezes, está prejudicado por questões financeiras, geográficas ou relativas à própria oferta de atendimento a esse público⁽⁵⁾.

A PUBERDADE

A Puberdade é uma fase da adolescência marcada por transformações hormonais importantes, influenciando tanto as transformações físicas e quanto as emocionais. É o período em que a busca pela identidade está aflorada, causando muitas inseguranças e conflitos⁽⁴⁾. O crescimento do adolescente ocorre das extremidades do corpo para o tronco. Em relação às transformações físicas podemos destacar, o aumento dos órgãos genitais, surgimento de pelos no rosto e corpo; modificação da voz, enrijecimento dos músculos; alargamento de tronco e ombros. A pele torna-se mais oleosa (aparecimento de acne), e nos meninos ocorre o início da produção de espermatozoides, e também nos meninos ocorrem alterações na laringe e nas pregas vocais, tornando a voz mais grave. Já nas meninas as transformações físicas são: alargamento da pelve, início do ciclo menstrual; o surgimento de pelos no púbis e nas axilas, há um aumento do depósito de gordura nas nádegas, nos quadris e nas coxas, e também o desenvolvimento das mamas. Essas transformações ocorrem pela ação dos hormônios^(3,4).

Durante a puberdade, o marco mais importante na vida do menino adolescente é a sua primeira ejaculação (semenarca), que em geral acontece durante a noite (polução noturna) de forma involuntária, podendo também acontecer na fase adulta. Para as meninas, o marco mais importante é a primeira menstruação (menarca). A partir desta fase, o adolescente começa a pensar mais no seu corpo, prestar mais atenção a sua volta normalmente, também começa a se interessar mais pelo sexo oposto, experimenta sensações nunca sentidas antes, podem ocorrer nesta fase às masturbações e os sonhos eróticos^(1,8). A evolução sexual se manifesta porque o indivíduo passa a conhecer seus órgãos genitais. Infelizmente, há hoje uma influência da mídia sobre sexualidade, o que pode levar o adolescente a ter relações sexuais precoces e muitas vezes, sem os cuidados de saúde necessários⁽⁵⁾.

ADOLESCÊNCIA NORMAL OU CARACTERÍSTICAS COMUNS AOS ADOLESCENTES

A adolescência pode ser entendida como um processo de transição da criança para a fase adulta, e assim é reconhecida pelos profissionais de saúde por suas características mais marcantes como a transformação física e as mudanças psicossociais. Porém, nas muitas abordagens sobre adolescência, talvez a mais conhecida e reconhecida até hoje no nosso meio seja a Síndrome da Adolescência Normal ou Adolescência Normal postulada por Arminda Aberastury e Maurício Knobel⁽⁹⁾. A síndrome da adolescência normal, por sua vez, se caracteriza por aspectos facilmente observáveis e bem práticos como os descritos abaixo:⁽⁹⁾

1- VINCULAÇÃO AO GRUPO

Na adolescência surge a necessidade de tendência grupal, também conhecido por chamado processo de uniformidade, que tem sua origem na necessidade do adolescente de pertencer a um dado grupo (em geral um grupo composto de adolescentes também), de ser aceito e poder conviver diretamente com esse grupo⁽³⁾. No processo da busca por sua identidade o adolescente tende a transferir sua dependência dos pais para o grupo. Isso porque no grupo todos estão no mesmo processo, vivendo as mesmas experiências, o que contribui para que o adolescente seja acolhido e sinta pertencente à esse grupo. Há uma grande valorização do grupo, com seus comportamentos e atitudes próprias.

2- BUSCA DA IDENTIDADE

Como a puberdade é desencadeada independentemente da vontade do indivíduo, e também sem o seu controle, o adolescente vivencia a perda do corpo infantil. Surge então uma grande preocupação com a sua imagem. Tais mudanças físicas podem ser vivenciadas de maneira bastante angustiante, principalmente, quando



o corpo real difere do corpo idealizado, como por exemplo, em doenças que aumentam o ganho de peso ou alteram o formato de alguma parte do corpo. Nesse momento o adolescente não se vê mais como criança e também não se reconhece no adulto, e essas modificações físicas impactam no comportamento do adolescente⁽⁹⁾.

Na busca por sua identidade, o adolescente vai experimentando papéis e avalia a reação que provoca no seu meio, podendo criar identidades transitórias motivadas por novos modelos de identificação, como por exemplo, ídolos, artistas, professores, dentre outros. Nesse processo de experimentação o adolescente tende a se colocar em situações de risco, imaginando ser alguém indestrutível, imune e que sabe todos os limites das suas ações. Há um intenso momento de experimentação e o adolescente vai aos poucos construindo sua identidade^(3,9).

3- SEPARAÇÃO PROGRESSIVA DOS PAIS

Na adolescência a relação com os pais se modifica bastante, antes estes eram heróis, seres perfeitos e agora tem seus comportamentos e valores questionados. Os adolescentes preferem estar com os amigos e não mais todo o tempo com a família, e buscam seu espaço geográfico, que pode ser um quarto, um armário ou até um diário. O que for possível de ser só dele. A família por sua vez, sobretudo os pais também percebem com bastante incômodo à ausência do filho no convívio familiar, sentindo-se muitas vezes preteridos. O que pode gerar algum tipo de conflito na família⁽⁹⁾.

4- DESENVOLVIMENTO DO PENSAMENTO ABSTRATO, DA INTELECTUALIZAÇÃO E DA FANTASIA.

Diferente da criança que repete as experiências que percebe na rotina da família, como por exemplo brincar de casinha, o adolescente pode construir experiências imaginárias, pois já possui o pensamento abstrato. Consegue pensar o mundo de forma imaginária e idealizada. E começa a pensar sobre a sociedade que o cerca, avaliando criticamente. Com sua capacidade intelectual consegue pensar sobre princípios éticos, valores e sociais⁽⁹⁾.

5- CRISE RELIGIOSA

É o momento em que o adolescente pode oscilar entre a crença total e até fanática ou a descrença absoluta. Podem ir do misticismo ao materialismo, como realidades momentâneas para um mesmo indivíduo e estas são defendidas com veemência pelo adolescente. Não é incomum haver um certo confronto entre as ideias de cunho religioso, bem como, seus valores, com os princípios recém-adquiridos⁽⁹⁾.

6- VIVÊNCIA TEMPORAL SINGULAR

A questão do tempo é singular na adolescência, varia com o interesse do adolescente. Há certa incapacidade de conviver com a espera. São exemplos disso são as demonstrações de preferência por alimentos prontos ou semi prontos, ou ainda se o adolescente precisa de algo, como por exemplo, uma roupa ou mesmo receber uma ligação, ele quer que seja agora, naquele momento. Porém, se lhe é atribuída uma tarefa que julgue tediosa ou desagradável o adolescente tende a procrastinar a execução da mesma. Busca resultados rápidos para seus projetos, e isso muitas vezes, pode interferir nas propostas terapêuticas. Um adolescente poderá abandonar um tratamento para pele ou para obesidade, uma vez que não obteve o resultado esperado em dois dias. Estão intimamente ligados ao momento presente, têm dificuldades de planejar o futuro, geralmente⁽⁹⁾.

7- ATITUDE REIVINDICATÓRIA SOCIAL

O adolescente tende a avaliar e julgar tudo à sua volta, pode ter atitudes combativas para serem reconhecidos pelos seus grupos (família, amigos, sociedade); desejam um mundo melhor, com menos violência, e com mais sustentabilidade dentre outros. Esse movimento não pode ser considerado uma agressão ou oposição



à ordem vigente, na verdade isso faz parte do seu caminho como pessoa. Evitar o confronto e fortalecer o diálogo são ações bastante úteis neste momento ⁽⁹⁾.

8- FLUTUAÇÃO DE HUMOR

As flutuações de humor são comuns nesta fase. Um adolescente pode se mostrar depressivo e solitário por alguma frustração e momentos depois estar eufórico e entusiasmado com alguma outra coisa. A intensidade e a frequência dessas reações variam bastante e são na verdade formas que o adolescente tem de elaborar suas dificuldades ⁽⁹⁾.

9- CONTRADIÇÕES SUCESSIVAS DE CONDUTA/COMPORTAMENTO

É comum os adolescentes estabelecerem atitudes, por vezes, contraditórias com seu próprio comportamento. Isso porque há uma imaturidade em lidar com perdas e tristezas, e com a variação do humor ⁽⁹⁾.

10- EVOLUÇÃO SEXUAL

No início da adolescência há o predomínio do autoerotismo, e das práticas de genitalidade e também um processo de busca de identidade sexual. Mais tarde surge a necessidade de relacionamentos e depois a estabilidade desses relacionamentos, aproximando ao comportamento afetivo do adulto ⁽⁹⁾.

Nem sempre é fácil distinguir o limite entre a síndrome da adolescência normal e um quadro psiquiátrico, mas é preciso entender que é preciso escutar o adolescente de forma ativa e compreensiva, de modo a não identificar tudo como problema e tampouco que tudo é uma fase e logo passará. É preciso sobretudo saber ouvir, e por meio do vínculo estabelecido entender o que de fato está acontecendo e quais os desdobramentos decorrentes daquela situação.

A CONSULTA DE ENFERMAGEM DO ADOLESCENTE E O PROCESSO DE ENFERMAGEM

Também no atendimento do adolescente, a consulta de enfermagem (CE), faz parte da prática assistencial do enfermeiro. Sendo uma atividade privativa do enfermeiro, utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde ou doença, prescrever e implementar medidas que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade ⁽¹⁰⁾.

DINÂMICA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DO ADOLESCENTE

A consulta de enfermagem não necessariamente deve ter a abordagem tradicional com formatos rígidos, pré-concebidos, unidirecionais e informativos. O enfermeiro deve tentar respeitar a individualidade de cada adolescente, considerando sempre as especificidades relativas à idade, ao gênero, à orientação sexual, à raça, à etnia, ao meio familiar, às condições de vida, à escolaridade, ao trabalho, dentre outros aspectos, abordando sempre o adolescente em sua integralidade ⁽¹¹⁾.

Na consulta do adolescente se realiza a promoção da saúde e a prevenção de agravos de saúde. De um modo geral na prática, é explicado ao adolescente sobre seu crescimento e desenvolvimento com o uso de imagens, figuras ou desenhos. E diante da realização das etapas do processo de enfermagem, o enfermeiro fará a identificação dos fatores protetores que necessitam ser promovidos e os riscos que necessitam ser afastados e/ou atenuados, além da realização de encaminhamentos em situações que necessitem da intervenção de outros profissionais da saúde ⁽⁵⁾. O adolescente pode procurar o serviço de saúde, sozinho ou acompanhado por um adulto ou até mesmo por outro adolescente. Neste momento, deverá ser acolhido e quando possível ser atendido rapidamente ⁽¹²⁾.



Sugere-se uma consulta em três etapas. O primeiro momento com a participação do adolescente junto com o familiar ou responsável, com o intuito auxiliar no fornecimento de informações sobre relacionamento familiar e história pregressa do adolescente. Como por exemplo, informações tais como o tipo de parto, doenças na infância, vacinas, vida escolar, relacionamentos, dentre outras questões. Um segundo momento no qual o adolescente possa ser ouvido sozinho, estimulando assim a sua autonomia e competência para discutir assuntos que lhe afligem e os próprios sentimentos vivenciados nesse período, sentir-se acolhido e desenvolver confiança pelo profissional enfermeiro. No terceiro momento, pode ser solicitado que o familiar retorne a fim de participar do plano terapêutico.

