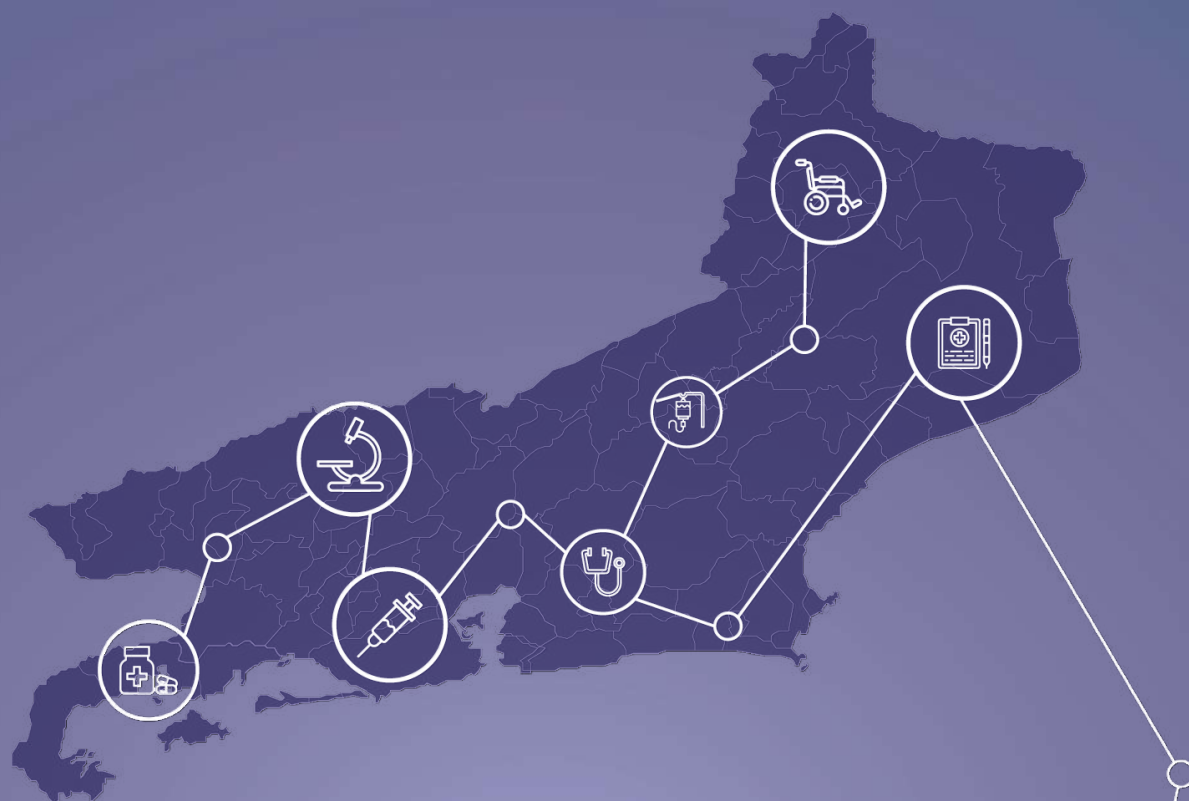




REVISTA DE
EDUCAÇÃO, PESQUISA
E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

REPIS

Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO



EQUIPE EDITORIAL

Editora Geral

Marcela Cunha – COOPES/SUPES/
SES/RJ

Editoras Técnicas

Letícia Barbosa Quesado – COOPES/
SUPES/SES/RJ

Letícia Rodrigues Melo – COOPES/
SUPES/SES/RJ

Editores Científicos

Celso de Moraes Vergne – SU-
PAPPSV/SES/RJ

Marcela Cunha – COOPES/SUPES/
SES/RJ

Luciane de Souza Velasque – SIEVS/
SES/RJ

Pedro Guimarães Coscarelli –
SUPVEA/SES/RJ

Regina Canedo de Souza – COOINT/
SUPES/SES/RJ

Thais Oliveira – HEMORIO/SES/RJ

Avaliadores Internos

Ana Caroline Medina e Silva de Almei-
da – SUPAPS/SES/RJ

Adriana Justo – SUPES/SES/RJ

Carina Pacheco – OUVITGER/SES/RJ

Carmen Andrea Souza – ASSTH/SAS/
SES/RJ

Maria Cristina D’Almeida Marques –
SAPV/SES/RJ

Paula Maria Pereira de Almeida –
CIEVS/SES/RJ

Avaliadores Externos

Adriane das Neves Silva – Hospital
Infantil Ismélia da Silveira

Eduardo Mesquita Peixoto – UNIRIO

EDITORIAL

A segunda edição da REPIS (Revista de Educação, Pesquisa e Informação em Saúde), reafirma o compromisso com o compartilhamento de saberes que contribuem para o aprimoramento das práticas em saúde, unindo análises críticas, experiências bem-sucedidas e propostas inovadoras em diferentes áreas do setor de saúde.

O corpo editorial composto nessa edição por profissionais das suas mais diversas áreas técnicas, em parceria com avaliadores externos de instituições que desempenham protagonismo na saúde pública, como UNIRIO, UERJ e Hospital Infantil Ismélia da Silveira. Esta composição garante a qualidade e a relevância dos trabalhos que serão publicados em nossa revista, abrangendo temas que vão desde educação e políticas públicas até epidemiologia e segurança do paciente.

Nesta edição foram selecionados seis artigos que abordam temas amplos e interdisciplinares, oferecendo subsídios para reflexão e ação em áreas cruciais para o sistema de saúde, desde a discussão sobre acidentes ofídicos, passando pela violência obstétrica e estratégias de comunicação em saúde até acesso e acolhimento da população LGBTQIA+.

A análise sobre acidentes ofídicos no estado do Rio de Janeiro ressalta a necessidade de modernização dos sistemas de informação e capacitação das equipes para garantir a precisão dos dados e, consequentemente, a eficácia no tratamento com soros antivenenos. A pesquisa evidencia que a informatização, como a implementação do e-SUS SINAN, pode ser uma solução essencial para aprimorar a coleta e análise de informações, reduzindo inconsistências e classificações imprecisas.

O segundo artigo aborda a violência obstétrica com profundidade, revisitando um problema que transcende o campo da saúde e reflete questões estruturais e de relações de poder. A revisão narrativa destaca como a negligência, o desrespeito e a falta de protagonismo das parturientes geram impactos profundos no ciclo gravídico-puerperal. Nesse cenário, o psicólogo hospitalar emerge como um ator

Mercedes Neto – UERJ
Vânia Morales Sierra – UERJ

Design Gráfico

Equipe Design – ASSCSV/SES/RJ
Samuel Rodrigues – SUBGERAL/SES/
RJ

Equipe Técnica

Natália Palmeira – COOPES/SUPES/
SES/RJ

Contato

repisrevista@gmail.com

fundamental, promovendo escuta qualificada, acolhimento e iniciativas que visam a ressignificação das experiências dessas mulheres, além de sensibilizar outros profissionais sobre a importância da humanização no atendimento.

Em dois artigos, a educação permanente em saúde é apresentada como um eixo transformador nas práticas do SUS, com relatos que ilustram a eficácia de iniciativas como a capacitação em Maricá e o projeto “Protogames”. A capacitação com agentes comunitários de saúde e auxiliares administrativos demonstrou como metodologias interativas, alinhadas aos princípios da Política Nacional de Humanização, podem transformar processos de trabalho e a relação dos profissionais com a comunidade. O uso da gamificação, por sua vez, mostrou-se uma ferramenta inovadora e acessível para engajar equipes, reforçar protocolos institucionais e promover o aprendizado contínuo, mesmo em contextos de restrições orçamentárias.

Nesta edição, também são apresentados dois artigos que ampliam ainda mais o debate sobre comunicação e inclusão no SUS. A análise das disputas de informação sobre o SUS nas redes sociais, especialmente no *X/Twitter* durante o ano eleitoral de 2022, destaca o papel crescente das plataformas digitais como espaço de debate público. O estudo revelou a predominância de usuários comuns, seguidos por atores políticos e midiáticos, enquanto profissionais da saúde tiveram participação limitada. Essa ausência aponta para a necessidade de maior engajamento da categoria no ambiente digital, visando fortalecer a compreensão pública sobre a importância do SUS.

O artigo sobre o acesso e acolhimento da população LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde revela fragilidades no atendimento devido a preconceitos e estigmas reproduzidos no sistema de saúde. A pesquisa destaca a necessidade de processos formativos que promovam uma visão ampliada e inclusiva, garantindo acolhimento integral e reduzindo barreiras de acesso para essa população. Esses estudos reforçam a centralidade da humanização, inovação e formação continuada como pilares para a construção de um SUS mais justo e eficiente, capaz de responder às demandas de uma sociedade plural e em constante transformação.

Esses seis artigos apresentam diferentes faces de uma mesma missão: fortalecer o Sistema Único de Saúde por meio da inovação, do conhecimento e da humanização. Ao explorar

desafios e soluções que afetam diretamente a população e os profissionais de saúde, esta edição reflete nossa convicção de que a melhoria da saúde pública está profundamente ligada à produção e à difusão do conhecimento.

Convidamos todos a mergulhar nestes textos e somar-se a esta construção coletiva de saberes em prol de uma saúde cada vez mais equitativa e resolutiva.

Mais uma vez deixamos expressa a nossa gratidão a todos os editores, autores, avaliadores e equipe técnica que possibilitaram a realização desta edição.

Boa leitura!

Marcela Cunha
Leticia Barbosa Quesado
Letícia Rodrigues Melo
Cristina Tavares dos Santos
Natália Palmeira

Equipe editorial da REPIS
Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ)



AS DISPUTAS DE INFORMAÇÃO SOBRE O SUS NO X/TWITTER: ATORES, TEMÁTICAS E POSICIONAMENTOS NO ANO POLÍTICO ELEITORAL DE 2022

Krystal Urbano¹ Thaiane Moreira de Oliveira¹ José Henrique Cabral de Paiva Filho¹

RESUMO

O artigo analisa as disputas de informação sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) ocorridas no ambiente do *X/Twitter* durante o ano político eleitoral de 2022. Nosso corpus consistiu em 226 postagens identificadas a partir da base de dados do *X/Twitter*, utilizando a API pelo pacote *academictwitterR*. Os resultados mostram a predominância de usuários comuns da rede social como a maior composição dos atores que mencionam o SUS, seguido por atores do campo político e midiático. Apontam também para uma baixa presença de profissionais da saúde na discussão sobre a qualidade do atendimento na instituição. Identificou que entre os discursos mais presentes estão à defesa da instituição, destacando temas como “O SUS no debate político eleitoral” e “Cortes e Desvios de Orçamento do SUS”. Os campos político e midiático tiveram como foco um debate sobre questões orçamentárias no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Em contraste, o campo da saúde abordou temas relacionados ao “O SUS no debate pós-pandemia” e a “Qualidade do Atendimento e Acesso a Tratamentos e Procedimentos”.

¹ Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Informação; Disputas; Sistema Único de Saúde; *X/Twitter*; Eleições 2022.

INTRODUÇÃO

Estudos mostram que o fenômeno das disputas sobre a informação em saúde teve um crescimento vertiginoso desde o último decênio, tornando-se uma preocupação compartilhada entre diversos países do mundo (Bradshaw; Howard, 2018; Oliveira; Quinan; Toth, 2020; WHO, 2020; Falcão; Oliveira; Araujo, 2022; Massarani; Oliveira, 2023). As plataformas das redes sociais digitais ofereceram os meios pelos quais a infodemia pudesse se disseminar plenamente no período da pandemia da Covid-19 (Posetti; Bontcheva, 2020; OPAS, 2020; Massarani *et al.*, 2021a). No Brasil, como ocorreu com outras epidemias recentes como a de Zika (2015-2016) e febre-amarela (2016-2018), a circulação de informações contraditórias foi uma marca autoevidente do debate público sobre a Covid-19 e a politização dos usos de máscaras, vacinas e medicamentos (como a hidroxiclороquina e a ivermectina) teve impactos cruciais no seu desdobramento (Araújo; Oliveira, 2020; Oliveira *et al.*, 2021; Recuero; Soares; Zago, 2021).

Embora as disputas sobre a informação em saúde nas mídias sociais não se apresentem como uma agenda nova na interface de estudos das áreas de Comunicação e Saúde do Brasil, ela passou a ser uma temática que ganhou destaque depois da pandemia (Amaral *et al.*, 2022; Massarani *et al.*, 2021b; Sacramento; Paiva, 2020), sobretudo, devido à dimensão que o fenômeno alcançou no debate político nacional. De fato, o governo federal, por meio da sua principal autoridade sanitária, o Ministério da Saúde (MS) e do ex-presidente da república, Jair Bolsonaro, foram agentes ativos na grande onda de desinformação sobre o coronavírus no período da pandemia (Gramacho *et al.*, 2021; Lopes; Leal, 2020). Entre 2020 e 2021, o Brasil teve três ministros da saúde e uma inércia deliberada por parte do governo federal no enfrentamento da Covid-19 se revelou de maneira bastante contundente, fortalecendo o



cenário de polarização política e do hiperpartidarismo no ambiente das redes sociais digitais (Pinto; Carvalho, 2023; Recuero; Soares; Zago, 2021).

Com efeito, o fenômeno da disputa sobre a informação em saúde ganha novo impulso diante de um cenário de crise da democracia e polarização política já consolidado no país, bem como se beneficia da radicalização de diferentes atores no universo das redes sociais digitais (Albuquerque, 2019; Oliveira; Quinan; Aragon, 2020; Recuero; Soares; Gruzdz, 2020). De fato, antes mesmo do período pandêmico, as plataformas de mídias sociais – juntamente com outros canais de produção de informação – vêm funcionando como um espaço profícuo para o espalhamento do negacionismo e de teorias da conspiração, o que coincide com o avanço da extrema-direita no cenário global e uma crise institucional epistêmica (Albuquerque; Quinan, 2019; Oliveira, 2020). Tal crise epistêmica, intensificada durante a pandemia, refere-se à contestação e deslegitimação persistente da expertise científica, da integridade da profissão médica e das instituições públicas de saúde, minando a formulação de políticas públicas baseadas em evidências (Harambam; Auspers, 2015; Oliveira, 2020; Regilme, 2023). No Brasil, uma destas instituições de saúde que tem sido alvo de contestação e disputas é o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS tem sido uma instituição privilegiada nas disputas de informação sobre saúde observadas no ambiente midiático e digital. Especialmente, no período da pandemia, discursos sobre uma pretensa incapacidade do SUS ser gerido e operado emergiram no debate público, revelando um cenário de descrença institucional compartilhado por diferentes atores em relação a esse sistema (Silva; Ruiz, 2020). O ano político eleitoral de 2022 representou uma importante guinada nas formas de enfrentamento do fenômeno da desinformação, como também foi palco de uma significativa mudança de narrativa sobre o Sistema Único de Saúde no debate público digital (Pinto; Carvalho, 2023). Em meio a uma disputa eleitoral, a imagem do SUS perante a opinião pública foi instrumentalizada politicamente no ambiente das redes sociais digitais em repertórios discursivos sobre o papel do Estado e da saúde pública como bem comum (Henriques; Vasconcellos, 2020).

Assim, esse artigo analisa as disputas de informações sobre o SUS ocorridas no ambiente do *X/Twitter* durante o ano político eleitoral de 2022. Busca-se, por um lado, identificar e categorizar os diferentes atores que mobilizaram os discursos sobre o SUS na referida plataforma e, por outro, revelar as temáticas e posicionamentos recorrentes nas disputas pela construção de sentido sobre a instituição nas redes sociais digitais, dada a relevância que o debate sobre a saúde pública alcançou nas últimas eleições presidenciais no Brasil.

METODOLOGIA

Neste artigo, buscamos compreender as disputas discursivas na circulação de informações sobre o SUS no *X/Twitter* no ano político eleitoral de 2022. Optou-se por utilizar metodologia mista, combinando técnicas de análise de conteúdo e análise temática (Kim; Kuljis, 2010; Neuendorf, 2019). Com isso, a fase metodológica da pesquisa contou com três etapas distintas. Na primeira, foi realizada a busca e coleta de *tweets*. O corpus foi, portanto, constituído na segunda etapa, respeitando critérios de inclusão e exclusão. Por fim, os *tweets* elencados passaram pela análise de conteúdo e análise temática, cujo objetivo foi compreender os sentidos atribuídos por diferentes atores ao SUS no debate público no ambiente do *X/Twitter*, dada a grande relevância que o discurso (em defesa ou favor) do SUS adquiriu ao longo das eleições presidenciais de 2022. Optamos por uma análise qualitativa manual realizada no Excel, onde cada *tweet* do corpus foi lido e analisado em sua integridade e totalidade.

Coleta de dados:

Os dados utilizados neste estudo foram extraídos da plataforma *X* (antigo *Twitter*), por meio da API disponibilizada pelo pacote *academictwitteR*. No total, foram obtidos 1.250.675 resultados em formato JSON. Em seguida, foi realizada uma amostragem aleatória de 500 *tweets*. A seleção aleatória foi realizada

utilizando o método de amostragem simples, no qual cada *tweet* tinha a mesma probabilidade de ser escolhido, sem reposição. O processo foi conduzido por meio de uma função de geração de números aleatórios, garantindo a imparcialidade na escolha dos *tweets* que compõem o corpus documental. Os filtros utilizados nas pesquisas contemplaram as informações apresentadas na Quadro 1.

Quadro 1 – Filtros utilizados na busca

Tipo de documento	Tweet, publicações na rede social X/Twitter
Recorte temporal	01/01/2022 à 31/12/2022
Data da coleta	15/03/2023
Termos de busca	“sus OR SUS OU Sistema Único de Saúde OR Sistema Unico de Saúde OR postinho OR hospital publico OR Saúde Pública OR Saude Publica”
País	Brasil
Idioma	Português

Os dados foram convertidos para o formato csv, contendo inicialmente na tabela: quantidade de retweets, conteúdo em texto, link para imagens, número de curtidas, tipo do *tweet* (*retweet*, resposta ou *tweet* original) e se a plataforma classificou o conteúdo como sensível ou não. Todas as buscas foram realizadas no dia 15 de março de 2023.

Seleção do corpus:

A partir de 500 entradas, realizou-se uma análise minuciosa das postagens coletadas para compor nosso corpus. Para isso, estabelecemos critérios de inclusão e exclusão com teor indutivos que foram deliberados em consenso pelos autores, explicitados na Quadro 2.

Quadro 2 – Critérios de inclusão e exclusão

Critério de Inclusão	Critérios de Exclusão
Tweets que mencionam o Sistema Único de Saúde como principal componente de argumentação	Tweets que mencionam o SUS por erro de grafia/digitação
Tweets que emitam opiniões contrária ou a favor sobre o Sistema Único de Saúde	Tweets duplicados
Tweets que mencionam o SUS sob o ponto de vista da política nacional	Tweets publicados em espanhol
Tweets publicados em português	Tweets que mencionam o SUS por neologismo da internet
	Tweets cujos textos já não estavam mais disponíveis na plataforma

Os resultados duplicados (n=61) foram descartados do corpus. Os demais (n=439) passaram por seleção que aderiu aos critérios expostos, classificando os resultados em ‘incluir’, ‘excluir’ e ‘dúvida’. Aqueles que apresentaram incerteza sobre sua inclusão foram deliberados em reunião conjunta entre os autores, que, consequentemente, exigiram o refinamento dos critérios estabelecidos. Por fim, um total de n=274 *tweets* não demonstrou adesão com a questão de pesquisa e atenderam aos critérios de exclusão. Portanto, foram analisados n=226 *tweets* que compõem o corpus final do artigo.

Tratamento dos dados:

Os autores realizaram uma reorganização da tabela a partir da definição do corpus final, com o objetivo de coletar as seguintes informações: texto do *tweet/retweet/resposta*, tipo de usuários/atores, links da informação ou desinformação (quando disponível). Os processos seguintes foram: a) classificação dos tipos dos usuários/atores e b) criação de categorias de análise. Para a categorização dos atores, foram

definidas quatro categorias, com base em estudo anterior (Carvalho *et al.*, 2023): a) atores do campo político; b) atores do campo midiático; c) atores do campo da saúde e d) usuário da rede social.

Para a análise dos *tweets*, foram propostas duas categorias: temas e posicionamentos. As variáveis temáticas foram definidas a partir de uma primeira análise qualitativa temática das publicações, o que nos permitiu agrupá-las conforme os temas presentes nos *tweets* a respeito do SUS. Cada post foi codificado com apenas uma variável.

Já os posicionamentos foram classificados a partir da Análise de Conteúdo, entendida como um conjunto de técnicas que visa obter indícios, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, para a produção de inferências sobre essas mensagens. Na categoria posicionamento, classificamos a posição dos usuários/atores, quanto ao SUS, em três variáveis: “a favor” para as postagens com viés positivo; “contra”, para as publicações com valência negativa, e “neutro” para as publicações em que não se emitiu juízo de valor sobre a instituição.

RESULTADOS

Os resultados apontam para a predominância de usuários comuns da rede social (55,3%) como a maior composição dos atores que mencionam o SUS, seguido por atores do campo político (19,9%) e midiático (18,6%). Percebe-se uma baixa presença de profissionais da saúde na discussão sobre o SUS no X/ Twitter em 2022 (6,2%).

Foram identificadas cinco temáticas que levaram em consideração as características do corpus selecionado para o estudo e os assuntos abordados junto à questão da Saúde Pública. O Quadro 3 apresenta em detalhes essas variáveis:

Quadro 3 – Variáveis temáticas

Variáveis	Descrição
1. O SUS no debate político eleitoral	Tweets que instrumentalizam o SUS com centralidade na disputa política que se estabeleceu entre os candidatos à presidência da república, Jair Bolsonaro e Luiz Inácio Lula da Silva, no ano político eleitoral de 2022.
2. O SUS no debate pós-pandemia	Tweets que abordam o SUS e sua atuação na pandemia da Covid-19 e outras epidemias, bem como o acesso ou ausência de vacinas e medicamentos para o combate das arboviroses e outras doenças.
3. Crise, desmonte e privatização do SUS	Tweets que tratam do SUS sob o ponto de vista da crise, desmonte e sucateamento da saúde pública, bem como aqueles que argumentam a favor da privatização do sistema ou advogam pelo fortalecimento e caráter público do sistema.
4. Cortes e desvios no orçamento do SUS	Tweets que denunciam os cortes nos investimentos do SUS e desvios de orçamento da saúde pública, especialmente aqueles envolvendo os candidatos à presidência da república.
5. Qualidade do atendimento e acesso a tratamentos e procedimentos	Tweets que discutem sobre a qualidade (ou ausência de) no atendimento dos profissionais do SUS e acesso (ou falta de) a tratamentos e procedimentos, sob um ponto de vista da experiência individual do usuário.

Embora narrativas sobre o sucateamento e desmonte da saúde pública, demora no atendimento e a falta de acesso a tratamentos e medicamentos continuem fazendo parte do repertório discursivo de diferentes atores, por se caracterizar numa realidade bastante concreta na saúde pública brasileira, a defesa e valorização sobre o papel do Estado como garantidor da saúde como direito universal obteve elevada importância nos debates que aconteceram no X/ Twitter durante as eleições presidenciais em 2022. Assim, os principais temas abordados nas postagens foram “Cortes e Desvios de Orçamento” (27,0%) e “O SUS no debate político eleitoral” (21,7%); juntas, as duas variáveis reuniram 48,7% dos posts. Em terceiro lugar, apareceu a variável “O SUS no debate pós-pandemia”, representando 19,5%

das publicações. Na sequência, “Qualidade e Acesso” com 17,3% e “Crise, Desmonte e Privatização” com 14,6% dos posts analisados. A Tabela 1 apresenta em detalhes a distribuição das postagens por variáveis temáticas.

Tabela 1 - Distribuição dos tweets por variáveis temáticas.

	Variáveis temáticas	Números de publicações	Percentual
1.	O SUS no debate político eleitoral	49	21.7%
2.	O SUS no debate pós-pandemia	44	19.5%
3.	Crise, desmonte e privatização do SUS	33	14.6%
4.	Cortes e desvios no orçamento do SUS	61	27.0%
5.	Qualidade do atendimento e acesso a tratamento e procedimentos	39	17.3%
Total: 226 publicações (100%)			

No que diz respeito às publicações em torno do tema “O SUS no debate político eleitoral”, nota-se uma percepção geral dos atores que compreendem o hiperpartidarismo (em especial, o bolsonarismo) como um problema que compromete a gestão da saúde pública brasileira. Ganha destaque nessas publicações a *hashtag* #DebateNaGlobo, em referência aos debates realizados pela Rede Globo no primeiro e segundo turno das eleições presidenciais. Nestas ocasiões, os candidatos Jair Bolsonaro e Lula defenderam suas propostas para o SUS num cenário pós-pandemia, como também acusaram mutuamente sobre problemas na gestão do SUS em seus mandatos. Em particular, a discussão ocorrida entre os candidatos sobre a questão do aborto no debate do segundo turno das eleições, revela as contradições de ambos os candidatos sobre o tema, tendo ampla repercussão nas postagens que compõem essa variável.

Já nas publicações em torno do tema “O SUS no debate pós-pandemia”, observa-se uma predominância de *tweets* sobre a Covid-19 e suas variáveis circulantes, possíveis efeitos da vacina, o aparecimento de outras doenças (como a meningite e poliomielite) dada à baixa cobertura vacinal e problemas em dados estatísticos sobre a vacinação. O acesso gratuito a medicamentos para tratamentos raros e a emergência de uma possível nova onda da Covid-19 também compuseram uma parte significativa dessa variável.

Na temática “Crise, Desmonte e Privatização do SUS” destacaram-se postagens sobre a (in)eficiência da gestão do SUS, a ausência de estratégias do Governo Federal e, em especial, do Presidente da República no combate à pandemia e na aquisição de vacinas. Nessa categoria se revelam as discussões em torno de uma possível privatização do SUS recuperadas a partir das percepções dos atores sobre os posicionamentos do candidato à presidência pelo Partido Novo, Felipe D’Avila e da atual Ministra do Planejamento e Orçamento, então candidata à presidência, Simone Tebet, em ocasião do segundo debate presidencial transmitido pela Rede Globo. Já a temática “Cortes e Desvios de Orçamento do SUS” ganhou centralidade logo após as primeiras prisões pela operação batizada de “Orçamento Secreto” serem realizadas antes do segundo turno das eleições, o que pode ter influenciado o resultado das eleições presidenciais. A operação investigou o desvio de 69 milhões de reais do SUS no Maranhão, cujo esquema funcionava da seguinte forma: as prefeituras registravam atendimentos médicos e consultas que nunca existiram, e enchiam o cofre com dinheiro vindo de emendas parlamentares do orçamento secreto (PIAUÍ, 2022). Tal escândalo, envolvendo diretamente o governo Bolsonaro, reverberou no *Twitter*, como mostra a postagem a seguir:

BOLSONARO ROUBOU O SUS - Apenas em UM esquema que a PF desvendou e cujas prisões foram feitas hoje, estamos falando R\$ 69 milhões de reais ROUBADOS, isso durante a pandemia enquanto brasileiros morriam!! Não vai dar na Globo (se der, não vão citar o nome do Bolsonaro)!!.