Cabe lembrar que para o sucesso da consulta, o enfermeiro deve se distanciar por um momento de suas crenças e valores e compreender que talvez, os seus valores sejam diferentes dos adolescentes que ele atende na consulta. Tal distanciamento de valores próprios permite o fortalecimento das interações e das relações com o adolescente ⁽⁵⁾. A CE do adolescente deve ser detalhada e rigorosa tanto no sentido da identificação dos problemas quanto no registro preciso das informações. Esta consulta deve seguir as seguintes etapas:

COLETA DE DADOS

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM/ ANAMNESE:

Na anamnese ou histórico de enfermagem é importante abordar com o adolescente e sua família sobre seus antecedentes pessoais com ênfase na família condições de vida e renda familiar, condições de moradia e de saneamento básico; nutrição e hábitos alimentares; sono e repouso, eliminações, higiene corporal; as mudanças corporais, a sexualidade, sentimentos relacionados às mudanças corporais e emocionais. É importante saber sobre o grupo ao qual pertence aquele adolescente, sobre as suas relações afetivas com os colegas, familiares, além das questões relacionadas ao contexto escolar e de trabalho.

E também sobre sexualidade, drogas, comportamento de risco, autolesão não suicida, ideação suicida, uso jogos eletrônicos; recreação e atividade físicas; vivência escolar; vida social; vida sexual, atividades grupais; espiritualidade; crenças, valores e projeto de vida. Cabe lembrar que nem todas as informações devem ser obtidas numa única consulta, ou ainda todas na presença da família. Talvez seja necessário dividir as perguntas para os dois momentos da consulta, isto é adolescente e familiar e somente adolescente. Muitas destas informações somente serão fornecidas por meio de atendimentos continuados. É importante observar também sinais de depressão e ansiedade, atitudes durante a consulta tais como rejeição/aceitação ⁽⁵⁾.

Para complementar as informações sobre adolescente e sua família na APS, nas unidades que tem a Estratégia Saúde da Família (ESF), é possível contar com o apoio do Agente Comunitário de Saúde (ACS) para trazerem informações sobre o convívio familiar, rotinas, e outras informações de saúde obtidas por meio das visitas domiciliares (VD). Outra estratégia que também pode complementar as informações da consulta para um melhor atendimento, é o uso do cartão individual do adolescente. Este também proporciona autonomia para o adolescente agendar suas consultas e tirar dúvidas com os profissionais.

EXAME FÍSICO

Para a realização do exame físico o enfermeiro deve prover um ambiente calmo, que garanta privacidade, além de apresentar temperatura e iluminação adequadas. São necessários instrumentos básicos, tais como: estetoscópio, fita métrica, lanterna, esfigmomanômetro, otoscópio, orquidômetro de Prader; estadiômetro e balança para pesagem. O momento do exame físico deve ser calmo e deve se ter em mente que é um momento importante de educação em saúde. Explicar cada procedimento, ajuda a estabelecer o vínculo entre o profissional de saúde e o adolescente ⁽¹³⁾.



Se houver presença de dor ou alguma deficiência física, avaliar inicialmente as partes do corpo sem anormalidades, saudáveis e funcionantes, e somente depois a parte afetada. O exame físico do adolescente consiste de uma técnica de verificação minuciosa de todas as partes do corpo, utilizando um método rigoroso e sistemático para que possa ser o mais completo possível. O exame físico pode ser inicialmente direcionado a queixa, e ser completado em consultas subseqüentes. Vale ressaltar, que antes de iniciar o exame físico, o adolescente deve ser orientado sobre o que é o procedimento e porque é importante realizá-lo. Nesse período da vida, podem se sentir envergonhados ou inseguros diante do olhar de outra pessoa, por isso orientar sobre o procedimento antes de iniciar⁽⁹⁾.

Durante o exame físico além de examinar todos os sistemas é importante atentar-se para: estado geral e higiene; ectoscopia; dados de crescimento; desenvolvimento; estágio puberal; estado nutricional; presença de anormalidades de pele; lesões e cicatrizes e estado emocional. É importante lembrar que ao avaliar a região íntima, orientar o adolescente, e caso o mesmo não queira que seja avaliado naquele momento, pode ser uma opção, avaliar na próxima consulta. Lembrando que é interessante a presença de outro profissional para respaldo durante a avaliação da região íntima ou a presença do familiar, dependendo da escolha do adolescente⁽⁵⁾.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA CONSULTA DO ADOLESCENTE

O diagnóstico de enfermagem é o julgamento clínico do enfermeiro considerando os dados coletados. Pode ser expresso por uma afirmativa diagnóstica, preferencialmente pertencente a uma padronização de diagnósticos de enfermagem, como por exemplo a NANDA e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), as mais comumente utilizadas no Brasil. Os diagnósticos identificados podem ser referentes a problemas reais ou agravos presentes; referentes a problemas ou agravos potenciais ou ainda diagnósticos de promoção à saúde. Independente do uso de uma padronização, os diagnósticos de enfermagem devem ser listados por ordem de prioridade em relação à ameaça do bem estar da adolescente. É importante considerar a vulnerabilidade do adolescente também neste momento.

PLANEJAMENTO E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Em função dos diagnósticos encontrados e priorizados, o enfermeiro deve fazer seu planejamento de atendimento. Todas as intervenções e prescrições devem ser discutidas com o adolescente e se necessário com a família a fim de oportunizar um planejamento de cuidado conjunto. Isso é o mais coerente com os recursos e expectativas de todos. Essa construção compartilhada do plano terapêutico, como já dito, é importante para não só melhorar a adesão à terapêutica instituída como também aproximar o profissional da realidade daquelas pessoas que estão atendendo, sobretudo com adolescente e sua família favorecendo o vínculo terapêutico.

Agregar outros profissionais no acompanhamento de saúde desse adolescente, enriquece o vínculo, pois o adolescente e sua família podem observar que há alguém preocupado com eles. Além de agregar ao atendimento a visão e outras condutas importantes, pertinentes a outros profissionais. Um exemplo é a equipe de saúde bucal e o atendimento de um assistente social. O adolescente pode ser encaminhado para tais especialidades, algumas vezes, dentro da própria Unidade Básica de Saúde (UBS), dependendo das queixas trazidas durante a consulta de enfermagem, formando assim um maior vínculo do adolescente com o serviço de saúde. Também agregam ao atendimento às discussões do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no matriciamento, na Atenção Primária à Saúde (APS)⁽¹³⁾.

AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/ RESULTADOS DE ENFERMAGEM

As intervenções podem e devem ser avaliadas. Há várias maneiras de se avaliar uma intervenção: relato da adolescente ou da família; melhora; piora ou ausência dos sinais e sintomas iniciais ou ainda mudança



positiva ou negativa da situação de saúde anterior. Nessa etapa do processo de enfermagem o enfermeiro tem a oportunidade de avaliar a eficiência de suas prescrições e ações em relação aos resultados esperados ou a novas necessidades que surgirão em função de uma ação ou prescrição⁽¹⁴⁾.

FINALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO E REGISTROS

Na finalização do atendimento é preciso que o profissional pergunte se o adolescente ou familiar, se estiver presente, têm alguma dúvida ou se necessita de alguma informação antecipada. Elogiar e agradecer a cooperação da adolescente e a participação do familiar naquele atendimento é muito importante, pois demonstra respeito e consideração. Todo atendimento deve ser registrado em prontuário tão logo seja realizado. Devem ser registrados no prontuário do adolescente todos os fatos observados ou narrados, de forma clara, legível e objetiva. O registro não deve incluir julgamentos pessoais ou opiniões do profissional, porém devem ser incluídos os riscos e vulnerabilidades percebidas. Evitando descrever algo realizado por outro profissional. O prontuário do adolescente além dos registros de todos os atendimentos, deve conter também os gráficos para peso, estatura e índice de massa corporal. É importante arquivar ou registrar todos os resultados de exames complementares e o cartão espelho das vacinas. A caderneta da adolescente deverá sempre ser preenchida em todos os atendimentos⁽¹²⁾.

É importante lembrar que nenhuma consulta será considerada completa se, além da queixa principal, não for abordado temas relacionados à vacinação, prevenção de acidentes, uso de drogas, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Vírus da Imunodeficiência humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), gravidez e de doenças imunopreveníveis⁽⁵⁾.

ASPECTOS ÉTICOS DA CONSULTA DO ADOLESCENTE

Atualmente, há consenso que o atendimento ao adolescente requer princípios éticos voltados à sua autonomia, com garantia do sigilo profissional e a confidencialidade, incluindo dos docentes e estudantes de enfermagem que realizam o atendimento ao adolescente. Com relação à confidencialidade, em situações específicas e relevantes como risco de suicídio, risco de morte, não adesão a tratamentos recomendados, doenças graves, situações de violência sexual e também quanto a necessidade de procedimentos complexos, dentre outros, pode ocorrer a quebra do sigilo, devendo ser comunicado ao adolescente. Diante desta situação, o próprio adolescente deve ser estimulado a contar aos seus familiares ou responsáveis legais. A privacidade também é um direito do adolescente independente da sua idade, e deve ser mantida sempre que desejar, seja durante a realização da anamnese ou histórico de enfermagem ou durante a realização do exame físico⁽⁵⁾.

A proposta de confidencialidade deve estar pautada no reconhecimento do adolescente como sujeito de direitos, e na sua atenção à saúde como prioridade. É preciso também esclarecer aos pais que manter a privacidade e a confidencialidade do adolescente numa consulta, não é sonegar o direito dos pais de participar da vivência do filho naquele momento. E também não significa minimizar a responsabilidade da família com aquele adolescente, é apenas dar ao adolescente mais de autonomia. Uma boa estratégia é encorajar o adolescente a envolver seus pais ou responsáveis no acompanhamento da sua saúde. Na verdade, o que se deve fazer é estimular e privilegiar sempre o diálogo entre a família e o adolescente.

AÇÕES NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE COM VULNERABILIDADE NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

São ações importantes a serem realizadas⁽¹²⁾:

- Instrumentalizar e sensibilizar o adolescente para seu autocuidado
- Promover a imunização de acordo com o calendário vacinal vigente



- Verificar se há algum comportamento de risco e realizar as ações cabíveis de acordo com o risco
- Tentar desenvolver vínculos para a construção de um diálogo com o adolescente

Em geral os adolescentes frequentam menos os serviços de saúde voltados à promoção da saúde, em comparação às crianças. E talvez por esta razão exista uma tendência para o esquecimento das questões relacionadas à imunização do adolescente e também para as questões psicoemocionais. Tanto por parte dos profissionais dos serviços como também pelos responsáveis pelo adolescente. Seja por desconhecimento da necessidade ou por falta de motivação, o adolescente frequenta pouco os serviços de saúde. Neste sentido, é necessário que as equipes de saúde estejam atentas a esta faixa etária, não esquecendo as mudanças epidemiológicas ⁽¹⁵⁾.

Atualmente o Programa Nacional de Imunização (PNI) disponibiliza para o adolescente a vacina contra o Papilomavírus Humano (HPV), vacina Hepatite B, Dupla adulto, tríplice viral, vacinas contra meningites e febre amarela. A vacina HPV está disponível desde 2017 para meninos e meninas e as outras vacinas são aplicadas como doses de reforço de esquemas iniciados na infância ou como dose única para os adolescentes que não tiveram a oportunidade de tomá-las na fase infantil ⁽¹⁶⁾.