Outras postagens que discutiam os cortes e possíveis desvios no orçamento da Saúde nos governos Lula e Bolsonaro foram polarizadas. Usuários afirmavam que houve “Destruição do SUS – Paulo Guedes e Bolsonaro cortaram R\$ 70 bilhões do SUS. Você que depende do SUS corre sério risco de ficar sem a saúde pública. Guedes/Bolsonaro querem destruir o SUS e criar os “vouchers” para dar lucro para o setor privado” ou que

O PT desviou 242,4 bilhões da saúde, fechou 40 mil leitos de UTI, cancelou 5 vacinas do calendário do SUS, fez estádios ao invés de hospitais, matando milhões de pessoas por falta de leitos e tratamentos, não investiu em saneamento básico onde morreram de diarreia.

Por fim, em “Qualidade do Atendimento e Acesso a Tratamentos e Procedimentos”, críticas e elogios ao atendimento realizado por profissionais do SUS foram encontrados, mesmo diante das dificuldades em tempos de crise, bem como postagens que evidenciavam o acesso gratuito e especializado a diversos tratamentos e procedimentos. Ainda nessa variável, notamos o uso da *hashtag* #VivaoSUS em 16 dos 39 *tweets* analisados.

Tabela 2 – Variáveis temáticas por tipos de usuários/atores

Tipo de Usuário	O SUS no debate político eleitoral	O SUS no debate pós-pandemia	Crise, desmonte e privatização do SUS	Cortes e desvio no orçamento no SUS	Qualidade do atendimento e acesso a tratamentos e procedimentos	Total
Campo Político	10.2% (05)	15.9% (07)	18.2% (06)	29.5% (18)	20.5% (08)	100% (44)
Campo Midiático	16.3% (08)	18.2% (08)	18.2% (06)	19.7% (12)	20.5% (08)	100% (42)
Campo da Saúde	6.1% (03)	9.1% (04)	6.1% (02)	3.3% (02)	7.7% (03)	100% (14)
Usuário da Rede Social	67.3% (33)	56.8% (25)	57.6% (19)	47.5% (29)	51.3% (20)	100% (126)

No que diz respeito às variáveis temáticas e sua relação com os atores (Tabela 2), há uma prevalência de postagens dos perfis de Usuário da Rede Social (55,3%), com uma predominância de publicações sobre “O SUS no debate político eleitoral” e “Cortes e Desvios de Orçamento do SUS”, revelando a importância de atores não governamentais, não midiáticos e que não pertencem à esfera da saúde no debate político digital sobre a Saúde Pública. Já os campos políticos e midiáticos apresentaram um equilíbrio na participação de seus atores no debate sobre o SUS, com 19,9% e 18,6%, respectivamente, somando 38,5% do total de perfis. No campo político, as temáticas predominantes foram “Cortes e Desvios de Orçamento do SUS” e “Qualidade do Atendimento e Acesso a Tratamentos e Procedimentos”, enquanto no campo midiático, as postagens com maior prevalência foram “Qualidade do Atendimento e Acesso a Tratamentos e Procedimentos”, seguido de “Cortes e Desvios de Orçamento do SUS”. O campo da saúde representou a menor amostragem, correspondendo a 6,2% das postagens, com a prevalência das temáticas sobre “O SUS no debate pós-pandemia” e “Qualidade do Atendimento e Acesso a Tratamentos e Procedimentos”.

Os resultados também revelam a ascensão de discursos positivos e em defesa do SUS, em detrimento dos discursos de ordem pessimista que antecedem o período da pandemia. No que se refere ao posicionamento, a maioria dos *tweets* analisados era neutra quanto ao SUS (59,7%), enquanto 34,5% favoráveis e 5,8% contra o SUS. Na Figura 1, observam-se os posicionamentos e sua prevalência em relação às categorias de atores elencadas para o estudo.



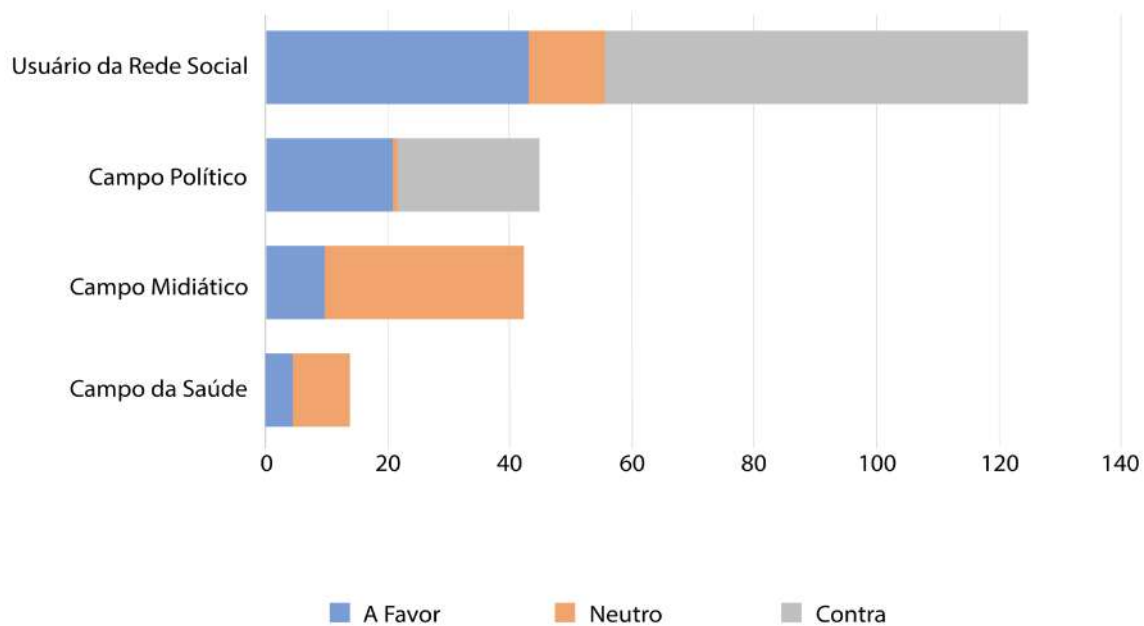


Figura 1 – Atores e seu posicionamento quanto ao SUS.

Nas publicações neutras sobre o Sistema Único de Saúde, foi possível encontrar os debates elencados nas cinco variáveis temáticas, com informações validadas por fontes jornalísticas, boa parte delas com links, assumindo assim um tom informativo e impessoal, como o tweet a seguir exemplifica: “A repórter @CamilaTurtelli foi até o Maranhão investigar a história das cidades com verbas milionárias para tratamento pós-Covid pelo SUS — e conta tudo aqui”.

As postagens favoráveis ao SUS defenderam a democratização do acesso à saúde em repertórios sobre o papel do Estado e da saúde pública como bem comum, com destaque para o argumento do caráter público e gratuito do sistema do país, em comparação aos dos Estados Unidos da América. Os textos também destacaram a atuação contínua da instituição no combate à pandemia e no cotidiano dos usuários que dependem do sistema. Fundamentalmente, as mensagens favoráveis apresentaram a hashtag “VivaoSUS”, além de discorrerem sobre as experiências individuais dos usuários no acesso a atendimentos, tratamentos e medicamentos, demonstrando um alinhamento com as temáticas “Qualidade do Atendimento e Acesso a Tratamentos e Procedimentos” e “O SUS no debate pós-pandemia”. Por fim, as mensagens que apresentaram opiniões contrárias ao SUS exploraram o assunto por dois vieses temáticos: a “Qualidade do Atendimento e Acesso a Tratamentos e Procedimentos” e “Crise, Desmonte e Privatização do SUS”.

Entre os argumentos mais utilizados nas mensagens contrárias ao SUS estava a percepção de que aqueles que defendem esse sistema desconhecem seus problemas por não serem usuários dos serviços que o SUS oferece. Em particular, o nome do então candidato à presidência da república, Luiz Inácio Lula da Silva, apresentou um amplo número de menções nessa categoria de tweets contrários, que mencionaram os recentes exames que o candidato havia realizado no Hospital Sírio Libanês, bem como sua defesa em relação ao SUS nos debates eleitorais. Entre as menções a Lula encontradas nessas postagens destacam-se as seguintes: “Por que o Lula não usa o SUS?” e “O SUS é EXCELENTE que o senhor prefere faz exames no Sírio-Libanês” ou “Quem vê pensa que no SUS petista também é bem atendido” e ainda “Quando você foi no SUS, ex-presidiário, pergunta para ele Bolsonaro???”. Além

da politização, algumas postagens contrárias ao SUS apresentaram a desinformação como estratégia narrativa, com informações falsas, distorcidas ou fora de contexto, como demonstra o post a seguir: “Governo do PT financiou hidroelétrica para a ditadura da Nicarágua enquanto menina brasileira morria por falta de recursos no SUS. Comentei o caso há oito anos na TV. Será que vão censurar esse vídeo? Bom, veja antes”.

Por último, importa destacar também que o posicionamento favorável ou neutro em relação ao SUS estava presente entre aqueles que apoiavam o ex-presidente Jair Bolsonaro, como exemplifica a mensagem a seguir:

Boa notícia para os portadores de Atrofia Muscular Espinhal (AME): o medicamento Zolgensma foi aprovado para distribuição via SUS. Esta é uma grande conquista para milhares de brasileiros, através de esforço do Governo @jairbolsonaro e da primeira-dama Michelle Bolsonaro.

Esse dado reflete um certo ajustamento discursivo do governo federal em relação ao SUS no ano político eleitoral de 2022, como forma de mitigação da imagem negativa resultante da gestão da pandemia, o que reverberou nas mensagens de apoiadores de Jair Bolsonaro no *X/Twitter*.

DISCUSSÃO

As disputas de informação sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) estiveram presentes em vários momentos da história da saúde pública no Brasil. O SUS teve sua gênese nos anos 1970, a partir de movimentos sociais e políticos contra a ditadura e pela Democratização do Estado, na defesa por direitos humanos básicos universais (Arouca, 1987, 1988; Heimann; Ibanhes; Barbosa, 2005; Paim *et al.*, 2011). Antes da Constituição de 1988, o setor da saúde pública no Brasil possuía caráter majoritariamente privado, sendo subsidiado com recursos do fundo público (Santos, 2013). O surgimento do SUS e sua consolidação nos anos 1990 promoveu uma ampliação do caráter público do setor, contudo, sem uma ruptura com o setor privado, mantendo-se assim em diálogo complementar (Santos; Ugá; Porto, 2008; Ocké-Reis; Sophia, 2009; Silva; Ruiz, 2020). Tais contradições e fragilidades históricas, representadas pelo diálogo entre público e privado no setor de saúde brasileiro, intercedida pelo papel do Estado e do fundo público na sua regulação e financiamento, tem servido de combustível para o debate público que se estabeleceu sobre o papel do SUS em face à pandemia da Covid-19 (Narvai, 2023; Moraes *et al.*, 2017; Machado, 2023). Apesar de uma prevalência baixa, os posicionamentos contrários estiveram presentes no debate público no *X/Twitter* durante as eleições presidenciais de 2022. Ao longo do ano de 2022, atores governamentais e não-governamentais não só foram sujeitos na difusão de discursos contrários relacionados a essa instituição, como também foram produtores ativos de discursos em defesa da autorregulação do SUS pelo mercado e sua privatização.

Historicamente, o SUS foi apresentado discursivamente nas mídias tradicionais como um sistema limitado e contraditório, repleto de problemas e déficits, sendo impossível de ser gerido e operado (Silva; Ruiz, 2020; Menicucci, 2000; Silva; Rases, 2014; Machado, 2020). A mídia tradicional fez parte ativa desse processo, priorizando historicamente mais os problemas e gargalos do sistema, em detrimento de suas experiências exitosas e avanços administrativos (Machado, 2023; Malinverni; Cuenca, 2017). Contudo, com o avanço da pandemia do coronavírus e a atuação contínua do SUS em tempos de crise sanitária, discursos em apoio e defesa da instituição e da democratização do acesso à saúde passaram a se fazer presentes nas dinâmicas discursivas dos meios de comunicação no Brasil e no ambiente das redes sociais digitais (Bousquat *et al.*, 2021; Recuero; Soares; Zago, 2021; Carvalho *et al.*, 2023). Tratou-se, portanto, de um período marcado não só pelo fenômeno da desinfodemia, sendo seus difusores atores governamentais e não governamentais que adotaram as plataformas de redes sociais para difundir campanhas com conteúdos falsos, como também representou um momento no qual o debate público sobre a importância histórica e continuada do SUS se renova, ganhando maior densidade e

visibilidade (Narvai, 2023; Moraes *et al.*, 2017; Machado, 2023). Em particular, as disputas de informação sobre o SUS ocorridas na plataforma do X/Twitter nesse período, tiveram papel preponderante na construção discursiva realizada pela mídia sobre a situação da saúde pública em nosso país, revelando as potencialidades dessa plataforma no agendamento da imprensa.