ADOLESCÊNCIA E O USO DA TECNOLOGIA: IMPACTO NA SAÚDE

Nos dias atuais vivemos a era da informação, ou porque não dizer da sobrecarga de informação. Isto é, temos acesso a todo tipo de informação em segundos, e ao toque dos dedos em telas cada vez mais portáteis e acessíveis a qualquer pessoa. Assim, é preciso considerar que tal evolução tecnológica traz consigo impacto na saúde física e mental dos adolescentes, sobretudo aqueles em vulnerabilidade social. O jovem da atualidade apresenta peculiaridades que podem ser relacionadas à evolução tecnológica. Então, pergunta-se: quem é o jovem de hoje? A resposta é que não há resposta pronta. Trata-se de jovens que nasceram com múltiplas telas em sua frente (geração multitela) e com isso, os adolescentes podem apresentar dificuldade na manutenção do foco ⁽¹⁷⁾.

Nesse contexto é sabido que a internet promove a comunicação e a busca de informações representando uma ferramenta de contato social e aquisição de informação. No entanto, a mídia e a literatura vem relatando que alguns jovens estão viciados em jogos “online” evitando muitas vezes a interação presencial, o que é preocupante. Embora esses fenômenos sejam ainda pouco estudados, o uso abusivo dos computadores, seja por meio de jogos eletrônicos ou de *chats* na internet, podem trazer outros problemas de saúde ⁽¹⁷⁾. Nos dias atuais o uso de smartphones por adolescentes de todas as classes sociais vem aumentando, bem como o seu tempo junto a estes aparelhos. A dependência da internet está relacionada a problemas de saúde física em longo prazo, tais como: lombalgia e problemas psicossociais (isolamento, depressão, distúrbios de ansiedade, sono perturbado, dietas irregulares, problemas familiares e escolares) e isso interfere na qualidade de vida e no ajustamento psicossocial do adolescente.

Assim, torna-se crucial a orientação do profissional de saúde junto aos pais e comunidades no sentido de instituir boas práticas que primam pela prevenção de agravos junto ao público adolescente, mesmo aqueles em vulnerabilidade social, dada a popularização dos *smartphones* ⁽¹⁸⁾. São medidas a serem sugeridas:

- Evitar jogos eletrônicos antes do momento de dormir
- Evitar jogos não adequados à faixa etária (os jogos trazem a classificação dos jogos em seus respectivos invólucros) e caso esse não seja encontrado, cabe aos pais decidirem considerando o conteúdo do jogo
- Se os pais julgarem que um jogo não tenha um conteúdo adequado para o(a) filho(a), orientá-lo(a) quanto à necessidade de mudar de jogo. Ou jogar outro jogo com eles-
- Evitar jogar mais de 50 minutos seguidos sem fazer uma pausa para alongamento de pelo menos 10 minutos, pois alongamentos ajudam a prevenir lesões musculoesqueléticas
- Evitar o uso de *headphone* ao jogar, ou deixar o som baixo, pois a audição pode ser prejudicada caso o som esteja alto; o ideal é que a altura do som permita que se escute quem está ao lado



- Procurar manter uma distância mínima de 60 cm da tela do computador, para evitar problemas de visão como a síndrome visual relacionada a computadores
- Variar as categorias de jogos, testando diferentes jogos, pode levar o jogador a descobrir um mundo novo e assim desenvolver tipos diferentes de habilidades

SEXUALIDADE E A QUESTÃO DE GÊNERO NA ADOLESCÊNCIA

Na modernidade líquida, segundo o sociólogo polonês Zygmunt Bauman as relações em nosso meio são marcadas pela fluidez e volatilidade. Os adolescentes nesse momento do mundo, vivem sua sexualidade de forma livre, diversificando ao máximo as experiências até formar suas preferências. Porém de forma contraditória, muitas vezes a família não faz ideia dessas vivências, e os serviços de saúde apresentam certo despreparo para lidar com essa questão⁽¹⁹⁾.

Quando esses adolescentes procuram o serviço de saúde para buscar atendimento por exemplo, em geral podem sofrer algum tipo de censura por já estarem vivendo sua sexualidade. Isso é um fator inibidor, uma barreira à procura dos serviços de saúde.

Nem todos aqueles adolescentes conseguem ser atendidos sem a presença dos pais, ainda existem serviços que só oferecem atendimento na companhia dos pais, contrariando a garantia de autonomia prevista no ECA e todas as normas de atendimento aos adolescentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consulta de enfermagem do adolescente é de grande relevância no atendimento do adolescente em situação de vulnerabilidade ou em risco potencial para agravos de saúde ou doenças. É preciso entender as particularidades do adolescente no momento atual, para melhor atendê-lo nos serviços de saúde.

O enfermeiro é um dos profissionais da equipe de saúde que quando instrumentalizado pode fazer a diferença na transformação da realidade do adolescente, sobretudo aqueles em vulnerabilidade social, pois é o profissional que busca o atendimento integral e multidisciplinar para garantir os direitos do adolescente.

REFERÊNCIAS

1. Gasparetto AS, Bonfim TA, Teston EF, Marcheti PM, Galera SAF, Giacon-Arruda BCC. Contexts of vulnerabilities experienced by adolescents: challenges to public policies. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(suppl-4):e20190224. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0224>
2. Souza LB, Aragão FBA, Cunha JHS, Fiorati RC. Intersectoral actions in decreasing social inequities faced by children and adolescents. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2021;29:e3427. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4162.3427>
3. Silva MAI, Mello FCM, Mello DF, Ferriani MGC, Sampaio JMC, Oliveira WA. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. *Ciêns Saúde Coletiva.* 2014;19(2):619-27. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.22312012>
4. Hockenberry MJ, Wilson D. Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014.1142p
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017[cited 2020 Apr 15]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf
6. Brasil KCTR, Almeida SFC, Amparo DM, Pereira AMR. Adolescência, violência e objetos culturais: uma intervenção entre o educativo e o terapêutico no espaço escolar. *Estilos Clin [Internet].* 2015[cited 2020 Apr 15];20(2):205-25. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v20n2/a04v20n2.pdf>
7. Ministério da Saúde (BR). Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014[cited 2022 Jan 4]. 60p. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf



8. Ministério da Saúde (BR). Saúde do adolescente: competências e habilidades. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008
9. Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal: um enfoque psicanalítico. Editora Artmed, São Paulo, 2003
10. Tanure MC; Pinheiro AM. SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. 298 p.
11. Silva S, Novais DS, Luna D, Araújo E. Sistematização da assistência de enfermagem ao adolescente: consulta de enfermagem. Rev Enferm UFPE. 2007;1(1):1-11. <https://doi.org/10.5205/reuol.1374-9050-1-LE.0101200701>
12. Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde. Caderneta de Saúde do Adolescente. Caderneta menino. Caderneta menina. 2012.
13. Secretaria da Saúde de São Paulo. Manual Técnico: Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde. 4. ed. São Paulo: SMS; 2015. 136p.
14. Garcia TR. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: Aplicação à realidade brasileira, inclui a tradução da CIPE® Versão 2013. Artmed Editora; 2015.
15. Oliveira TC, Carvalho LP, Silva MA. O enfermeiro na atenção a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Rev Bras Enferm. 2008;61(3):306-11.
16. Carvalho AMC, Andrade EMLR, Nogueira LT, Araújo TME. HPV Vaccine adherence among adolescents: integrative review. Texto Contexto Enferm. 2019;28:e20180257. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0257>
17. Cerqueira-Santos E, Koller SH. Sexual risk-taking behavior: the role of religiosity among poor Brazilian youth. Univ Psychol. 2016;15(4):1-9.
18. Ruiz-Palmero J; Sánchez-Rodríguez J, Trujillo-Torres JM. Utilización de Internet y dependencia a teléfonos móviles en adolescentes. Rev Latino Am Cienc Soc Niñez Juv. 2016;14(2):1357-69. <https://doi.org/10.11600/1692715x.14232080715>
19. Bauman, Z. Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001. 280p

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c14>

CONSULTA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA CRIANÇA EM VULNERABILIDADE SOCIAL

Soraia Buchhorn^I

ORCID: 0000-0001-7800-6136

Mônica Lá-Salette da Costa Godinho^{II}

ORCID: 0000-0003-3332-547X

Ana Paula Dias França Guareschi^I

ORCID: 0000-0003-2739-3118

Joyce Justino^{III}

ORCID: 0000-0002-2632-4383

Cíntia Silva^{III}

ORCID: 0000-0002-8894-6874

^I Universidade Federal de São Paulo.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Alfenas.
Alfenas, Minas Gerais, Brasil.

^{III} Instituto Nacional de Tecnologia em Saúde.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autora Correspondente:

 Soraia Buchhorn
soraia.buchhorn@unifesp.br

Como citar:

 Buchhorn SMM, Godinho MSC, Guareschi APF, Ribeiro C, Justino JCS. Consulta de Enfermagem na Saúde da Criança em Vulnerabilidade Social. In: Souza ES, Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 2. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 137-46
<https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c14>

 Revisora: Adriana Olímpia Barbosa Felipe.
Universidade Federal de Alfenas.
Alfenas, Minas Gerais, Brasil.

INTRODUÇÃO

A consulta de enfermagem em puericultura (CEP) é sem dúvida um momento de grande oportunidade de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, especialmente na Atenção Primária à Saúde, que é no Brasil a porta de entrada preferencial para crianças em vulnerabilidade social. Na Atenção Primária, a consulta de enfermagem da criança responde por grande parte dos atendimentos de puericultura, também denominada Pediatria Preventiva, que tem como alvo a criança sadia, para promoção da saúde e prevenção de doenças. Esse acompanhamento de saúde é de extrema importância na primeira infância, pois é uma das fases mais importantes da vida da criança. É nesse período que ocorrem o crescimento e desenvolvimento de processos vitais e a aquisição de habilidades mais complexas ⁽¹⁾.

Portanto, na CEP, é preciso considerar não apenas o crescimento e desenvolvimento da criança, mas também as suas condições de vida e sua vulnerabilidade social, ou seja, é preciso considerar as restrições da família em relação a acesso à saúde, tratamentos, educação, trabalho, tecnologias de saúde, lazer e cultura ⁽²⁾. Tais limitações podem estar associadas a um conjunto de desvantagens sociais que interferem na saúde e bem-estar, e até mesmo na sua sobrevivência. Apesar de alguma melhora, o Brasil ainda é considerado um país de alta vulnerabilidade social, com o índice de vulnerabilidade social (IVS) calculado com base em três dimensões: renda e trabalho, capital humano e infraestrutura urbana ⁽³⁾.

Há no país a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela portaria 1.130, de 2015, que objetiva no seu artigo 2º promover a saúde da criança, em especial as que estão na primeira infância e as populações de maior vulnerabilidade. A PNAISC estrutura-se em sete eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e



qualificar as atividades e os serviços de saúde da criança, sendo um deles a promoção e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral ⁽⁴⁾.

CONTEXTUALIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA

A CEP é embasada na lei 7.498/86, que regulamenta a consulta de enfermagem como privativa do enfermeiro, o qual, ao realizar a puericultura, contribui de modo significativo na saúde da criança. Está diretamente relacionada à promoção da saúde e prevenção de agravos. Tem alta acurácia e forte componente educativo, pois visa, dentre outras coisas, o empoderamento e preparo da família nos cuidados da criança ⁽⁵⁾. Assim, o enfermeiro desenvolve ações educativas práticas para melhor orientar as famílias ⁽⁶⁾.

A realização da CEP deve utilizar o processo de enfermagem conforme resolução COFEN 358/2009, segundo suas etapas: coleta de dados, identificação dos diagnósticos de enfermagem pertinentes às necessidades e potencialidades de saúde, planejamento e intervenção de enfermagem, avaliação das intervenções. Na consulta de enfermagem da criança, são avaliados a queixa principal, o motivo da procura do serviço de saúde, as situações de riscos para a saúde da criança, os fatores protetores, o crescimento e desenvolvimento da criança. A consulta de enfermagem da criança, por sua vez, objetiva também a detecção precoce de problemas de saúde, a prevenção e o tratamento de agravos prevalentes na infância, bem como a reabilitação e a promoção da saúde da criança ⁽⁶⁾.

Em todas as consultas, devem ser reavaliados os fatores de risco, fatores protetores e de vulnerabilidade, visto que podem mudar a qualquer tempo.

São considerados fatores de risco para a criança ao nascer:

- Baixo peso ao nascer (peso < 2.500g)
- Mãe com baixa escolaridade (menos de 8 anos de estudo)
- Residente em área de risco
- Asfixia grave (Apgar < 7 no 5º minuto)
- Prematuridade (<37 semanas de idade gestacional)
- Internação prévia ou intercorrências durante o nascimento
- Recém-nascido RN de mãe adolescente
- História de morte de crianças na família < 5 anos

Fatores de Risco adquiridos ou associados:

- Menor de 1 ano sem acompanhamento
- Egresso hospitalar
- Mãe/pai sem suporte familiar
- Mãe/pai usuário ou dependente de drogas ou de álcool
- Crianças com vacinas em atraso
- Crianças com história de atendimento frequente em unidades de urgência ou hospitais
- Criança com ganho de peso insuficiente ou em sobrepeso
- Crianças com sinais de anemia ou hipovitaminose A
- Crianças com doenças crônicas
- Criança vítima de violência ou maus tratos
- Criança explicitamente indesejada
- Crianças com diarreias



Há também fatores protetores:

- Afeto familiar
- Coesão comunitária
- Acesso a serviços de saúde com profissionais qualificados
- Imunização
- Aleitamento materno
- Percurso escolar
- Rede de cuidados
- Proteção social

Sugere-se o uso de instrumentos durante a CEP para a análise e o registro das informações, tais como roteiros, genograma, ecomapa, prontuários, caderneta de saúde, entre outros. A caderneta de saúde da criança, por sua vez, é uma boa ferramenta para a atividade educativa, pois contém várias informações destinadas às famílias: informações sobre alimentação da criança, incentivo ao aleitamento materno, calendário de vacinação, informações sobre crescimento e desenvolvimento, bem como sobre cuidados de higiene e agravos à saúde ⁽⁶⁾.

Recomenda-se um esquema mínimo de atendimento na CEP: primeira semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês, 12º mês, 18 meses e 24 meses. Anualmente, o atendimento pode ser feito a partir dos 2 anos^{5,6}. Indica-se um tempo mínimo de consulta de enfermagem em saúde da criança: primeira consulta em 60 minutos; consulta de retorno, 30 minutos; urgência, de 15 a 30 minutos; e avaliação específica em 15 minutos ⁽⁵⁾.

A CEP é uma atividade reconhecida pelos enfermeiros como necessária, para o acompanhamento da saúde das crianças, sobretudo, na Atenção Primária. O enfermeiro, para realizar uma CEP adequada, precisa da competência, habilidade e atitude esperada para sua execução.

Apesar da existência de políticas públicas que apoiem os direitos da criança, a consolidação da promoção da saúde na consulta de enfermagem e a relevância da puericultura de modo geral, ainda são vislumbrados desafios na implementação da assistência a essa população. A formação deficitária de enfermeiros na consulta de enfermagem na puericultura tem sido um dos aspectos desafiadores. Nesse sentido, os enfermeiros têm apresentado dificuldade no conhecimento sobre avaliação antropométrica, na mensuração do peso/altura, nos registros dos gráficos de crescimento, na prática da anamnese e do exame físico pediátrico, nas ações de acolhimento, na realização da escuta qualificada e no incentivo ao vínculo entre mães/cuidadores e profissionais de saúde, além de outros tópicos como amamentação, prevenção de acidentes, imunização, visita domiciliar e suplementação de ferro e vitamina A⁽⁸⁾.

Diante desse contexto, a proposta de resolutividade é a revisão dos currículos dos cursos de graduação em enfermagem, propiciando mais experiências do estudante na teoria e na prática sobre a Consulta de Enfermagem em Puericultura (CEP).

ESPECIFICIDADES DA CEP DA CRIANÇA COM VULNERABILIDADE SOCIAL

No contexto do atendimento à criança e sua família em situação de vulnerabilidade social, alguns pontos devem ser considerados na CEP:

- Integração da equipe de saúde para o acompanhamento das condições sociais
- Orientações de saúde e nutricionais de acordo com a realidade financeira da família
- Encaminhamento da família ao serviço social para apoio na aquisição dos benefícios sociais governamentais
- Articulação com as instituições parceiras da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde no acolhimento das demandas dessa família.



BASES TEÓRICAS PARA O ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS

Atualmente, pode-se dizer que houve um grande avanço no entendimento do direito das crianças em ter suas demandas atendidas, que em parte são diferentes do adulto, pois se trata de um ser em formação, isto é, as crianças têm necessidades essenciais para seu crescimento e pleno desenvolvimento. Para Bronfenbrenner, o desenvolvimento da criança envolve não apenas uma resposta aos estímulos ambientais, mas há também a interferência da criança em seu próprio desenvolvimento, por meio de suas habilidades, características biológicas e sociais, pelo seu temperamento, potencialidades e deficiências⁽⁹⁾.

Thomas Berry Brazelton e Stanley Greenspan propuseram sua teoria baseada na ideia de que crianças têm necessidades básicas físicas, sociais e emocionais indissociáveis. Tais necessidades, quando não satisfeitas em tempo hábil, podem ser responsáveis por problemas no desenvolvimento da criança, ocasionando alterações significativas na vida do indivíduo adulto¹⁰. Portanto, o investimento para suprir as necessidades básicas da criança corrobora a formação de pessoas, isto é, cidadãos mais aptos a construir e a viver em uma sociedade mais economicamente sustentável, mais cooperativa, menos violenta e, por que não dizer, mais produtiva⁽¹⁰⁾.

É preciso entender que tais crescimento e desenvolvimento transcendem a ideia meramente biológica, postulando que as crianças necessitam de afeto, experiências sociais e coletivas e, sobretudo, interação familiar, independentemente de sua classe socioeconômica. A proposta é não se pautar apenas por fatores biológicos, mas também da experiência.

Nessa perspectiva, já são reconhecidas as consequências da privação das necessidades às crianças. Acredita-se, então, que as crianças devem receber cuidados que propiciem seu completo crescimento e desenvolvimento, alcançando de todo seu potencial físico, intelectual, social e emocional^(10,11). Tais demandas devem ser atendidas para que a criança seja um sujeito de direitos, isto é, usufrua dessa condição, sem distinção de sua condição socioeconômica, raça, religião da família e constituição física. São elas:

- **Necessidades de relacionamentos sustentadores contínuos:** a criança necessita de relações afetuosas e sustentadoras para garantir o pleno desenvolvimento do sistema nervoso central. A aprendizagem e a capacidade de relacionar-se dependem desse sistema. Uma vez atendida essa necessidade, a criança terá grandes chances de se tornar um adulto seguro do ponto de vista emocional
- **Necessidade de proteção física, segurança e regulamentação:** essa necessidade envolve a sobrevivência da criança, isto é, a manutenção da integridade física e fisiológica. Constitui a manutenção da integridade corporal e o tratamento dos agravos à saúde. Garante a segurança física da criança e inclui os cuidados que lhe são prestados
- **Necessidade de experiências que respeitem as diferenças individuais:** atender a essa necessidade significa respeitar as diferenças das crianças em suas habilidades e competências, em cada fase de seu desenvolvimento, considerando, sobretudo, o temperamento da criança e suas particularidades. O desenvolvimento normal contempla tais singularidades
- **Necessidade de experiências adequadas a seu desenvolvimento:** é preciso oferecer à criança experiências compatíveis com seu desenvolvimento, que sejam gradativas e contribuam na aquisição das habilidades de forma gradual e progressiva
- **Necessidade de estabelecimento de limites, organização e expectativas:** a disciplina deve ser colocada em meio afetuosos, de modo a desenvolver na criança a confiança, a empatia e o vínculo. O convívio social depende muito da satisfação dessa necessidade
- **Necessidade de comunidades estáveis e amparadoras de continuidade cultural:** traz a ideia de grupo, de pertencer a um determinado grupo social. Permite à criança entender o significado da interação e, sobretudo, o sentimento de pertencer a um grupo, seja familiar ou comunitário



A IMPORTÂNCIA DA INTERAÇÃO DO PROFISSIONAL COM A FAMÍLIA

É por meio da interação do profissional com a criança e sua família que se estabelece a confiança e o vínculo, imprescindíveis a um atendimento de qualidade. Tal interação consiste em atitudes simples, porém bastante efetivas, como valorizar os saberes e as opiniões da família/mãe/pai, reconhecer as vivências das famílias nas várias situações de saúde, favorecer a escuta qualificada, colocar-se do lado do outro, valorizar o diálogo e, sobretudo, considerar o cuidador da criança como protagonista do plano assistencial.

Nesse processo de interação, é preciso ainda que o profissional evite atitudes de culpabilização e julgamento com relação aos comportamentos ou cuidados das mães ou do cuidador da criança, tentando não impor seus conhecimentos em detrimento ao cuidado da mãe/cuidador. É importante demonstrar respeito a valores, decisões e modos de cuidar do outro, mesmo que sejam diferentes do esperado ou considerado como evidência científica naquele momento ou situação⁽⁶⁾. É importante procurar entender as razões e os sentimentos que os levaram a tomar tais decisões ou atitudes. Mostrar-se empático, compreensivo e atento às dificuldades e dúvidas seria um caminho viável para aprimorar a interação com a família e a criança.

Conhecer a realidade familiar da criança é de extrema importância para a promoção e proteção da saúde da criança. Isso quer dizer que é preciso conhecer a estrutura e os relacionamentos familiares, os fatores geradores de vulnerabilidades, os fatores de risco, os fatores protetores, o contexto socioeconômico e cultural da família.

ETAPAS DA CEP UTILIZANDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM

Coleta de dados (histórico de enfermagem e exame físico)

Consiste na realização da observação, interpretação de exames, entrevista e realização do exame físico da criança. Na observação, o enfermeiro deve estar atento às condições de higiene da criança, à demonstração de relação afetuosa ou não com a mãe ou cuidador, além de alguma atividade ou ação que a criança realiza no momento do atendimento.

Entrevista

A entrevista é uma forma direcionada específica de comunicação. Deve ser planejada quanto ao tempo e pode ser guiada por um roteiro específico. A entrevista visa, no caso da CEP, obter informações sobre a família e a criança. É importante, porém, estabelecer um ambiente favorável à comunicação, no qual o profissional de saúde, a criança e a família se sintam confortáveis para conversar¹², nunca excluindo a criança da conversa.