O ano político eleitoral de 2022 foi profundamente propício para o estabelecimento de uma imagem menos pessimista e mais informada sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Especialmente, no período das eleições presidenciais, a imagem do SUS perante a opinião pública foi instrumentalizada politicamente no debate público digital em repertórios sobre o papel do Estado e da saúde pública como bem comum, revelando uma certa amplificação dos discursos em defesa do SUS e não se limitando a um debate somente focado em suas crises, contradições e deficiências, narrativa que durante muito tempo prevaleceu no enquadramento das mídias tradicionais (Cardoso; Rocha, 2018; Santos *et al.*, 2022).

A prevalência de discursos favoráveis, por parte de usuários comuns, enfatizou a importância do acesso equitativo à saúde e das experiências individuais dos usuários como elementos cruciais na defesa do SUS, e a valorização da instituição como um exemplo para outros países. O destaque do discurso de valorização e defesa do SUS nas discussões do X/Twitter, evidenciando sua natureza pública e gratuita em comparação com outros sistemas de saúde, como o dos Estados Unidos da América, reafirma a relevância duradoura da instituição para a população brasileira. Mesmo diante das contradições e vulnerabilidades históricas, esses elementos foram cruciais nas conversas públicas sobre o papel do SUS durante a pandemia de Covid-19. Além de expor as persistentes deficiências e desafios enfrentados no âmbito da saúde pública devido ao subfinanciamento crônico do Sistema, a vulnerabilidade experimentada pela população brasileira durante a pandemia parece ter evidenciado de forma mais clara a importância contínua do SUS para o país (Costa; Rizzotto; Lobato, 2020; Henriques; Vasconcelos, 2020). Essa participação, manifestada por usuários comuns na plataforma, pode ser interpretada como um sinal do interesse e da preocupação generalizada da população em relação à saúde pública.

A atuação dos diferentes atores e campos, como político, midiático e da saúde, demonstra a complexidade das narrativas construídas em torno do SUS. Nos campos político e midiático, a participação indica que tanto políticos quanto veículos de comunicação desempenharam papéis cruciais no debate na plataforma, delineando debates sobre desvios orçamentários e falta de atendimento adequado no sistema. A baixa representação do campo da saúde destaca uma oportunidade perdida para incorporar perspectivas mais especializadas e embasadas nas questões técnicas do sistema de saúde, espaço conquistado por profissionais de saúde ao longo da pandemia, e em especial, em um contexto de desinformação e polarização política em saúde (De Souza *et al.*, 2020; Galhardi *et al.*, 2020; Massarani *et al.*, 2021b; Pinto; Carvalho, 2023). A polarização de opiniões sobre o SUS, evidenciada pelos posicionamentos favoráveis e contrários, destaca a complexidade e a sensibilidade do tema e a urgência em maior investimento na presença de profissionais qualificados para debater o sistema de saúde nas mídias sociais e campanhas de reforço da percepção adquirida sobre a importância do sistema público de saúde para a população.

As cinco temáticas identificadas – o SUS no debate político eleitoral, o SUS no debate pós-pandemia, crise, desmonte e privatização do SUS, cortes e desvios no orçamento do SUS, qualidade do atendimento e acesso a tratamentos e procedimentos – oferecem uma visão ampla dos tópicos que permearam as discussões. A distribuição dessas temáticas nas publicações reflete a relevância e a diversidade das preocupações dos usuários do Twitter durante o período eleitoral. Destaca-se que a temática relacionada a cortes e desvios no orçamento do SUS foi proeminente no debate, indicando uma forte preocupação com a gestão financeira do sistema, discurso presente nos repertórios midiáticos e políticos desde a sua criação (Paim, 2018). As contradições e fragilidades históricas do SUS, evidenciadas na interação entre setor público e privado na área da saúde no Brasil, mediadas pela atuação do Estado e do financiamento público para regulação, tornaram-se elementos impulsionadores para as discussões públicas que surgiram

sobre o papel do SUS diante da pandemia de Covid-19. Mais do que revelar as constantes insuficiências e as dificuldades enfrentadas na saúde pública, dado o subfinanciamento crônico do Sistema, o desamparo do povo brasileiro com a pandemia parece ter ajudado a descortinar a importância continuada do SUS para o país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As disputas de informação no *X/Twitter* durante as eleições de 2022 revelaram a profundidade da polarização política e o impacto nocivo da desinformação na saúde pública brasileira, particularmente no que se refere ao Sistema Único de Saúde (SUS). Em períodos eleitorais, as *fake news* tornaram-se uma ameaça crítica à integridade democrática, manipulando a percepção pública e distorcendo o debate sobre políticas essenciais, como a gestão do SUS. O ambiente digital, especialmente as redes sociais, tem sido um campo fértil para a propagação dessas narrativas falsas, frequentemente amparadas pela defesa da liberdade de expressão, que, embora fundamental, não pode servir de pretexto para a disseminação de mentiras e teorias conspiratórias.

A aquisição do *Twitter* por Elon Musk e as mudanças radicais implementadas na plataforma, como a transição para o modelo de serviço pago e o afrouxamento das regras de verificação de contas, agravaram os desafios relacionados à regulação da desinformação. O embate com a justiça brasileira, que culminou no fechamento temporário da plataforma por não atender às exigências judiciais sobre a moderação de conteúdo, ilustra a crescente tensão entre a liberdade de expressão e a responsabilidade social das plataformas. Em tempos eleitorais, essa tensão é ainda mais pronunciada, quando a circulação de *fake news* pode influenciar diretamente os resultados e a confiança nas instituições democráticas.

Diante desse cenário, é urgente que as plataformas digitais desempenhem um papel mais proativo na identificação e combate à desinformação, sem comprometer a liberdade de expressão. Ao mesmo tempo, as autoridades brasileiras precisam reforçar políticas que assegurem o equilíbrio entre um debate público saudável e a proteção contra conteúdos prejudiciais, especialmente em períodos de crise política e sanitária. Apenas com esse esforço coordenado será possível preservar a integridade da informação e garantir que o espaço digital promova discussões baseadas em fatos e evidências, contribuindo positivamente para o fortalecimento da democracia.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A.; QUINAN, R. Crise epistemológica e teorias da conspiração: o discurso anti-ciência do canal “Professor Terra Plana”. *Revista Mídia e Cotidiano*, v. 13, n. 3, p. 83-104, 2019. DOI: <https://doi.org/10.22409/rmc.v13i3.38088>.

ALBUQUERQUE, A. Protecting democracy or conspiring against it? Media and politics in Latin America: A glimpse from Brazil. *Journalism*, v. 20, n. 7, p. 906-923, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1177/1464884917738376>.

AMARAL, A.; JUNG, A.; BRAUN, L.; BLANCO, B. Narratives of Anti-Vaccination Movements in the German and Brazilian Twittersphere: A Grounded Theory Approach. *Media and Communication*, v. 10, n. 2, p. 144-156, 2022. DOI: <https://doi.org/10.17645/mac.v10i2.5037>.

ARAUJO, R. F.; OLIVEIRA, T. M. Desinformação e mensagens sobre a hidroxicloroquina no Twitter: da pressão política à disputa científica. *AtoZ: novas práticas em informação e conhecimento*, v. 9, n. 2, p. 196-205, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5380/atoz.v9i2.75929>.

AROUCA, A. S. Democracia é saúde. In: *Anais da 8a Conferência Nacional de Saúde*, 1987, pp. 35-42. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/699270/42363-democracia-e-saude.pdf>>.

AROUCA, A. S. Saúde na Constituinte: a defesa da emenda popular. *Saúde Debate*, n. 20, 1988, pp. 39-46. Disponível em: <https://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.20+-+abr.+1988&pesq=&x=29&y=9>.



- BOUSQUAT, A. et al. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. Revista USP, 1 (128), 13-26, 2021. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.i128p13-26>.
- BRADSHAW, S.; HOWARD, P. N. Challenging Truth and Trust: A Global Inventory of Organized Social Media Manipulation. Working Paper 2018.1. Oxford, UK: Project on Computational Propaganda, 2018.
- CARDOSO, J. M.; ROCHA, R. L. Interfaces e desafios comunicacionais do Sistema Único de Saúde. Ciência e Saúde Coletiva, v. 23, p. 1871-1880, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.01312018>.
- CARVALHO, E. et al. Esfera pública digital e atores sociais que pautaram as discussões sobre vacinas no Instagram e Facebook no Brasil durante a pandemia de COVID-19 (2020-2021). Observatório (OBS*), v. 17, n. 3, p. 194-216, 2023. DOI: <https://doi.org/10.15847/obsOBS17320232262>.
- COSTA, A. M.; RIZZOTTO, M. L. F.; LOBATO, L. DE V. C. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. Saúde em Debate, v. 44, n. 125, p. 289-296, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012500>.
- DE SOUZA, T. S. et al. Mídias sociais e educação em saúde: o combate às Fake News na pandemia da COVID-19. Enfermagem em Foco, v. 11, n. 1. ESP, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3579>.
- FALCÃO, H. G.; OLIVEIRA, T.; ARAÚJO, R. F. Perspectivas multidisciplinares sobre 'desinformação' em ciência e saúde. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, [S. l.], v. 16, n. 2, 2022. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v16i2.3361>.
- GALHARDI, C. P. et al. Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, v. 25(2), p. 4201-4210, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28922020>.
- GRAMACHO, W. et al. Political Preferences, Knowledge, and Misinformation About COVID-19: The Case of Brazil. Frontiers in Political Science, v. 3, p. 1-13, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpos.2021.646430>.
- HARAMBAM, J.; AUPERS, S. Contesting epistemic authority: Conspiracy theories on the boundaries of science. Public Understanding of Science, v. 24, n. 4, 466-480, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1177/0963662514559891>.
- HEIMANN, L.S.; IBANHEZ, L. C; BARBOZA, R. (Org.). O público e o privado na Saúde. São Paulo: Hucitec, 2005.
- HENRIQUES, C. M. P.; VASCONCELOS, W. Crises dentro da crise: Respostas, incertezas e desencontros no combate a pandemia da Covid-19 no Brasil. Estudos Avançados, v. 34, n. 99, p. 25-44, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.003>.
- KIM, I.; KULJIS, J. Applying content analysis to web-based content. Journal of Computing and Information Technology, v. 18, n. 4, p. 369-375, 2010. DOI: <https://doi.org/10.2498/cit.1001924>.
- LOPES, I. da S. A.; LEAL, D. de U. Entre a pandemia e o negacionismo: a comunicação de riscos da Covid-19 pelo governo brasileiro. Chasqui. Revista Latinoamericana de comunicación, v. 1, n. 145, p. 261-280, 2020. DOI: <https://doi.org/10.16921/chasqui.v1i145.4350>.
- MACHADO, I. B. O Globo e a produção de memórias sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Revista Brasileira de História da Mídia, v. 9, n. 2, p. 149-170, 2020. DOI: <https://doi.org/10.26664/issn.2238-5126.92202011775>.
- MACHADO, I. B. O SUS midiático e a chegada da Covid-19 ao Brasil na cobertura do Jornal O Globo. In: Malinverni, C et. al (org). Desinformação e Covid-19: desafios contemporâneos na comunicação e saúde. São Paulo: Instituto de Saúde, 2023.
- MALINVERNI, C.; CUENCA, A. M. B. Epidemias midiáticas, a doença como um produto jornalístico. In: D'ÁVILA, C.; TRIGUEIROS, U. (Orgs). Comunicação, mídia e saúde: novos agentes, novas agendas. Rio de Janeiro: Luminatti Editora, p. 87-113, 2017.
- MASSARANI, L.; OLIVEIRA, T. Desinformação e divulgação da ciência e da saúde na América Latina. Journal of Science Communication-América Latina, v. 6, n. 1, p. E, 2023. DOI: <https://doi.org/10.22323/3.06010501>.
- MASSARANI, L. M. et al. Infodemia, desinformação e vacinas: a circulação de conteúdos em redes sociais antes e depois da COVID-19. Liinc em Revista, v. 17, n. 1, p. e5689, 2021a. DOI: <https://doi.org/10.18617/liinc.v17i1.5689>.
- MASSARANI, L. M. et al. Vacinas contra a COVID-19 e o combate à desinformação na cobertura da Folha de S. Paulo. Fronteiras - estudos midiáticos, v. 23, n. 2, p. 29-43, 2021b. DOI: <https://doi.org/10.4013/fem.2021.232.03>.
- MENICUCCI, T. M. G. Saúde no Brasil: os desafios para a construção de um sistema público eficiente e eficaz. Conjuntura Política, UFMG, n. 15, p. 27-31, 2000.

MORAES, J. C. O. et al. A Mídia e sua Relação com a Formação de Opiniões Sobre o Sistema Único de Saúde. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 21, n. 2, p. 103-110, 2017. DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2017v21n2.16749>.

NARVAI, P. C. O SUS no centro da disputa política do imaginário social no contexto da pandemia de covid-19. In: Malinverni, C. et. al (org). Desinformação e Covid-19: desafios contemporâneos na comunicação e saúde. São Paulo: Instituto de Saúde, 2023.

NEUENDORF, K. A. Content analysis and thematic analysis. In: BROUGH, P. Research methods for applied psychologists: design, analysis and reporting. Londres: Routledge, p. 211-223, 2019.

OCKÉ-REIS C. O.; SOPHIA D. C. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. Saúde em Debate, v. 33, n. 81, p. 72-79, 2009.