O primeiro passo é a apresentação adequada do profissional, sendo importante que ele se apresente e pergunte o nome de todos os familiares presentes e o da criança. É necessário manter uma forma respeitosa ao se dirigir aos adultos e à criança. Deve ser garantida sempre a privacidade e a confidencialidade das informações, explicando sobre os limites dessa confidencialidade. Afinal, as informações serão registradas em prontuário e, assim, compartilhadas com outros membros da equipe de saúde. Todas as informações relatadas e observadas devem constar no prontuário, além de outras situações como violência, negligência e abuso contra a criança. Outro aspecto importante a ser sempre lembrado é a adequação da linguagem, pois é preciso certificar-se que o adulto ou a criança/adolescente esteja entendendo as perguntas. Caso contrário, as informações obtidas não serão verdadeiras ou talvez incompletas.

A escuta da criança e da família também é um outro ponto de extrema importância em todos os atendimentos à criança, especialmente na CEP. Escutar é uma habilidade a ser desenvolvida por todos os profissionais da saúde, sendo que, quanto mais qualificada e empática for essa escuta, maiores serão as chances de se conseguir informações precisas e verdadeiras. Há momentos, porém, que é preciso encorajar os pais a falarem ou mesmo trazê-los ao foco da entrevista, quando muito dispersos. Estar atento aos sinais que bloqueiam a



comunicação também pode ajudar no momento da entrevista. Há alguns sinais de barreira de comunicação relacionados ao profissional: dar conselhos irrestritos e sem que se peça, usar clichês ou comentários estereotipados e falar mais que o familiar entrevistado. Em relação ao familiar ou a criança/adolescente, observam-se: bocejar, olhar em volta, interrupções súbitas, longos períodos de silêncio e tentativa de mudar de assunto.

Informações importantes a serem coletadas na entrevista^{(12),(13)}:

- Dados de identificação: nome da criança, nome dos pais, endereço e religião
- Escolaridade da mãe
- Queixa principal ou razão da procura do serviço
- História familiar de saúde
- Condições de moradia e saneamento
- História do nascimento da criança: informações do pré-natal e período perinatal, além de verificar se foi uma gravidez planejada ou aceita
- Hábitos e rotina da criança: sono, eliminações, alimentação, higiene, atividades, lazer e brincadeiras habituais
- Uso de medicamentos, vitaminas ou suplementos
- História vacinal da criança
- Rotina diária da criança
- Dinâmica familiar
- Preocupações da família em relação à criança

Em muitos serviços, as informações são coletadas também nas visitas domiciliares, devendo ser atualizadas nos atendimentos subsequentes.

Exame físico

O exame físico da criança deve ser iniciado se possível no colo da mãe ou cuidador. Quando se for examinar mais de uma criança num mesmo atendimento (muito comum nas visitas domiciliares), é interessante começar a examinar pela criança mais colaborativa. Muitas vezes, as crianças mais velhas são as mais colaborativas, por compreenderem melhor as explicações sobre os procedimentos do exame físico e seus objetivos. É importante permitir que a criança pegue os equipamentos quando possível e também se expresse durante a execução do exame físico. Ela deve encontrar abertura do profissional para responder as suas dúvidas. O exame físico pode ter sua sequência de execução alterada por oportunidade de área de exame ou cooperação da criança. Um exemplo é iniciar o exame pelas ausculta, lembrando sempre que áreas afetadas devem ser deixadas para examinar por último. Porém, o exame físico deve ser registrado no prontuário de forma sequencial e no sentido cefalocaudal.

É importante no exame físico que o profissional de saúde esteja preparado para minimizar o estresse da criança durante todo atendimento. Nesse cenário, os brinquedos e livros infantis são importantes ferramentas para alívio ou melhora do estresse ocasionado pelo atendimento em saúde.

Deve-se utilizar as técnicas propedêuticas (inspeção, ausculta, percussão e palpação) apropriadas para as crianças nas suas diferentes faixas etárias. Durante o exame físico, o profissional deve adotar uma postura firme, porém afetuosa, falar em voz baixa e de forma clara, utilizando vocabulário adequado às várias faixas etárias, conforme descrito abaixo.

Abordagem do profissional para minimizar o estresse durante o exame físico por faixa etária:

- 0 a 6 meses: abordar o bebê de forma tranquila, permitindo que fique no colo da mãe/pai o tanto quanto possível. Diminuir os desconfortos físicos (frio, fome, dor, barulho, posição). Evitar a exposição desnecessária do bebê durante o exame, ou seja, remover as roupas por partes durante o exame físico



- 6 a 12 meses: diminuir o desconforto físico (frio, fome, sono, dor, barulho, posição). Permitir que o bebê fique com sua chupeta ou outro objeto familiar. Realizar otoscopia e oroscopia no final, bem como exames restritivos, a exemplo de verificação da estatura ou temperatura
- 1 a 3 anos: abordar a criança de forma gradual, com a mãe/pai no campo de visão da criança. Utilizar jogos e brinquedos. Permitir o manuseio dos equipamentos sempre que possível. Pode ser útil fazer demonstrações em bonecos antes de examinar a criança. Deixar avaliações intrusivas e restritivas para o final
- 3 a 6 anos: permitir que a criança fique perto dos pais. Permitir que a criança retire as próprias roupas. Permitir que a criança brinque com os equipamentos se possível. Deixar avaliações intrusivas e restritivas para o final
- 7 a 12 anos: explicar o exame e os equipamentos utilizados. Falar sobre o funcionamento do corpo e sobre os achados da sua avaliação. Realizar exame de genitália na presença dos pais ou de outro profissional por medida de segurança da criança e do profissional. Indicar quando e como ela pode ajudar no exame
- Adolescentes: explicar o exame e sua finalidade. Permitir que o adolescente se expresse e pergunte, se houver dúvidas durante o exame. Deixar que o adolescente opte pela presença ou não dos pais. Realizar o exame com a máxima descrição, informando sobre os achados, a fim de tranquilizar e diminuir temores. Realizar exame da genitália na presença dos pais ou de outro profissional por medida de segurança do adolescente e do profissional. Informar sobre os achados do exame físico de modo claro, objetivo e em linguagem acessível para o adolescente.

Diagnóstico de Enfermagem

Trata-se do julgamento clínico do enfermeiro, considerando os dados coletados. Pode ser expresso por uma afirmativa diagnóstica, preferencialmente pertencente a uma padronização de diagnósticos de enfermagem, como por exemplo taxonomia II NANDA-I e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), as mais comumente utilizadas no Brasil. Os diagnósticos identificados podem ser problemas/agravos reais, potenciais e de promoção à saúde.

Consideram-se de fundamental importância o desenvolvimento e a utilização de uma terminologia padronizada para descrever e documentar a prática da enfermagem, uma vez que contribuem para testar os conhecimentos específicos da enfermagem e, então, consolidá-los como científicos. Facilitam também o registro e a comparação das informações para fins de pesquisa. Dentre outros benefícios, há a melhoria da qualidade da assistência na saúde da criança.

Ainda como material de apoio no uso dos diagnósticos, existem os chamados catálogos CIPE® ou subconjuntos terminológicos, que são, na verdade, subconjuntos de termos da CIPE® utilizados em uma determinada área da enfermagem. Compõe-se de termos específicos para diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, cujo objetivo é suprir a necessidade de sistematização da assistência em áreas específicas da enfermagem, como no caso da saúde da criança⁽¹³⁾.

Por sua vez, a CIPE® propõe uniformizar e estabelecer uma linguagem comum que represente a prática de enfermagem mundial. Tal uniformização da linguagem propicia a denominação, classificação e ligação dos fenômenos que a enfermagem pratica, isto é, o que os enfermeiros fazem, com relação às respostas humanas, para produzir determinados resultados¹⁴. A CIPE® serve de instrumento de informação e também para ampliar a visibilidade da enfermagem nos abrangentes sistemas de saúde. Deve ser usada para descrever e integrar a enfermagem em pesquisa, ensino, administração, gerenciamento e, também, no desenvolvimento de políticas públicas em saúde. Facilita ainda a implantação e o uso de sistema informatizado de registros de pacientes.

Independente do uso de uma padronização, os diagnósticos de enfermagem devem ser listados por ordem de prioridade em relação à ameaça do bem estar da criança^(7,11).



Planejamento e Intervenção de Enfermagem

Em função dos diagnósticos encontrados e priorizados, o enfermeiro deve fazer seu planejamento de cuidados. Todas as intervenções e prescrições devem ser discutidas com a família, a fim de oportunizar um planejamento de cuidado conjunto e, portanto, mais coerente com os recursos e as expectativas de ambas as partes, família e profissional. Intervenções são consideradas o conjunto de ações a serem executadas e posteriormente avaliadas. Podem ser procedimentos, técnicas (curativos, punções etc.) ou também orientações e encaminhamentos. Como já dito, é importante construir as intervenções junto com a família, pois isso pode não só melhorar a adesão à terapêutica instituída, como também aproximar o profissional da realidade da família atendida, favorecendo o vínculo terapêutico. Podem ser utilizadas a CIPE[®] e a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).

As orientações antecipadas, por sua vez, são frequentemente interessantes para os pais, pois os deixam mais tranquilos com o desenvolvimento da criança ou a evolução esperada para o caso clínico da criança.

Nas consultas de puericultura na Atenção Primária de Saúde, em geral, são realizadas ações consideradas de rotina⁽⁷⁾:

- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento
- Orientação quanto à alimentação saudável de acordo com a idade
- Orientação sobre prevenção de acidentes (injúrias não intencionais)
- Prescrição e orientação na suplementação de ferro e vitaminas
- Acompanhamento do cronograma de imunização
- Orientações sobre o comportamento da criança por idade
- Orientações sobre sono da criança
- Orientações sobre higiene e cuidados gerais com as crianças
- Orientações sobre parentalidade e afeto na família
- Encaminhamentos a outros profissionais, tais como dentistas, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e fisioterapeutas
- Orientações a respeito das questões de saúde sobre crianças que frequentam escolas e creches
- Orientações sobre uso de fraldas ou treino de retirada de fraldas
- Orientações sobre os direitos e deveres da criança
- Orientações sobre programas sociais e acesso à educação

Avaliação das intervenções de enfermagem

Todas as intervenções devem ser avaliadas. Há várias maneiras de se avaliar uma intervenção: relato da criança ou da família; melhora, piora ou ausência dos sinais e sintomas iniciais; ou ainda mudança positiva ou negativa da situação de saúde anterior. Nessa etapa do processo de enfermagem, o enfermeiro tem a oportunidade de avaliar a eficiência de suas prescrições e ações em relação aos resultados esperados ou às novas necessidades que surgirão em função de uma ação ou prescrição. Nessa etapa, é possível a utilização da CIPE[®] e também da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).

Finalização do atendimento e dos registros

Na finalização do atendimento, é preciso que o profissional pergunte se a mãe/pai ou cuidador tem alguma dúvida ou se necessita de alguma informação antecipada. Elogiar e agradecer a cooperação da criança e a participação da família naquele atendimento é muito importante, pois demonstra respeito e consideração⁽¹³⁾. Devem ser registrados no prontuário da criança todos os fatos observados ou narrados, de forma clara, legível



e objetiva, conforme a Resolução 514/2016⁽¹⁵⁾. O registro não deve incluir julgamentos pessoais ou opiniões do profissional. Deve-se, além disso, evitar descrever algo realizado por outro profissional¹³. O prontuário da criança, além dos registros de todos os atendimentos, deve conter os gráficos para registro de perímetro cefálico, peso, estatura e índice de massa corporal. É importante arquivar ou registrar todos os resultados de exames complementares e o cartão espelho das vacinas. A caderneta da criança deverá sempre ser preenchida em todos os atendimentos.

RECURSOS NECESSÁRIOS PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA PUERICULTURA

Os recursos humanos configuram-se por enfermeiros capacitados em saúde da criança, sistematização da assistência de enfermagem, educação em saúde e comunicação com a família.

Recursos físicos e materiais definem-se por um local com área aproximadamente de 09 metros quadrados ou maior e com boa iluminação. É preciso que esse local disponha de uma pia, sabão e toalha de papel para a higienização das mãos, com pisos e paredes laváveis. As janelas devem ter telas e proteção para controle de ruídos. Quanto aos móveis, materiais de consumo e equipamentos, são necessários os seguintes instrumentos: mesa para exame; colchão ou colchonete para exame; balanças, cadeiras, mesa para anotações; lixeiras com tampas; negatoscópio; foco de luz ajustável; otoscópio, oftalmoscópio; lanterna de bolso; termômetro; calculadora; lençóis descartáveis; aquecedor/ventilador; caixa de luvas de procedimento; tesoura sem ponta; gaze e algodão; abaixadores de língua descartáveis; régua antropométrica; estetoscópio pediátrico; esfigmomanômetro com manguitos apropriados para cada faixa etária; e brinquedos laváveis (e que não soltem peças). Além disso, devem constar os materiais instrucionais como, por exemplo, álbum seriado com imagens de cuidados, impressos com os instrumentos (tabelas, roteiros, protocolos e também a agenda de consultas). Computadores também podem ser utilizados no consultório, sobretudo se o serviço utilizar o prontuário eletrônico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consulta de enfermagem, por ser uma atividade bem definida, resolutiva e eficiente, pode trazer grande impacto nas práticas de saúde das famílias e também nas comunidades vulneráveis. Possibilita o exercício do respeito à criança como sujeito de direitos. Cabe ainda dizer que garantir condições para que as crianças tenham seu pleno crescimento e desenvolvimento é preocupar-se com a proteção dos direitos das pessoas em formação. Isso é requisito para torná-las sujeitos de direitos com capacidade plena para o exercício de sua cidadania.

REFERÊNCIAS

1. Lima BS, Alves FQ. Fatores sócio culturais que interferem na adesão à consulta de puericultura: relato de experiência. Rev Semanas Acad ULBRA [Internet]. 2017[cited 2021 Jun 15];4(6). Available from: <https://www.ulbracs.com.br/index.php/rsa/article/view/1001>
2. Alavarenga CG, Patrocínio, LB, Barbi L. Discutindo projetos de vida com crianças e adolescentes em vulnerabilidade social. Desidades [Internet]. 2021[cited 2021 Sep 06];29:186-99 . Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/desi/n29/n29a12.pdf>
3. Christoffel MM, Gomes ALM, Souza TV, Ciuffo LL. Children's (in)visibility in social vulnerability and the impact of the novel coronavirus (COVID-19). Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl-2):e20200302. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0302>
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. 2015[cited 2021 Sep 06]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html



5. Fujimori E, Ohara CVS, organizadoras. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. Barueri: Manole; 2009. 548p
6. Moreira MDS, Gaiva MAM. Promoção da saúde infantil na consulta de enfermagem. In: Gaiva MAM, Oliveira BRG, Mandetta MA. (Org.). Proenf- Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde da criança e do Adolescente. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana; 2016. p. 9-36.
7. Oliveira RG. Puericultura. In: Oliveira RG. Blackbook Enfermagem. Belo Horizonte: Blackbook; 2016. p82-97.
8. Vieira, DS et al. Ações implementadas por enfermeiros na consulta de puericultura: revisão integrativa da literatura. Rev Enferm Atual. 2018[cited 2021 Sep 06];86(24). Available from: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/137>
9. Bronfenbrenner, U. Bioecologia do desenvolvimento humano. Tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artmed; 2011.
10. Brazelton TB, Greespan SI. As necessidades essenciais da criança: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Porto Alegre: Artmed; 2002.
11. Veríssimo MLÓR, Sigaud CHS, Rezende MA, Ribeiro MO. O cuidado e as necessidades de saúde da criança. In: Fujimori E, Ohara CVS, organizadoras. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. São Paulo: Manole, 2009. p.91-12.
12. Hockenberry, MJ. Comunicação e Avaliação da criança. In: Hockenberry, MJ .Wilson, D. Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica. 9ª.Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014 p.85-139
13. Lins SMSB, Santo FHE, Fuly PSC. Catálogo baseado na classificação internacional para a prática de enfermagem em insuficiência cardíaca: estudo descritivo. Online Braz J Nurs. 2011;10(2). <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20113260>
14. Conselho Internacional de Enfermagem. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2.0. Comitê Internacional de Enfermeiros. São Paulo: Editora Algor; 2011.
15. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução Cofen nº 514/2016. Aprova o Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem [Internet]. Brasília: Cofen; 2016 [cited 2021 Jun 10]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c15>

SAÚDE MENTAL DAS GESTANTES NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19: REVISÃO INTEGRATIVA

Chesney Mota Oliveira¹

ORCID: 0000-0001-5173-035

Ilária Amaral Da Conceição Fernandes¹

ORCID: 0000-0002-1912-5765

Suzana Macedo Peixoto¹

ORCID: 0000-0001-5848-6582

Aisiane Cedraz Moraes¹

ORCID: 0000-0001-9547-6914

Rita de Cássia Rocha Moreira¹

ORCID: 0000-0002-9456-037X

¹Universidade Estadual de Feira de Santana.
 Feira de Santana, Bahia, Brasil.

Autora Correspondente:

 Chesney Mota Oliveira
chesneymota@gmail.com

Como citar:

Oliveira CM, Fernandes IAC, Peixoto SM, Moraes AC, Moreira RCR. Saúde mental das gestantes no contexto da pandemia da COVID-19: revisão integrativa. In: Souza ES, Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 2. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 147-54 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c15>

Revisor: João Daniel Guimarães Oliveira.
 Universidade Estadual de Feira de Santana.
 Feira de Santana, Bahia, Brasil.

INTRODUÇÃO

O aparecimento de um novo coronavírus – detectado pela primeira vez em Wuhan, na China (final de 2019) – impactou o mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) viria a declarar estado de pandemia três meses depois (no dia 11 de março de 2020), devido à rápida disseminação do vírus entre os países e às altas taxas de morbidade e mortalidade⁽¹⁾. É causador da COVID-19 (Coronavirus Disease 2019), uma doença altamente contagiosa que apresenta febre, tosse seca e dispneia como sintomas iniciais^(2,3), cuja disseminação se dá, principalmente, através de gotículas respiratórias que contêm o vírus⁽³⁾.

Como consequência, governos e autoridades da saúde pública implementaram medidas de biossegurança, as quais incluíram distanciamento espacial, isolamento e até medidas de bloqueio parcial e total da circulação de pessoas, tudo isso para tentar conter a propagação do vírus^(4,5). Além de impactos nos sistemas de saúde e na economia, a pandemia ocasionou reações negativas imediatas nos pacientes, com efeitos físicos e mentais, afetando adversamente a saúde de milhares de pessoas, com aumento dos sintomas de ansiedade e depressão^(4,5,6).

Alguns grupos foram considerados mais vulneráveis diante do contexto da pandemia, como as mulheres grávidas⁽²⁾. Pressupõe-se que as gestantes, por apresentarem uma supressão do sistema imunológico durante a gravidez, são mais suscetíveis à infecção pela COVID-19, o que representa um risco maior para esse grupo^(2,7). Além disso, as gestantes podem apresentar níveis mais altos de sofrimento durante a ocorrência de surtos de doenças infecciosas, sendo particularmente afetadas pela pandemia no aspecto da saúde mental. Outra questão, relacionada à pandemia, refere-se aos potenciais efeitos adversos a longo prazo no ambiente intrauterino, os quais podem influenciar diretamente no desenvolvimento fetal^(5,6).



Para as mulheres grávidas, a pandemia acarretou mudanças em relação ao acesso aos serviços de saúde e procedimentos de cuidados de maternidade. Estes, combinados com as preocupações decorrentes da COVID-19, impactaram significativamente nas respostas comportamentais das mulheres⁽⁸⁾. As gestantes apresentaram uma ocorrência maior de sofrimento psicológico quando comparadas às mulheres fora do contexto da pandemia⁽⁹⁾.

A ansiedade, a depressão e o estresse pré-natal decorrentes das preocupações com uma possível contaminação podem acarretar resultados adversos ao nascimento, como aborto, parto prematuro, baixo peso ao nascer e morte fetal. Além disso, resultados prejudiciais ao desenvolvimento neurológico – problemas emocionais, comportamentais e cognitivos – podem vir a afetar mais esses filhos do que aqueles de outras mães^(5, 9).

Devido à incerteza gerada pelo contexto pandêmico e ao impacto nas mulheres grávidas, torna-se relevante a investigação dos efeitos decorrentes da pandemia para esse grupo específico, delimitando-se, aqui, os problemas relacionados à saúde mental. Assim, questiona-se: quais as evidências científicas sobre o impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental de gestantes?

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo identificar as evidências científicas sobre o impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental de gestantes.

METODOLOGIA

Este estudo é de revisão integrativa, com abordagem exploratória, descritiva e qualitativa, realizado no período de janeiro de 2021 a fevereiro de 2021. A revisão integrativa de literatura apresenta reputação internacional na pesquisa em enfermagem e na prática baseada em evidências. É um método que permite sintetizar o conhecimento acumulado, inter-relacionar resultados de estudos anteriores de forma crítica (para produzir um novo conhecimento) e incorporar a aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática⁽¹⁰⁾.

Assim sendo, a revisão integrativa é o caminho metodológico mais amplo no que se refere às revisões, pois permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para a compreensão completa do fenômeno analisado, além de combinar dados da literatura teórica e empírica e incorporar propósitos tais como definir conceitos, revisar teorias e evidências e analisar problemas metodológicos de um tópico particular⁽¹¹⁾.

Para a construção deste estudo, foram realizadas seis etapas⁽¹²⁾: realização da identificação do tema e seleção da pergunta-problema; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; e, por fim, síntese do conhecimento.

A coleta de dados foi realizada a partir de um levantamento das produções científicas disponíveis na PUB-COVID19, plataforma que possibilita uma busca de artigos indexados por temas específicos e relacionados à COVID-19. Para tanto, utilizamos um filtro sobre a temática referente ao impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental das gestantes, selecionando as publicações de 2020 e 2021. Como critérios de inclusão, os artigos deveriam estar escritos em português, inglês ou espanhol, com conteúdo disponível na íntegra e gratuitamente. Os critérios de exclusão foram os seguintes: estudos de revisão, relatos de caso, cartas e comentários.