OLIVEIRA, T. Desinformação científica em tempos de crise epistêmica: circulação de teorias da conspiração nas plataformas de mídias sociais. Fronteiras, v. 22, n. 1, p. 21-35, 2020. DOI: <https://doi.org/10.4013/fem.2020.221.03>.

OLIVEIRA, T.; QUINAN, R.; TOTH, J. P. Antivacina, fosfoetanolamina e Mineral Miracle Solution (MMS): mapeamento de fake sciences ligadas à saúde no Facebook. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, v. 14, n. 1, p. 90-111, 2020. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i1.1988>.

OLIVEIRA, T.; QUINAN, R.; ARAGON, R. ENTRE LEGITIMAÇÃO E ATAQUES POLÍTICOS: circulação de sentidos sobre desinformação entre lideranças políticas relacionada ao Covid-19 no Facebook. COMPOLÍTICA - Congresso da Associação Brasileira de Pesquisadores em Comunicação e Política, n. July, p. 1-25, 2021.

OLIVEIRA, T. et al. "Those on the right take chloroquine": The illiberal instrumentalisation of scientific debates during the COVID-19 pandemic in Brasil. Javnost, v. 28, n. 2, p. 165-184, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/13183222.2021.1921521>.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a Covid-19. Organização Pan-Americana da Saúde. 2020. Recuperado 25 janeiro 2023, de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf

PAIM, J. S. et al. O Sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Série: Saúde no Brasil, v.1. The Lancet, 2011.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 1723-1728, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.

PINTO, P. A.; CARVALHO, E. DE M. O enfrentamento à desinformação sobre saúde pública no Brasil: registros entre 2020 e 2022. Revista Eco-Pós, v. 26, n. 01, p. 140-167, 2023. DOI: <https://doi.org/10.29146/eco-ps.v26i01.28051>.

PIRES, B. PF faz as primeiras prisões do orçamento secreto: Operação investiga desvio de 69 milhões de reais do SUS no Maranhão. Revista Piauí, 2022. Disponível em: <https://dev1-piaui.folha.uol.com.br/pf-faz-as-primeiras-priso-es-do-orcamento-secreto/>.

POSETTI, J; BONTICHEVA, K. Desinfodemia: descifrando la desinformación sobre el COVID-19. Paris: UNESCO, 2020. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374416_spa.locale=en.

RECUERO, R.; SOARES, F.; ZAGO, G. Polarização, hiperpartidarismo e câmaras de eco: como circula a Desinformação sobre COVID-19 no Twitter. Contracampo, Niterói, v. 40, n. 1,, jan./abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.22409/contracampo.v40i1.45611>.

RECUERO, R.; SOARES, F. B.; GRUZD, A. Hyperpartisanship, Disinformation and Political Conversations on Twitter: The Brazilian Presidential Election of 2018. Proceedings of the International AAAI Conference on Web and Social Media, v. 14, n. 1, p. 569-578, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1609/icwsm.v14i1.7324>

REGILME, S. Crisis politics of dehumanisation during covid-19: a framework for mapping the social processes through which dehumanisation undermines human dignity. The British Journal of Politics and International Relations, v. 25, n. 3, p. 555-573, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1177/13691481231178247>.

SACRAMENTO, I.; PAIVA, R. Fake news, WhatsApp e a vacinação contra febre amarela no Brasil. MATRIZES, v. 14, n. 1, p. 79-106, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1982-8160.v14i1p79-106>.

SANTOS, I. S., UGÁ, M. A. D., PORTO, S. M. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. Ciência e Saúde Coletiva, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500009>.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: Seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. Ciência e Saúde Coletiva, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100028>.

Este artigo é publicado em Acesso Aberto sob a licença Creative Commons Attribution, que permite o uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que a obra original seja corretamente citada.



SANTOS, R. T. et al. Saúde pública e comunicação: impasses do SUS à luz da formação democrática da opinião pública. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 27, p. 1547-1556, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.02622021>.

SILVA, G. M.; RASERA, E. F. A construção do SUS-problema no jornal Folha de S. Paulo. *História, Ciências, Saúde-manguinhos*, v. 21, n. 1, p. 61-76, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702013005000012>.

SILVA, W. M. F.; RUIZ, J. L. DE S. A centralidade do sus na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal. *Physis*, v. 30, n. 3, p. 1-8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300302>.

WHO – World Health Organization. COVID-19 pandemic: countries urged to take stronger action to stop spread of harmful information. World Health Organization. 2020. Recuperado de <https://www.who.int/news/item/23-09-2020-covid-19-pandemic-countries-urged-to-take-stronger-action-to-stop-spread-of-harmful-information>



Análise dos dados referentes ao uso de soros antipeçonhentos nas notificações dos acidentes ofídicos no Estado do Rio de Janeiro (2013-2022)

Claudio Machado¹Pedro Alves Filho²Luis Eduardo Ribeiro da Cunha²

RESUMO

Este artigo tem por objetivo avaliar a qualidade dos dados provenientes das fichas de notificações emitidas no estado do Rio de Janeiro para os acidentes por serpentes no período de 2013 a 2022, procurando observar se a relação entre a incidência dos acidentes por gênero de serpentes e o tipo de soroterapia utilizado seguiram os procedimentos recomendados pelo Ministério da Saúde. Estudo observacional, descritivo, de abordagem quantitativa com dados de incidência, utilizando dados secundários individualizados e não identificados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Destaca-se o elevado número de notificações onde a serpente não foi reconhecida, sendo esses acidentes classificados como ignorados, apesar do tratamento do acidente por animais peçonhentos estar intimamente relacionado ao animal envolvido. A ausência da informatização no preenchimento dos dados realizado de forma manual pelas Unidades de Saúde ainda é um problema no país. Fato é que se a digitação no sistema fosse descentralizada nas unidades, os erros, a falta de preenchimento de campos e inconsistências diversas poderiam ser precocemente detectadas e corrigidas. Com a implantação do e-SUS SINAN, haverá possibilidade do uso descentralizado e expressiva melhora na qualidade dos dados e na definição de prioridades na área de saúde.

¹ Assessoria de Ensino e Divulgação Científica, Instituto Vital Brazil, Rio de Janeiro, Brasil.

² Diretoria Científica, Instituto Vital Brazil, Rio de Janeiro, Brasil.

Palavras-chave: Acidentes Ofídicos; Confiabilidade dos Dados; Sistemas de Informação em Saúde; Soro Antiveneno.

Keywords: Snakebites; Data Reliability; Health Information Systems; Antivenom Serum.

INTRODUÇÃO

Os acidentes ofídicos ou envenenamento por serpentes peçonhentas têm grande importância no Brasil e no mundo. Esse agravo foi novamente incluído na lista de doenças tropicais negligenciadas da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2017 (WHO, 2023).

Os acidentes ofídicos podem resultar em sequelas físicas e psicológicas permanentes em um número desconhecido de pessoas, causando sofrimento pessoal e social significativos (Bochner; Fiszon; Machado, 2014).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é uma plataforma responsável pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. Nesta lista incluem-se os acidentes por animais peçonhentos, como, por exemplo, os acidentes por serpentes. Nos últimos dez anos, a média anual foi de 30.000 acidentes por serpentes registrados no Brasil pelas notificações do SINAN (Santos; Junior; Castro, 2022).

O preenchimento adequado desses dados permite gerar informações confiáveis, a serem usadas no



monitoramento e na definição das prioridades de intervenção pelos gestores de saúde (Mota; Almeida; Viacava, 2011).

Um dos fatores que agrava a situação dos acidentes ofídicos no país é o desconhecimento por parte dos profissionais da área da saúde no que se refere à identificação correta da serpente e ao conhecimento da sintomatologia relacionada a cada tipo de acidente, o que reflete diretamente no preenchimento das notificações (Machado, 2018; Machado; Lemos, 2016; Machado; Bochner, 2012).

No estado do Rio de Janeiro ocorrem os quatro gêneros que são considerados os de maior importância médica: *Bothrops* (jararaca, jararacuçu e urutu), *Crotalus* (cascavel), *Lachesis* (surucucu pico de jaca) e *Micrurus* (coral verdadeira) (Duque *et al.*, 2023) (Fig.1)



Figura 1 – Exemplos de espécies de cada gênero que ocorrem no Estado do Rio de Janeiro. 1- Jararacuçu (*Bothrops jararacussu*); 2-Cascavel (*Crotalus durissus*); 3- Coral Verdadeira (*Micrurus decoratus*); 4- Surucucu Pico de Jaca (*Lachesis muta*). Foto de Claudio Machado (1, 2 e 4) e Breno Hamdan (3).

A distribuição desses gêneros de serpentes não é uniforme no estado. Serpentes dos gêneros *Micrurus* e *Bothrops* têm sua distribuição por todo o estado, já as serpentes do gênero *Crotalus* se limitam as regiões do Médio Paraíba e Centro-Sul (Machado; Bochner, 2012), embora sua distribuição venha se expandindo ao longo dos últimos anos, já alcançando a região serrana. As serpentes do gênero *Lachesis* são restritas a áreas de matas primárias, que com a progressiva destruição da Mata Atlântica por ações humanas, vêm se tornando raras no estado (Machado, 2018).

Os pacientes acometidos por picadas de serpentes apresentam manifestações clínicas diversas, e as complicações estão relacionados com fatores como a idade e as condições fisiológicas da vítima, além desses, com a espécie de serpente envolvida e a quantidade de veneno inoculado (Provim *et al.*, 2023).

Os soros antiofídicos podem ser monoespecíficos, quando servem apenas para um tipo de envenenamento, ou poliespecíficos que serve para mais de um tipo de envenenamento. Entretanto, quando não for possível identificar a serpente causadora do envenenamento ou quando o quadro clínico do paciente se assemelhar entre dois gêneros distintos, soro poliespecífico poderá ser utilizado (WHO, 2019).

No Brasil, os soros monoespecíficos são o soro antibotrópico (SAB) para acidentes com serpentes do gênero *Bothrops*; soro anticrotálico (SAC) para acidentes com serpentes do gênero *Crotalus* e soro antielapídico (SAE) para acidentes com corais verdadeiras do gênero *Micrurus* e *Leptomicrurus*. Os soros poliespecíficos disponíveis são os soros antibotrópico-crotálico (SABC) nos acidentes por serpentes dos gêneros *Bothrops* ou *Crotalus* e soro antibotrópico-laquétrico (SABL) nos acidentes por serpentes dos gêneros *Bothrops* ou *Lachesis* (Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, 2001).

Os acidentes com serpentes áglifas ou opistóglifas são agrupados em serpentes não peçonhentas. Apesar das opistóglifas produzirem peçonha, essas são consideradas menos agressivas. Além disso, quando ocorre um acidente com essas serpentes, os sintomas geralmente são leves e não requerem soroterapia (Santos *et al.*, 1995).

Dentre as espécies de serpentes consideradas como não peçonhentas das famílias Colubridae e

Dipsadidae, há que se observar que no estado do Rio de Janeiro há registro de ocorrência da “cobra-verde” *Philodryas olfersii* (Duque *et al.*, 2023).

Esta espécie, apesar de não ser considerado uma serpente de importância médica pelo Ministério da Saúde, apresenta registros na literatura onde acidentes podem necessitar de intervenção médica (Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, 2001). Inclusive há registro, ainda que isolado, onde acidente com essa espécie conduziu a óbito do paciente (Salomão; Di-Bernardo, 1995) e, portanto, suas consequências talvez sejam ainda subestimadas (Puerto; França, 2003).

Os acidentes com animais peçonhentos são eventos de notificação compulsória no Brasil, devido à magnitude da morbimortalidade e à capacidade de produzir sequelas temporárias ou permanentes (Chippaux, 2015).

A qualidade dos dados gerados pelas notificações é essencial à produção de informações confiáveis. A forma como são registrados interfere em toda a cadeia de processos informacionais, do registro ao armazenamento e análise, portanto desigualdades nas perdas de dados podem mascarar informações sobre esses acidentes.

Desta forma, o presente estudo tem por objetivo avaliar a qualidade dos dados provenientes das fichas de notificações emitidas no estado do Rio de Janeiro para os acidentes por serpentes no período de 2013 a 2022, procurando observar se a relação entre a incidência dos acidentes por gênero de serpentes e o tipo de soroterapia utilizado seguiram os procedimentos recomendados pelo Ministério da Saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo observacional, descritivo e transversal de abordagem quantitativa com dados de incidência, utilizando dados secundários individualizados e não identificados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN em todas as regiões de saúde (9) e municípios (92) do estado do Rio de Janeiro. A exportação dos dados foi realizada em 23 de outubro de 2023, considerando os municípios notificadores e ano de ocorrência dos agravos.

O banco de dados analisado refere-se ao período de 01 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2022. Na base de dados do SINAN, foram coletadas as informações referentes ao total de casos, independentemente da gravidade do envenenamento (classificação do caso ignorada, leve, moderada ou grave).

As variáveis utilizadas neste estudo para caracterizar o perfil epidemiológico são as mesmas da ficha de notificação de acidentes com animais peçonhentos, algumas classificadas como de preenchimento obrigatório para inclusão da notificação no sistema e outras essenciais para investigação do caso, totalizando 7 variáveis (ano de notificação, ano de ocorrência, tipo de acidente, tipo de serpente, tipo de soro, soroterapia, quantidade de ampolas aplicadas).

Os dados foram analisados com o aplicativo Tabwin 4.15 (Datusus) e planilhas eletrônicas (Microsoft Excel 365 [Versão 2023]).

De acordo com as resoluções n.º 466 de 2012 e n.º 510 de 2016 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, este estudo não necessitou da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa por empregar dados secundários sem identificação dos indivíduos.

RESULTADOS

No período do estudo foram notificados 6597 acidentes por serpentes no estado do Rio de Janeiro. Os acidentes por serpentes do gênero *Bothrops* foram os mais comuns, com 5009 notificações (75,9% do total), seguidos pelos acidentes por serpentes do gênero *Crotalus* com 262 notificações (4%), elapídicos com 46 (0,7%), laquéuticos (0,2%) e por serpentes não peçonhentas com 202 notificações (3,1%), com 1065 ignorados (16,1%) (Tabela 1). Ao longo do período, houve redução dos registros de acidentes botrópicos e concomitantemente aumento do número de notificações ignoradas.

Acidentes por serpentes do gênero *Bothrops*

Nos acidentes botrópicos, dos 5009 acidentes notificados, em 4624 (70,1%) acidentes houve aplicação de soro e em 177 (2,7%) acidentes não houve necessidade de aplicação do soro. A informação sobre a utilização ou não de soroterapia foi assinalada como ignorada em 208 (3,2%) acidentes (Tabela 1).

Tabela 1. Número e percentual de notificações pelos tipos de acidentes com serpentes e aplicação de algum tipo de soro antipeçonhento. Estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2022. Ign: ignorados.

Tipo de acidente e Aplicação de Soro	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Botropico	488(100)	419(100)	510(100)	534(100)	574(100)	578(100)	539(100)	455(100)	451(100)	451(100)	5009(100)
Sim	473(96,9)	395(94,3)	482(94,5)	420(9,1)	498(93,3)	529(92)	532(92)	494(91,7)	412(90,5)	389(86,3)	4624(92,3)
Não	6(1,2)	15(3,6)	19(3,7)	22(4,8)	18(3,4)	24(4,2)	18(3,1)	19(3,5)	14(3,1)	22(4,9)	177(3,5)
Ign/branco	9(1,8)	9(2,1)	9(1,8)	19(4,1)	18(3,4)	21(3,7)	28(4,8)	26(4,8)	29(6,4)	40(8,9)	208(4,2)
Crotalico	10(100)	30(100)	23(100)	18(100)	23(100)	34(100)	27(100)	40(100)	22(100)	35(100)	262(100)
Sim	10(100)	25(83,3)	21(91,3)	17(94,4)	22(95,7)	30(88,2)	25(92,6)	38(95)	20(90,9)	30(85,7)	238(90,8)
Não	0(0)	2(6,7)	2(8,7)	0(0)	1(4,3)	2(5,9)	2(7,4)	0(0)	1(4,5)	2(5,7)	12(4,6)
Ign/branco	0(0)	3(10)	0(0)	1(5,6)	0(0)	2(5,9)	0(0)	2(5)	1(4,5)	3(8,6)	12(4,6)
Elapidico	2(100)	4(100)	1(100)	4(100)	7(100)	6(100)	5(100)	5(100)	4(100)	8(100)	46(100)
Sim	2(100)	3(75)	1(100)	4(100)	6(85,7)	6(100)	3(60)	3(60)	3(75)	6(75)	37(80,4)
Não	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(14,3)	0(0)	2(40)	1(20)	1(25)	2(25)	7(15,2)
Ign/branco	0(0)	1(25)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(20)	0(0)	0(0)	2(4,3)
Laquetico	1(100)	1(100)	2(100)	0(0)	3(100)	1(100)	0(0)	1(100)	2(100)	2(100)	13(100)
Sim	1(100)	1(100)	2(100)	0(0)	3(100)	1(100)	0(0)	0(0)	2(100)	1(50)	11(84,6)
Não	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
Ign/branco	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(100)	0(0)	1(50)	2(15,4)
Não Peçonhenta	11(100)	9(100)	9(100)	8(100)	16(100)	29(100)	35(100)	35(100)	23(100)	27(100)	202(100)
Sim	2(18,2)	0(0)	1(11,1)	1(12,5)	5(31,3)	2(6,9)	6(17,1)	1(2,9)	3(13)	1(3,7)	22(10,9)
Não	7(63,6)	7(77,8)	6(66,7)	5(62,5)	11(68,8)	24(82,8)	28(80)	29(82,9)	17(73,9)	21(77,8)	155(76,7)
Ign/branco	2(18,2)	2(22,2)	2(22,2)	2(25)	0(0)	3(10,3)	1(2,9)	5(14,3)	3(13)	5(18,5)	25(12,4)
Ignorado	76(100)	86(100)	92(100)	61(100)	83(100)	124(100)	146(100)	121(100)	125(100)	151(100)	1065(100)
Sim	54(71,1)	43(50)	57(62)	36(59)	42(50,6)	73(58,9)	66(45,2)	61(50,4)	52(41,6)	68(45)	552(51,8)
Não	12(15,8)	26(30,2)	17(18,5)	9(14,8)	21(25,3)	27(21,8)	49(33,6)	32(26,4)	32(25,6)	45(29,8)	270(25,4)
Ign/branco	10(13,2)	17(19,8)	18(19,6)	16(26,2)	20(24,1)	24(19,4)	31(21,2)	28(23,1)	41(32,8)	38(25,2)	243(22,8)
Total Ano	588	549	637	552	666	758	791	741	631	674	6.597

Fonte: SINAN. Dados exportados em 23 de outubro de 2023

Dentre as 4624 notificações onde houve utilização de algum tipo de soro, os campos onde se indicavam o tipo de soro utilizado foram preenchidas em 4514 (97,6%) notificações, ficando esses campos em branco por falha no preenchimento em 110 (2,4%) notificações.

Nos acidentes botrópicos, em 4501 casos (99,68%) foi utilizado apenas um tipo de soro que continha a fração botrópica, ou seja, SAB, SABC ou SABL. Mesmo soros que não continham a fração botrópica, como o SAC ou até mesmo soro para acidentes com aranhas foram administrados em alguns casos. O soro anticrotático foi utilizado em dois casos e o soro antiaracnídico em apenas um único caso, mas é um equívoco não frequente ao longo do período (Tabela 2).

Tabela 2. Número e percentual de notificações onde foram administrados soros antipeçonhentos nos acidentes por serpentes do gênero Bothrops. Estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2022. SAB: Soro antibotrópico; SABC: soro antibotrópico-crotálico; SABL: soro antibotrópico-lauquétrico; SAC: soro anticrotálico; SAB+SAC: soro antibotrópico e soro anticrotálico; SAB+SABL: soro antibotrópico; ARAC: soro antiaracnídeo; SABC+SAB: soro antibotrópico-crotálico e soro antibotrópico.

Ano	SAB	SABC	SABL	SAC	SAB+SAC	SAB+SABL	ARAC	ESCOR	SAB+LONO	SABC+SAB	Total
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
2013	462(98,5)	2(0,4)	5(1,1)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	469(100)
2014	384(98,2)	0(0)	6(1,5)	0(0)	1(0,3)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	391(100)
2015	464(98,7)	1(0,2)	4(0,9)	0(0)	1(0,2)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	470(100)
2016	406(97,4)	1(0,2)	7(1,7)	0(0)	0(0)	2(0,5)	1(0,02)	0(0)	0(0)	0(0)	417(100)
2017	477(97,5)	4(0,8)	7(1,4)	1(0,2)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	489(100)
2018	514(99,4)	2(0,4)	1(0,2)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	517(100)
2019	506(98,3)	0(0)	6(1,2)	1(0,2)	1(0,2)	1(0,02)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	515(100)
2020	480(99,2)	0(0)	3(0,6)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(0,2)	484(100)
2021	388(99,2)	1(0,3)	0(0)	0(0)	1(0,3)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(0,3)	391(100)
2022	368(99,2)	2(0,5)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(0,3)	371(100)
Total	4449(98,6)	13(0,3)	39(0,9)	2(0,05)	4(0,1)	3(0,1)	1(0,03)	0(0)	0(0)	3(0,1)	4514(100)

Fonte: SINAN. Dados exportados em 23 de outubro de 2023

Ainda, em 10 casos foram utilizados mais de um tipo de soro por acidente, combinando-se 2 tipos de soros antiofídicos.

Dos tipos de soro informados, o mais utilizado foi o soro antibotrópico em 457 (91,58%) casos. Os demais soros utilizados, inclusive combinações dentre eles são listados na Tabela 3.

Tabela 3. Número e percentual de notificações onde foram administrados soros antipeçonhentos nos acidentes por serpentes de gênero ignorado. Estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2022. SAB: Soro antibotrópico; SABC: soro antibotrópico-crotálico; SABL: soro antibotrópico-lauquétrico; SAC: soro anticrotálico; SAB+SAC: soro antibotrópico e soro anticrotálico; SAB+SABL: soro antibotrópico; ARAC: soro antiaracnídeo; SABC+SAB: soro antibotrópico-crotálico e soro antibotrópico.

Ano	SAB	SABC	SABL	SAC	SAB+SAC	SAB+SABL	ARAC	ESCOR	SAB+LONO	SABC+SAB	Total
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
2013	45(90)	1(2)	0(0)	1(2)	0(0)	0(0)	2(4)	0(0)	1(2)	0(0)	50(100)
2014	38(95)	0(0)	2(5)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	40(100)
2015	47(87)	0(0)	2(5,7)	3(5,6)	1(1,9)	0(0)	1(1,9)	0(0)	0(0)	0(0)	54(100)
2016	32(94,1)	1(2,9)	0(0)	1(2,9)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	34(100)
2017	31(88,6)	2(5,7)	0(0)	1(2,9)	0(0)	0(0)	0(0)	1(2,9)	0(0)	0(0)	35(100)
2018	63(94)	2(3)	0(0)	1(1,5)	0(0)	1(1,5)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	67(100)
2019	54(88,5)	2(3,3)	0(0)	4(6,6)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(1,6)	61(100)
2020	52(92,9)	1(1,8)	0(0)	2(3,6)	0(0)	0(0)	1(1,8)	0(0)	0(0)	0(0)	56(100)
2021	39(92,9)	0(0)	0(0)	1(2,4)	2(4,8)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	42(100)
2022	56(93,3)	0(0)	1(1,7)	0(0)	3(5)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	60(100)
Total	457(91,6)	9(1,8)	5(1)	14(2,8)	6(1,2)	1(0,2)	4(0,8)	1(0,2)	1(0,2)	1(0,2)	499(100)

Fonte: SINAN. Dados exportados em 23 de outubro de 2023

Acidentes por serpentes do gênero Crotalus

Nos acidentes crotálicos, dos 262 acidentes notificados, houve aplicação de soro em 238 (90,8%) deles. Em 12 casos não houve tratamento soroterápico (4,5%) e em outros 12 (4,5%) casos essa informação não foi fornecida, sendo considerada como ignorada.

Dentre as 238 notificações onde houve utilização de algum tipo de soro, os campos onde se indicavam o tipo de soro utilizado foram preenchidas em 231 notificações (Tabela 4), ficando por esses campos em branco por falha no preenchimento em sete notificações.

Nos acidentes crotálicos em 206 casos foi utilizado apenas um tipo de soro que continha a fração crotálica, ou seja, SAC (187 casos, 90,77%) ou SABC (19 casos, 9,22%). Mesmo soros que não continham a fração crotálica, como o SAB, SABL ou até mesmo soro para acidentes com aranhas foram administrados em alguns casos. O soro antibotrópico foi utilizado em 18 casos (8,73%). O soro antibotrópico-laquéutico foi utilizado em dois casos (0,97%) e o soro antiaracnídico em apenas um único caso (0,48%).

Ainda em quatro casos foram utilizados mais de um tipo de soro por acidente, combinando-se dois tipos de soros antiofídicos: o soro antibotrópico e o soro anticrotálico (Tabela 4).

Tabela 4. Número e percentual de notificações segundo administração de soros antipeçonhentos nos acidentes por serpentes do gênero *Crotalus*, *Micrurus* e *Lachesis*. Estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2022. SAB: Soro antibotrópico; SAE: soro antielapídico; SABL: soro antibotrópico-laquéutico; SABC: soro antibotrópico-crotálico; SAC: soro anticrotálico; SAB+SAC: soro antibotrópico e soro anticrotálico; ARAC: soro antiaracnídico.