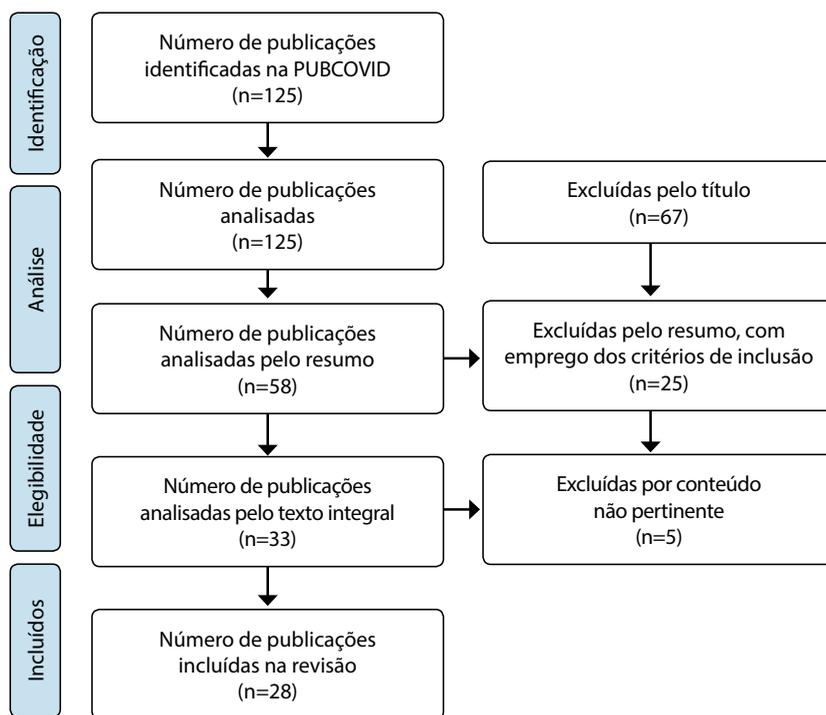
Na busca, utilizaram-se os descritores “Ginecologia e Obstetrícia”, “Reprodução”, “Gravidez” e “Saúde Mental”, com boleano *and*, o que resultou em 125 publicações. Desse total, foram selecionadas 58 publicações, sendo que, após a leitura dos títulos e dos resumos, 33 artigos foram escolhidos para a leitura na íntegra. Após essa etapa, cinco artigos foram excluídos por não apresentarem conteúdo pertinente, finalizando a composição do *corpus* de análise com 28 publicações para a revisão. Para escolha e seleção dos artigos, foi desenvolvido um Fluxograma de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA) (Figura 1).

Na fase de análise dos estudos incluídos nesta produção, foi realizada uma leitura criteriosa dos títulos, seguida dos resumos de todas as publicações localizadas pela estratégia de busca, a fim de verificar a adequação aos critérios. Em seguida, foi realizada a leitura na íntegra de cada estudo pré-selecionado, conforme a Figura 1.



Como instrumento de coleta, foi utilizada uma tabela com título do texto, nome dos autores, ano da publicação e revista publicada, objetivo, método, principais resultados e conclusões. As publicações foram selecionadas a partir de uma leitura classificatória dos títulos, resumos e, posteriormente, do texto completo.

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin, a qual permite a categorização dos resultados obtidos a partir da leitura e releitura dos artigos⁽¹³⁾. Emergiram as seguintes categorias: transtornos mentais comuns - depressão e ansiedade; sentimentos decorrentes da pandemia; fatores de risco e de proteção à saúde mental.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Figura 1: Fluxograma PRISMA de seleção dos estudos que constituiram a amostra

Por se tratar de uma pesquisa bibliográfica, não foi necessário submetê-la ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). Porém, houve o comprometimento em assegurar os aspectos éticos, garantindo a autoria dos artigos pesquisados de acordo com a Lei nº 9.610/98.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados registros de transtornos mentais comuns, a exemplo de depressão (25 artigos) e ansiedade (28 artigos), além de diversos sentimentos e situações emocionais frequentes, como estresse (10 artigos), medo (10 artigos), preocupação, angústia (2 artigos), sofrimento (1 artigo), traços obsessivos compulsivos (1 artigo), estresse pós-traumático (4 artigos) e outros que abordavam mudança de rotina, suporte social e acesso à informação. A partir dessa análise, demarcamos as categorias em três blocos: transtornos mentais comuns; sentimentos frequentes; e fatores de risco e proteção. Os artigos utilizaram, em suas respectivas metodologias, questionários ou formulários com preenchimento online, assim como escalas para medir o nível de ansiedade e depressão.



TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS: DEPRESSÃO E ANSIEDADE

Durante a gestação, a mulher vivencia profundas mudanças físicas, hormonais e psicológicas, o que a torna vulnerável, podendo contribuir para o desenvolvimento de transtornos emocionais, como o surgimento de certos graus de estresse, ansiedade ou depressão⁽¹⁴⁾.

A depressão é um estado geral de inibição, que prejudica as ações. Em contrapartida, a ansiedade é um estado geral de alerta e motiva as pessoas a agirem. A depressão é uma condição especialmente comum durante a gestação e o puerpério, tendo sua prevalência de cerca de 15,6% durante a gravidez e de 19,8% no período de pós-parto^(2, 15).

Na gestação, a depressão pode ser acompanhada de várias consequências, tanto físicas como emocionais, o que pode afetar na gravidez e influenciar no desenvolvimento do feto. Os sintomas depressivos durante a gravidez podem acarretar diversas complicações e desfechos, como parto prematuro, baixo peso ao nascer, restrição do crescimento fetal e complicações pós-natais, associados também a hipertensão, pré-eclâmpsia e diabetes gestacional⁽¹⁵⁾.

Essas complicações provocam, nas gestantes, aumento dos níveis de depressão e também de ansiedade, pois surgem preocupações advindas dessas condições e do medo de que algo possa acontecer a elas e seus filhos. Com o surgimento da pandemia, as preocupações e os medos se intensificaram, observando-se, como resultado, a ocorrência intensa de efeitos negativos sobre o bem-estar psicológico das mulheres durante a gestação⁽¹⁵⁾.

Estudo⁽¹⁶⁾ relatou uma alta prevalência de depressão e ansiedade nas gestantes pesquisadas durante a pandemia de COVID-19. Os resultados do estudo mostraram que, em relação ao aumento dos sintomas depressivos e de ansiedade, há uma associação entre as medidas de controle adotadas para contenção da pandemia, o suporte social dessas mulheres e o uso das redes sociais para a obtenção de informações sobre saúde. Das participantes do estudo, 44,6% desenvolveram depressão leve a grave e 29,6% tiveram ansiedade, de forma que esses transtornos foram mais predominantes nas gestantes que tinham menos recursos socioeconômicos e maiores dificuldades de acesso ao cuidado pré-natal.

Segundo Lin et al.⁽³⁾, 40,4% das gestantes de seus estudos relataram passar mais de cinco horas diárias na internet ou nas redes sociais acompanhando notícias relacionadas à pandemia de COVID-19, como apontado também nos estudos de Yang et al.⁽¹⁶⁾. Esse hábito tem influência no surgimento de sintomas depressivos ou ansiedade nas grávidas, uma vez que as notícias sobre a pandemia de COVID-19 intensificam esses sintomas devido ao medo e às preocupações associados. O uso inadequado das redes sociais para a obtenção de informações sobre os efeitos do COVID-19 aumenta o risco de ansiedade e o medo de se infectar⁽¹⁷⁾.

Os fatores de risco para ansiedade e depressão em gestantes são idades mais jovens, baixo rendimento escolar, más condições de trabalho, desemprego, baixa renda, dificuldades financeiras, pertencimento a um grupo étnico minoritário e maus-tratos na infância. À medida que a pandemia progride, também aumentam os sintomas de depressão^(18, 4).

Houve⁽¹⁹⁾ um aumento significativo dos transtornos de depressão e ansiedade, conforme complementam evidências que constataram um pior vínculo entre mãe e bebê um mês após o nascimento, assim como a ocorrência de eventos adversos como pré-eclâmpsia, trabalho de parto prematuro, baixo peso ao nascer e baixos escores de Apgar.

Tais dados mostram que há uma necessidade urgente de se oferecer atenção adequada às gestantes no que diz respeito a seus aspectos psicológicos e emocionais, especialmente em relação à prevenção, diagnóstico e manejo adequados, permitindo que seja estabelecido um bem-estar físico e psicossocial da gestante e de suas famílias⁽⁴⁾. Portanto, defendemos um olhar atento às gestantes, haja vista o impacto da pandemia pela COVID-19 no ciclo gravídico-puerperal.



SENTIMENTOS DECORRENTES DA PANDEMIA

Foram identificados sentimentos e situações emocionais como estresse, medo, preocupação, angústia, sofrimento, traços obsessivos compulsivos e estresse pós-traumático. Essa vivência resultou em situações, por exemplo, de não conseguir falar com o profissional de saúde durante o acompanhamento pré-natal e adiar a consulta, devido à possibilidade de um colapso no sistema de saúde e a todos os tipos de poluição da informação (incluindo a mídia) relacionada à pandemia.

Registrou-se⁽¹⁹⁾ um aumento dos níveis de estresse durante a gestação, observado especialmente no terceiro trimestre de gravidez, quando comparado ao primeiro trimestre, mostrando que as mulheres se apresentaram mais ansiosas nesse período. As principais preocupações das participantes eram as transmissões da COVID-19 adquiridas no hospital durante o acompanhamento e o parto. No processo de pandemia, em que estar no hospital e não poder ir ao hospital causam preocupações, encontramos fortes correlações entre depressão e ansiedade. Até o momento, ainda não existem evidências que sugerem a transmissão vertical do coronavírus no parto ou durante a amamentação. Essas incertezas tendem a refletir no surgimento de sentimentos como medo e preocupação por parte das gestantes⁽⁴⁾.

A falta de informações em relação às possíveis consequências da infecção pelo coronavírus em mulheres grávidas e em seus recém-nascidos pode levar ao aumento do nível de estresse e ansiedade em mulheres grávidas, em mulheres que planejam engravidar e em seus familiares⁽²⁰⁾. O medo de contrair a infecção pelo coronavírus durante a gravidez pode afetar de forma indireta a saúde mental da gestante⁽²¹⁾, como mostra também o estudo⁽¹⁷⁾ em que 41,9% das gestantes se recusaram a ir ao hospital por medo de contrair a infecção pela COVID-19, além de terem adiado as consultas de pré-natal pelo mesmo motivo.

Houve diferença no tipo de preocupação entre mulheres grávidas brancas e negras. As negras relataram mais preocupação com a situação financeira e o sustento da família na pandemia, já que o impacto do isolamento em seus empregos foi negativo. As mulheres brancas, por sua vez, preocuparam-se mais com a possibilidade de infectar outras pessoas, em especial os membros da família⁽⁶⁾.

Com relação ao nível de sofrimento psíquico, foi constatado que mulheres grávidas que se informam sobre a COVID-19 várias vezes ao dia têm um nível mais alto de sofrimento psicológico do que aquelas que recebem pouca (ou nenhuma) informação e as que não recebem informação uma vez por dia⁽⁹⁾. Os fatores mais associados à ansiedade relacionada à gravidez incluíram questões concernentes à COVID-19: interromper as consultas pré-natais, alterar o plano de parto de ser realizado em um hospital, medo de se alimentar fora de casa, aumento da tensão ou conflito em domicílio e medo de ser infectada. Além disso, o fato de a gestante ou um membro da família ser um trabalhador essencial ou morar em um local com muitos casos da COVID-19 também proporcionou mudanças significativas no nível de ansiedade relacionado à gravidez⁽²²⁾.

FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO À SAÚDE MENTAL

O estilo de vida das gestantes possui impacto positivo no desenvolvimento saudável do feto e na saúde materna. A adoção de hábitos saudáveis de vida é fundamental para que a gravidez se desenvolva de forma harmoniosa⁽²³⁾. Assim, as mudanças instituídas no estilo de vida de gestantes em decorrência da pandemia da COVID-19 e da necessidade de isolamento social repercutiram nos hábitos alimentares e na realização de atividade física. As possíveis limitações na disponibilidade de alimentos, o medo do alimento esgotar e a dificuldade de compra para consumir produtos in natura diminuíram a qualidade da dieta desse grupo. Uma alimentação inadequada durante a gestação pode predispor as mulheres ao desenvolvimento de diversas complicações materno-infantis, como o diabetes gestacional⁽²³⁾.

Em relação ao exercício físico durante o isolamento, houve diminuição na realização de atividade vigorosa, moderada e até mesmo leve (como a caminhada), em comparação com os hábitos de vida durante a gravidez antes do isolamento, tendo como justificativa falta de espaço, cansaço devido à gravidez, não priorizar



a prática de atividade física e medo de prejudicar o feto. Além disso, foi levado em consideração o aumento de número de horas sentadas⁽²³⁾. A realização de atividades físicas e exercícios regulares durante a gravidez está positivamente relacionada a uma melhora no estado geral de saúde da mãe e do feto, tendo como benefícios menor risco de ganho de peso gestacional excessivo, diabetes gestacional, parto prematuro, veias varicosas, trombose venosa, dispneia e depressão pós-parto⁽²³⁾.

A diminuição da qualidade do sono na gravidez, o distanciamento social e a diminuição dos níveis de apoio social experimentados durante a pandemia de COVID-19 foram relatados como fatores de risco para o estresse, que, por sua vez, também desencadeia a baixa qualidade de sono^(1, 24). Por outro lado, o apoio social, como família, amigos e pessoas significativas de sua vida, é reconhecido como um importante fator de proteção e resiliência durante a gravidez, com implicações positivas para a saúde mental e os resultados perinatais⁽⁸⁾.

Compreende-se também que o aumento do estresse financeiro, no trabalho e em casa, sofrido pelas mulheres durante o período de gestação pode contribuir como fator para o desenvolvimento de problemas de saúde mental⁽²⁰⁾. Uma forma de diminuir os níveis de angústia e ansiedade pré-natal dá-se através da teleeducação oferecida às gestantes sobre o planejamento da gravidez e do parto, que se configura como um fator de proteção à saúde mental⁽²⁾.

As informações recebidas sobre cuidados pré-natais por meio de amigos e familiares foram associadas a um maior risco de depressão. Por outro lado, o acesso a essas mesmas informações, quando oriundas de mídias sociais desenvolvidas pelas instituições hospitalares, foi significativamente associado a um risco menor de aparecimento de transtornos mentais⁽²⁵⁾.

Nesse sentido, as mudanças na rotina e no estilo de vida contribuem para o aumento do impacto da pandemia na saúde mental das gestantes, podendo ser consideradas fatores de risco. Já o acesso às informações adequadas pode ser considerado fator de risco ou de proteção, a depender da frequência recebida e de quem as transmite.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitação deste estudo, considera-se o fato de ainda termos uma pandemia em curso, sendo que novos dados podem surgir, ou as condições mais favoráveis para mitigação da transmissão, a exemplo da vacinação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências científicas sobre o impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental de gestantes indicam a ocorrência de transtornos mentais comuns, sendo mais encontrados o estresse, o medo, a preocupação, a angústia e a ansiedade. Há fatores de risco e proteção que, desencadeados pelo isolamento social, exercem influência sobre a saúde mental da gestante. Assim, cabe ao profissional que acompanha a mulher grávida identificar esses fatores, acolhê-la e tomar providências para um acompanhamento multiprofissional.

Além disso, a propagação de informações baseadas em evidências científicas com linguagem acessível a essas mulheres, por meio de grupos virtuais de gestantes, liderados por profissionais de saúde (com a inclusão da família no cuidado e atenção à saúde física e mental das gestantes), pode ser uma estratégia de enfrentamento, bem como um fator de proteção ao aparecimento dos transtornos mentais comuns e dos sentimentos negativos decorrentes da pandemia.

O acompanhamento à mulher grávida no contexto da pandemia configura-se como um desafio para os profissionais de saúde, considerando-se que é um grupo de maior risco e vulnerabilidade durante a pandemia em decorrência do coronavírus. O acompanhamento de mulheres que gestam deve incluir um planejamento específico, para que tenham suporte individualizado nesse momento, incluindo a assistência de aspectos do campo da saúde mental.



Como **contribuições para a enfermagem**, o estudo sinaliza que, durante as consultas de enfermagem das gestantes, a atenção deve incluir os aspectos emocionais e a compreensão de como cada mulher está vivenciando a gravidez nesse momento atípico, além de observar quais as redes de suporte devem ser acionadas para cada uma. Ademais, suscita que mais investigações possam ser direcionadas, incluindo os profissionais de enfermagem nesse campo de atuação.

Portanto, sugere-se que pesquisas acerca do impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental de gestantes continuem a ser produzidas, a fim de contribuir com novas evidências para embasar uma assistência de qualidade a essas mulheres, seus filhos e familiares.

REFERÊNCIAS

1. Alan S, Vurğec BA, Ayseren C, Gozuyesil E, Surucu SG. Pandemic on pregnant women: perceived stress, social support and sleep quality. *Yonago Acta Medica* [Internet]. 2020 [cited 20 Jan 2021];63(4):360–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7683892/pdf/yam-63-360.pdf>
2. Akgor U, Fadiloğlu E, Soyak B, Unal C, Cagan M, Temiz BE, et al. Anxiety, depression and concerns of pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Arch Gynecol Obstet*. 2021;1-6. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05944-1>
3. Lin W, Wu B, Chen B, Lai G, Huang S, Li S, et al. Sleep conditions associate with anxiety and depression symptoms among pregnant women during the epidemic of COVID-19 in Shenzhen. *J Affect Disord* [Internet]. 2021 [cited 01 Feb 2021];281:567–73. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7688420/>
4. López-Morales H. Mental health of pregnant women during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study. *Psychiatry Res*. 2021;295:113567. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113567>
5. Hocaoglu M, Ayaz R, Gunay T, Akin E, Turgut A, Karateke A. Anxiety and post-traumatic stress disorder symptoms in pregnant women during the covid-19 pandemic's Delay phase. *Psychiatr Danub*. [Internet] 2020 [cited 15 Feb 2021];32(3-4):521-6. Available from: http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocslimages/pdf/dnb_vol32_no3-4/dnb_vol32_no3-4_521.pdf
6. Gur RE, White LK, Waller R, Barzilay R, Moore TM, Kornfield S, et al. The disproportionate burden of the COVID-19 pandemic among pregnant black women. *Psychiatry Res*. 2020;293:113475. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113475>
7. Derya YA, Altıparmak S, Akça E, Gökbülüt N, Yılmaz AN. Pregnancy and birth planning during COVID-19: the effects of tele-education offered to pregnant women on prenatal distress and pregnancy-related anxiety. *Midwifery* [Internet] 2021 [cited 12 Feb 2021];92:102877. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7831526/>
8. Matvienko-Sikar K, Pope J, Cremin A, Carr H, Leitao S, Olander EK, et al. Differences in levels of stress, social support, health behaviours, and stress-reduction strategies for women pregnant before and during the COVID-19 pandemic, and based on phases of pandemic restrictions, in Ireland. *Women Birth*. 2020;34(5):447-54. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.010>
9. Lemieux R, Garon-Bissonnette J, Loiselle M, Martel É, Drouin-Maziade C, Berthelot N. Association between news media consulting frequency and psychological distress in pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Can J Psychiatry*. 2021;66(1):34-42. <https://doi.org/10.1177/0706743720963917>
10. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Integrative Review: concepts and methods used in nursing. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet] 2014 [cited 05 fev 2021];48(2):329-339. Available from: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/3ZZqKB9pVhmMtCnsvVW5Zhc/?lang=en&format=pdf>
11. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010;8(1):102-6. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
12. Botelho L, Cunha CCA, Macedo M. Método da revisão integrativa nos estados organizacionais. *Gestão Soc*. 2011;5(11):121-36. <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>
13. Bardin, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011. 279 p.
14. Kliemann A, Böing E, Crepaldi MA. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. *Mudanças Psicol Saúde* [Internet] 2017 [cited 05 Feb 2021];25(2):69-76. Available from: <https://www.psicologiadasaude2021.com.br/arquivos/5e78bb5252440.pdf>
15. Durankus F, Aksu E. Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study. *J Matern Fetal Neonatal Med*[Internet]. 2020 [cited 05 Feb 2021];18:1-7. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2020.1763946>



16. Yang X, Song B, Wu A, Mo PKH, Di J, Wang Q, et al. Social, cognitive, and eHealth mechanisms of COVID-19– Related lockdown and mandatory quarantine that potentially affect the mental health of pregnant women in China: cross-sectional survey study. *J Med Internet Res*. 2021;23(1):e24495. <https://doi.org/10.2196/24495>
17. Sut HK, Kucukkaya B. Anxiety, depression, and related factors in pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: a web-based cross-sectional study. *Perspect Psychiatr Care*[Internet] 2020 [cited 05 Feb 2021];28(10):1-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7537279/pdf/PPC-9999-na.pdf>
18. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *J Affect Disord*. [Internet] 2016 [cited 06 Feb 2021];191:62-77. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4879174/>
19. Medina-Jimenez V, Bermudez-Rojas ML, Murillo-Bargas H, Rivera-Camarillo AC, Muñoz-Acosta J, Ramirez-Abarca TG, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on depression and stress levels in pregnant women: a national survey during the COVID-19 pandemic in Mexico. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet] 2020 [cited 06 Feb 2021];26;1-3. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2020.1851675>
20. Zhang Y, Ma ZF. Psychological responses and lifestyle changes among pregnant women with respect to the early stages of COVID-19 pandemic. *Int J Soc Psychiatry*. [Internet]. 2020 [cited 06 Feb 2021];67(4):344–50. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8191160/pdf/10.1177_0020764020952116
21. Salehi L, Rahimzadeh M, Molaei E, Zaheri H, Esmaelzadeh-Saeieh S. The relationship among fear and anxiety of COVID-19, pregnancy experience, and mental health disorder in pregnant women: a structural equation model. *Brain Behav* [Internet]. 2020 [cited 12 Feb 2021];10(11):e01835. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7536966/pdf/BRB3-10-e01835.pdf>
22. Moyer CA, Compton SD, Kaselitz E, Muzik M. Pregnancy-related anxiety during COVID-19: a nationwide survey of 2740 pregnant women. *Arch Womens Ment Health*. [Internet] 2020 [cited 12 Feb 2021];23(6):757-65. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7522009/pdf/737_2020_Article_1073.pdf
23. Biviá-Roig G. Analysis of the impact of the confinement resulting from COVID-19 on the lifestyle and psychological wellbeing of spanish pregnant women: an internet-based cross-sectional survey. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [cited 14 Feb 2021];17(16):5933. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7460363/pdf/ijerph-17-05933.pdf>
24. Ko YL, Lin PC, Chen SC. Stress, sleep quality and unplanned Caesarean section in pregnant women. *Int J Nurs Pract* [Internet] 2015 [cited 13 Feb 2021];21(5):454-61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24754483/>
25. Jiang H, Jin L, Qian X, Xiong X, La X, Chen W, et al. Maternal mental health status and approaches for accessing antenatal care information during the COVID-19 epidemic in China: cross-sectional study. *J Med Internet Res*[Internet]. 2021 [cited 15 Feb 2021]; 23(1):e18722. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7817253/>