Gênero	Ano	SAB	SAE	SABL	SABC	SAC	SAB+SAC	ARAC	Total
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
<i>Crotalus</i>	2013	2(20)	0(0)	0(0)	0(0)	8(80)	0(0)	0(0)	10(100)
	2014	2(8,3)	0(0)	2(8,3)	2(8,3)	18(75)	0(0)	0(0)	10(100)
	2015	6(28,6)	0(0)	0(0)	0(0)	15(71,4)	0(0)	0(0)	21(100)
	2016	1(5,9)	0(0)	0(0)	4(23,5)	12(70,6)	0(0)	0(0)	17(100)
	2017	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	20(100)	0(0)	0(0)	20(100)
	2018	1(3,3)	0(0)	0(0)	4(13,3)	24(80)	1(3,3)	0(0)	20(100)
	2019	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	21(95,5)	1(4,5)	0(0)	22(100)
	2020	2(5,4)	0(0)	0(0)	3(8,1)	32(86,5)	0(0)	0(0)	37(100)
	2021	2(10)	0(0)	0(0)	3(15)	14(70)	1(5)	0(0)	20(100)
	2022	2(6,7)	0(0)	0(0)	3(10)	23(76,7)	1(3,3)	1(3,3)	30(100)
	Subtotal	18(7,8)	0(0)	2(0,9)	19(8,2)	187(81)	4(1,7)	1(0,4)	231(100)
<i>Micrurus</i>	2013	1(50)	1(50)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(100)
	2014	1(33,3)	2(66,7)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	3(100)
	2015	0(0)	1(100)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(100)
	2016	0(0)	4(100)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	4(100)
	2017	1(16,7)	5(83,3)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	6(100)
	2018	4(66,7)	2(33,3)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	6(100)
	2019	0(0)	3(100)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	3(100)
	2020	1(33,3)	2(66,7)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	3(100)
	2021	0(0)	2(100)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(100)
	2022	0(0)	6(100)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	6(100)
	Subtotal	8(22,2)	28(77,8)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	36(100)
<i>Lachesis</i>	2013	1(100)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(100)
	2014	1(100)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(100)
	2015	1(50)	0(0)	1(50)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(100)
	2016	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
	2017	1(33,3)	0(0)	2(66,7)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	3(100)
	2018	1(100)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(100)
	2019	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
	2020	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
	2021	2(100)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(100)
	2022	1(100)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(100)
	Subtotal	8(72,7)	0(0)	3(27,3)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	11(100)
TOTAL		34(12,2)	28(10,1)	5(1,8)	19(6,8)	187(67,3)	4(1,4)	1(0,4)	278(100)

Fonte: SINAN. Dados exportados em 23 de outubro de 2023



Acidentes por serpentes do gênero *Micrurus*

Nos acidentes por cobras corais verdadeiras do gênero *Micrurus*, dos 46 acidentes notificados, houve aplicação de soro em 37 (80,4%) deles. Em sete casos (15,2%) não houve tratamento soroterápico e em outros dois casos (4,3%) essa informação não foi fornecida, sendo considerada como ignorada.

Dentre as 37 notificações onde houve utilização de algum tipo de soro, os campos onde se indicavam o tipo de soro utilizado foram preenchidas em 36 notificações (Tabela 4), ficando apenas uma notificação com esse campo em branco por falha no preenchimento.

Nos acidentes elapídicos (*Micrurus*), das 36 notificações onde foi informado o tipo de soro utilizado, em 28 delas foi utilizado o soro antielapídico e em oito casos o soro antibotrópico (Tabela 4).

Acidentes por serpentes do gênero *Lachesis*

Foram notificados no período 13 acidentes por serpentes do gênero *Lachesis*, todos com utilização de soro. Nesses acidentes, foram notificados 11 casos com registro do tipo de soro, com uso do soro antibotrópico-laquético em três casos e o soro antibotrópico em oito casos (Tabela 4). Em dois acidentes o uso de soroterapia não foi informado.

Acidentes por serpentes não peçonhentas

Nos acidentes por serpentes não peçonhentas, dos 202 acidentes notificados (3,06%), houve aplicação de soro em 22 deles (0,33%). Em 155 (2,34%) casos não houve tratamento soroterápico e em outros 25 (0,37%) casos essa informação não foi fornecida, sendo considerada como ignorada (Tabela 1).

Nas 22 notificações (10,89%) com uso de soro, em 16 delas foi informado o soro utilizado, sendo este o soro antibotrópico em todos os casos, porém em seis notificações o tipo de soro utilizado não foi informado.

Acidentes por serpentes de gênero ignorado

Em 1065 acidentes notificados no período estudado não foi possível identificar o gênero da serpente causadora do acidente. Mesmo assim, em 552 (52,3%) desses acidentes foi utilizado algum tipo de soro antipeçonhento e em 270 (25,35%) casos nenhum tipo de soro foi utilizado. A informação sobre o uso ou não de soro foi ignorada em 243 (22,8%) notificações (Tabela 1).

Das 552 notificações onde houve aplicação de soro, em 499 delas foram informados os tipos de soro utilizado, porém, em 53 casos essa informação foi omitida.

DISCUSSÃO

Conforme pode ser observado, serpentes do gênero *Bothrops* são historicamente as que mais são registradas em acidentes no estado do Rio de Janeiro, conforme já relatado por diversos autores (Duque *et al.*, 2023; Machado; Bchner; Fiszon, 2012). O elevado número de acidentes com serpentes do gênero *Bothrops* pode ser justificado por este gênero ser nativo das áreas de Mata Atlântica e ter se adaptado à urbanização desordenada causada pelo homem (Melo; Oliveira; Moraes, 2011).

Embora os acidentes com serpentes do gênero *Crotalus* apresente-se como o segundo maior em prevalência nos casos de ofidismo no estado, eles são de grande importância para a saúde pública devido à alta taxa de letalidade, pois tendem a evoluir para Insuficiência Renal Aguda com frequência (Rulli; Paiva; Thomazine, 2023). No período estudado, houve três notificações com evolução para óbito, cuja letalidade no estado do Rio de Janeiro para esse tipo de serpente foi de 15,8%.

Destaca-se o elevado número de notificações (1065, 16,14%), onde a serpente não foi reconhecida, sendo esses acidentes classificados como ignorados (Tabela 1). A grande porcentagem de ignorados é um fator que dificulta a análise e comparação dos dados, segundo a literatura, a partir da incompletude, com os seguintes graus de avaliação: excelente (menor de 5%), bom (5% a 10%), regular (10% a 20%), ruim (20% a 50%) e muito ruim (50% ou mais) (Romero; Cunha, 2006). O tratamento do acidente por animais peçonhentos está intimamente relacionado ao agente etiológico envolvido. Uma vez que, segundo o Ministério da Saúde (Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, 2001), toda identificação do animal causador do acidente deve ser baseado na sintomatologia apresentada pelo paciente, pode-se supor pelos resultados encontrados que houve dificuldade dos profissionais de saúde do estado em associar cada quadro clínico e seus respectivos sintomas à identificação da serpente causadora do acidente.

Avaliando-se um período longo de 10 anos, como foi feito nessa pesquisa, pôde-se observar como alguns aspectos no preenchimento das fichas de notificação têm sido negligenciados. Informações básicas como de utilização ou não de soroterapia foi ignorada em 4,42% dos acidentes envolvendo todos os gêneros de serpentes. Erros e omissões no preenchimento das fichas de notificação têm sido frequentemente relatados na literatura especializada (Saraiva *et al.*, 2012; Cupo, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde (Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, 2001), após a identificação da serpente causadora do acidente, em caso de necessidade, deve ser administrado soro compatível. São regularmente registrados casos em que foram administrados soros totalmente incompatíveis com o animal identificado como causador do acidente.

Nos acidentes botrópicos, foram relatados o uso de soro anticrotálico em dois casos (0,04%) e antiaracnídico em um caso (0,02%), na Tabela 2.

Nos acidentes crotálicos foram notificados administração de soro antibotrópico em 18 casos (7,79%) e antiaracnídico em 187 casos (80,95%) e nos acidentes elapídicos foram notificados oito casos (22,22%) com administração de soro antibotrópico (Tabela 4).

Foram notificados no período 11 acidentes que foram indevidamente registrados como acidentes por serpentes do gênero *Lachesis*. Segundo Duque *et al.* (2023) não há registro comprovado da ocorrência desta espécie no estado do Rio de Janeiro nos últimos 18 anos.

A surucucu pico de jaca (*Lachesis muta*) é uma serpente tradicionalmente restrita a fragmentos florestais, habitando mais frequentemente florestas primárias. Desta forma, os acidentes laquéticos relatados podem ter sido erros de diagnóstico, identificações incorretas dos animais, ou mesmo erros no preenchimento da ficha de notificação.

Conclusão semelhante foi relatada por Coelho (2018), em estudo sobre a distribuição de *Lachesis*, onde destacou que aproximadamente 30% das notificações de acidentes laquéticos no Brasil ocorreram em regiões onde não há ocorrência da espécie e, portanto, relacionou essas notificações a identificações taxonômicas equivocadas ou erros no preenchimento da ficha de notificação.

Nos acidentes por serpentes não peçonhentas não há recomendação do uso de qualquer tipo de soro (Nicoletti *et al.*, 2010). Mesmo assim foram notificados 22 casos (10,9%), na Tabela 1, em que houve administração de soro, sendo que em 16 destes casos o soro administrado foi o soro antibotrópico.

Embora, na Tabela 1, 16,14% (1065 notificações) não tenham a identificação da serpente, aproximadamente 52% (552 notificações) tiveram tratamento soroterápico, sendo 99% relacionados a serpente, 0,6% a picadas de aranhas, 0,1% a escorpiões e 0,3% lagartas. Esses tratamentos envolveram todos os soros relacionados às serpentes, mas também soros contra picada de aranhas, de escorpiões e até de lagartas.

Perdas na informação, devido ao mau preenchimento de campos, são especialmente sensíveis nos registros de acidentes por animais peçonhentos, em particular, nas serpentes e têm sido observadas em vários municípios do país. Conclusões semelhantes foram observadas por Silva *et al.* (2020), com 10% de ignorados/brancos para Catalão - GO; Magalhães *et al.* (2020), 24,87% para Alagoas e 34,06% para Pernambuco; Cheung e Machado (2017), com 69% para a Região dos Lagos - RJ; Ladeira e Machado, (2017) com 10,9% para Ponte Nova - MG, dentre outros.

Carvalho *et al.* (2023) também verificou a grande expressividade no número de notificações classificadas como ignorado/branco, principalmente no tangente ao tipo de serpente causadora do agravo (51%), o que acaba dificultando a obtenção de dados fidedignos.

A distribuição da biodiversidade de espécies de importância médica no estado não é homogênea, como, por exemplo, a cascavel *Crotalus durissus* que vem tendo sua distribuição recentemente alterada devido ao desmatamento e mudanças climáticas (Guerra *et al.*, 2022). Desta forma, particularidades regionais podem ser ignoradas devido a perdas de informação por erro de preenchimento das notificações.

Segundo Brito *et al.* (2023), no Brasil, os sistemas de informação em saúde têm apresentado melhorias nas últimas décadas, como a integração de informações entre os sistemas e o uso de técnicas de *linkage*, contudo, essas melhorias ainda são insuficientes, devido às falhas no preenchimento das fichas e pluralidade de responsáveis pela alimentação da base de dados. Para melhorar a qualidade dos dados, é importante investir na capacitação profissional para que os técnicos responsáveis pela notificação possam preencher corretamente e reconhecer problemas na unidade notificadora, a fim de obter dados mais confiáveis e melhorar as análises das fichas de notificação (Puppin *et al.*, 2023).

A qualidade no preenchimento das Fichas de Notificação é também uma garantia que o atendimento segue as normativas do Ministério da Saúde. Informações perdidas no preenchimento desses campos mascaram o real cenário da assistência às vítimas.

A ausência da informatização no preenchimento dos dados, realizado de forma manual pelas Unidades de Saúde, ainda é um problema no país. Fato é que se as fichas fossem informatizadas, erros, falta de preenchimento de campo e inconsistências diversas poderiam ser precocemente detectadas, melhorando a qualidade da informação final. O Ministério da Saúde iniciou a implantação de nova versão do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, denominada e-SUS SINAN. Por ser um sistema totalmente on-line, haverá possibilidade do uso descentralizado nos estabelecimentos de saúde em todos os níveis de atenção. Dessa forma, espera-se expressiva melhora na qualidade dos dados e na definição de prioridades na área de saúde.

Deve-se ressaltar que uma boa distribuição de soros e profissionais de saúde bem treinados são também componentes essenciais para o sucesso do controle do envenenamento por picadas de cobra.

REFERÊNCIAS

- BOCHNER, R.; FISZON, J. T.; MACHADO, C. A Profile of Snake Bites in Brazil, 2001 to 2012. *Journal of Clinical Toxicology*, v. 4, n. 3, p. 1-7, 2014. DOI: <https://doi.org/10.4172/2161-0495.1000194>.
- BRITO, M.; Almeida, A. C. C. de; CAVALCANTE, F.; MISE, Y. F. Completeness of notifications of accidents involving venomous animals in the Information System for Notifiable Diseases: a descriptive study, Brazil, 2007-2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde: Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*, v. 32, n. 1, p. e2022666, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/s2237-96222023000100002>.
- CARVALHO, G. C. dos S.; COSTA, L. da S.; VIANA, M. D. H.; MARANHÃO, E. P.; *et al.* Perfil epidemiológico dos acidentes botrópicos notificados na região do Baixo Amazonas no período de 2019 a 2021. *E-Acadêmica*, v. 4, n. 1, p. e1941431, 2023. DOI: <https://doi.org/10.52076/eacad-v4i1.431>.
- CHEUNG, R.; MACHADO, C. Acidentes por animais peçonhentos na região dos lagos, Rio de Janeiro, Brasil. *Journal Health NPEPS*, v. 2, n. 1, p. 73-87, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1775>>.
- CHIPPAUX, J.-P. Epidemiology of envenomations by terrestrial venomous animals in Brazil based on case reporting: from obvious facts to contingencies. *Journal of Venomous Animals and Toxins including Tropical Diseases*, v. 21, n. 1, p. 1-17, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40409-015-0011-1>.
- COELHO, N. Q. K. C. Modelagem da distribuição potencial de *Lachesis muta* (linnaeus, 1766) (Serpentes|: Viperidae) e a distribuição do soro antilaquéutico no Brasil. 90 f. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, 2018. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25641>>.
- CUPO, P. Bites and stings from venomous animals: a neglected Brazilian tropical disease. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 48, n. 6, p. 639-641, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0387-2015>.
- DUQUE, B. R. *et al.* Venomous snakes of medical importance in the Brazilian state of Rio de Janeiro: habitat and taxonomy against ophidism. *Brazilian Journal of Biology*, v. 83, p. e272811, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1519-6984.272811>.
- GUERRA, G. F. C.; VALE, M. M., TARDIN, R., & FERNANDES, D. S. Global change explains the neotropical rattlesnake *Crotalus durissus* (Serpentes: Viperidae) range expansion in South America. *Research Square*, p. 1-19, 2022. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1933852/v1>.
- LADEIRA, C. G. P.; MACHADO, C. Epidemiologia dos acidentes com animais peçonhentos na região de Ponte Nova, Minas Gerais, Brasil. *Journal Health NPEPS*, v. 2, n. 1, p. 40-57, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1785>>.



- MACHADO, C. Acidentes ofídicos no Brasil: da assistência no município do Rio de Janeiro ao controle da saúde animal em instituto produtor de soro antiofídico. 2018. 140 f. Thesis - FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, 2018. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/27452>>.
- MACHADO, C.; BOCHNER, R. A informação dos acidentes crotálicos no Estado do Rio de Janeiro, 2001 a 2010. *Gaz. Med. Bahia*, 1. v. 82, p. 78-84, 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/274955859_A_informacao_nos_acidentes_crotalicos_no_estado_do_Rio_de_Janeiro_2001_a_2010>.
- MACHADO, C.; BOCHNER, R.; FISZON, J. T. Epidemiological profile of snakebites in Rio de Janeiro, Brazil, 2001-2006. *J. of Venom. Anim. and Toxins incl. Trop. Dis.*, v. 18, n. 2, p. 217-224, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1678-91992012000200012>.
- MACHADO, C.; LEMOS, E. R. S. de. Ofidismo no estado do Rio de Janeiro, BRASIL (2007 -2013). *Rev. Eletrônica Estácio Saúde*, v. 5, n. 1, p. 1-12, 2016.
- MAGALHÃES, C. dos S.; BALTAR, S. L. S. M. de A.; BEZERRA, M. L. de M. B.; RANDAU, K. P. Aspectos epidemiológicos e clínicos dos acidentes ofídicos ocorridos nos estados de Alagoas e de Pernambuco. *Revista Saúde e Meio Ambiente*, v. 10, n. 1, p. 119-132, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/9953>>.
- MELO, M. M.; OLIVEIRA, G. H.; MORAES, C. G. Aspectos Epidemiológicos dos Acidentes Ofídicos Notificados no estado de Goiás, no Período entre 2006 e 2008. 2o Simpósio Nacional de Ciência e Meio Ambiente, v. 2, n. 1, p. 1-15, 2011. Disponível em: <<https://anais.unievangelica.edu.br/index.php/sncma/article/view/1756/530>>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Org.). Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos — Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/animais-peconhentos/aguas-vivas-e-caravelas/publicacoes/manual-de-diagnostico-e-tratamento-de-acidentes-por-animais-peconhentos.pdf/view>>.
- MOTA, E. L. A.; ALMEIDA, M. F. de; VIACAVA, F.. O dado epidemiológico: estrutura, fontes, propriedades e instrumentos. In: FILHO, N. A.; BARRETO, M. L. (Org.). *Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações*. São Paulo: Guanabara Koogan, 2011. p. 85-94. Disponível em: <<https://repositorio.usp.br/item/002277232>>.
- NICOLETI, A. F.; MEDEIROS, C. R. de; DUARTE, M. R.; FRANÇA, F. O. de S. Comparison of Bothropoides jararaca bites with and without envenoming treated at the Vital Brazil Hospital of the Butantan Institute, State of São Paulo, Brazil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 43, n. 6, p. 657-661, dez. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0037-86822010000600011>.
- PROVIM, M. H.; BACCIN, M. A.; ZUGE, S. S.; TRENNPOHL FILHO, V. H.; LUTINSKI, J. A. Epidemiologia e clínica dos acidentes causados por animais peçonhentos no Sul do Brasil. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 19, p. e1929, 2023. DOI: <https://doi.org/10.14393/Hygeia1967803>.
- PUORTO, G.; FRANÇA, F. O. S. Serpentes não peçonhentas e aspectos clínicos dos acidentes. In: CARDOSO, J. L. C. *et al.* (Org.). *Animais peçonhentos no Brasil: biologia, clínica e terapêutica dos acidentes*. São Paulo: Sarvier, 2003. p. 33-61. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-355800>>.
- PUPPIN, A. M. de S.; BALBINO, C. M.; OLIVEIRA, D. F. de; RAMOS, R. M. de O.; RIBEIRO, C. B.; LOUREIRO, L. H. Deficiências nas notificações compulsórias: revisão sistemática. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, v. 16, n. 11, p. 27611-27628, 2023. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.11-171>.
- ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. da. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 3, p. 673-681, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300022>.
- RULLI, A. F. A.; PAIVA, B. M. F. Z. de; THOMAZINE, G. R. Incidência Nacional de acidentes de Crotalus sp e sua implicância nos casos graves de injúria renal aguda. *Revista Foco*, v. 16, n. 10, p. 1-21, 2023. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n10-054>.
- SALOMÃO, E. L.; DI-BERNARDO, M. *Philodryas olfersii*: uma cobra comum que mata. Caso registrado na área da 8a Delegacia Regional de Saúde. *Arquivos da Sociedade de Zoológicos do Brasil*, v. 21, p. 14-16, 1995.
- SANTOS, M. L. S. dos; JUNIOR, C. A. S.; CASTRO, D. P. Caracterização epidemiológica dos acidentes ofídicos no município de Russas, Ceará. *Revista Conexão ComCiência*, v. 2, n. 1, p. e7287, 2022. Disponível em: <<https://revistas.uece.br/index.php/conexaocomciencia/article/view/7287>>.
- SANTOS, M. C. dos; MARTINS, M.; BOECHAT, A. L.; SÁ-NETO, R. P. de; OLIVEIRA, M. E. de. Serpentes de interesse médico da Amazônia. Manaus: UA/SESU, 1995. Disponível em: <https://www.academia.edu/27989475/Serpentes_de_interesse_m%C3%A9dico_da_Amaz%C3%B4nia>.
- SARAIVA, M. G.; OLIVEIRA, D. de S.; FILHO, G. M. C. F.; COUTINHO, L. A. S. de A.; GUERREIRO, J. V. Perfil epidemiológico dos acidentes ofídicos no estado da Paraíba, Brasil, 2005 a 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 21, n. 3, p. 449-456, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000300010>.
- SILVA, M. V. R.; ARAÚJO, A. M. de; MARTINS, B. S.; OLIVEIRA, S. V. de. Acidentes ofídicos em Catalão, Goiás, Brasil. *Revista Saúde e Meio Ambiente*, v. 11, n. 2, p. 140-148, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/9299>>.
- WHO - World Health Organization.. Global report on neglected tropical diseases. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2023. Disponível em: <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365729/9789240067295-eng.pdf?sequence=1>>.
- WHO - World Health Organization. Snakebite envenoming: a strategy for prevention and control. Geneva: PLoS neglected tropical diseases, 2019. v. 392. Disponível em: <<https://iris.who.int/handle/10665/324838>>.





Violência Obstétrica e Psicologia Hospitalar: Uma revisão narrativa

Ana Carolina Gomes Souza¹ 

Mylene Santos Andrade Lima² 

RESUMO

O presente artigo trata-se de uma revisão narrativa da literatura acerca da violência obstétrica. Foram consultados 21 artigos reunidos dos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e da Scientific Electronic Library (SciELO), publicados entre 2015 e 2021. Os estudos demonstram que a violência obstétrica sofrida pelas mulheres é marcada pelo desrespeito, negligência e omissão de informações, em razão da falta de protagonismo no pré e pós parto. Diante disso, é imprescindível garantir o respeito a sua saúde sexual e reprodutiva com o processo de humanização, que pretende reforçar o direito à atenção integral à saúde. A partir da compreensão do fenômeno da violência obstétrica, essa pesquisa discute as possibilidades de atuação do psicólogo hospitalar em seu enfrentamento desta problemática. Constatou-se a associação da violência obstétrica à hierarquia na relação médico-paciente e às condições estruturais da instituição, o que favorece a manutenção do adoecimento psíquico das parturientes. Frente ao quadro, a atuação do psicólogo hospitalar envolve acolher o sofrimento decorrente da violência, promover grupos para reflexão e troca de experiências, além de sensibilizar outros profissionais. Dessa forma, o trabalho do psicólogo, por meio da escuta qualificada, pode contribuir para a elaboração simbólica e ressignificação subjetiva dessas mulheres.

Palavras-chave: Violência obstétrica; Humanização; Psicólogo hospitalar.

ABSTRACT

The present article is a narrative review of the literature on obstetric violence. In this research, 21 articles retrieved from the databases of the Virtual Health Library and the Scientific Electronic Library, published between 2015 and 2021, were consulted. The studies demonstrate that obstetric violence experienced by women is characterized by disrespect, negligence, and withholding of information, due to a lack of agency in prenatal and postnatal care. In light of this, it is essential to ensure respect for their sexual and reproductive health through the humanization process, which aims to reinforce the right to comprehensive health care. Understanding the phenomenon of obstetric violence, this research aims to discuss the possibilities for the role of the hospital psychologist in addressing this issue. It was found that obstetric violence is associated with the hierarchy in the doctor-patient relationship and the structural conditions of the institution, which perpetuates the psychological distress of pregnant women. In response to this situation, the work of the hospital psychologist involves to welcome the suffering resulting from violence, facilitating reflection groups and exchanging experience, in addition to sensitize other professionals. In this way, the work of the psychologist, through active listening, can promote the symbolic elaboration and the process of subjective re-signification for these women.

Keywords: Obstetric violence; Humanization; Hospital psychologist.

¹ Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil



INTRODUÇÃO

Por muito tempo, a vivência do parto se tratou de uma experiência privada da mulher, que ocorria em grande parte no ambiente domiciliar até o século XIX. Havia, nessa época, uma cultura de solidariedade feminina associada ao nascer, proporcionando às mulheres um ambiente de apoio e compreensão. Entretanto, alguns anos mais tarde, houve a transição do parto domiciliar para o parto hospitalar, tornando culturalmente o hospital como o local mais seguro para o nascimento do bebê (Menezes *et al.*, 2020).

A partir da institucionalização da assistência obstétrica, na metade do século XX, a medicina adentrou neste campo e tornou o corpo feminino objeto de direito dos médicos, submetendo-o aos protocolos hospitalares (Sens; Stamm, 2019a). Buscando evitar qualquer tipo de sofrimento, a cesariana apareceu como uma possibilidade de proteção, já que o parto vaginal era considerado pelo senso comum como um evento naturalmente perigoso, degradante e traumático (Zanardo *et al.*, 2017). Nesse contexto, a ideia de que a cesárea é a melhor maneira de dar à luz é favorecida, o que contribui para a alta taxa de cesáreas no Brasil (Rehuna, 1993).

Aguiar (2010) defende que, na maternidade, as gestantes experimentam sentimentos distintos e, às vezes, contraditórios, como o desejo de cuidar do filho e de ser cuidada pela equipe de saúde, além da confiança na instituição hospitalar como um lugar seguro para o parto e o temor de sofrer maus-tratos. Segundo o autor, há uma visão da maternidade pública como um ambiente de medos e incertezas, no qual o mau tratamento já é esperado. Desse modo, muitas mulheres carregam o receio de morrer ou de perder o bebê, o que se torna a base para a dependência da autoridade médica, pela crença de que o risco de morte aumentaria sem a assistência hospitalar. Nesse contexto,

consolida-se, então, um modelo de assistência ao parto exclusivamente hospitalar, intervencionista e excessivamente medicalizado, em que os riscos inerentes ao processo de parir são substituídos pelo risco potencial de certos tratamentos e intervenções, reduzindo um evento social, cultural e de saúde, a um fenômeno patológico, médico e fragmentado (Sens; Stamm, 2012a: 1).

Portanto, o parto no ambiente hospitalar se transformou em um evento medicalizado e doloroso, que resulta em uma despersonalização das mulheres, privando-as do seu protagonismo e submetendo-as a diferentes formas de violência obstétrica (Menezes *et al.*, 2020). Conforme a pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, 25% das entrevistadas sofreram algum tipo de agressão durante o parto ou nas consultas pré-natais (Venturi; Bokany; Dias, 2010).

De acordo com Menezes *et al.* (2020), a violência obstétrica configura-se como práticas que são pautadas no desrespeito, negligência, maus-tratos físicos e omissão de informações por parte dos profissionais de saúde na assistência durante a gravidez, parto, puerpério e abortamento. Tal violência gera dor, danos físicos e psicológicos, além de violar a intimidade ou pudor, acometendo o senso de integridade sexual e reprodutiva (Rede Parto do Princípio, 2012). Marques (2020) concebe a violência obstétrica como uma violência de gênero, uma vez que os direitos das mulheres são desrespeitados em função de sua condição feminina.

A violência de gênero aponta para uma forma de dominação, de opressão e de crueldade, que compõem estruturalmente as relações entre homens e mulheres, e atravessa classes sociais, raças, etnias e faixas etárias (Minayo, 2006). Ressalta-se que a gestação não é uma vivência exclusiva das mulheres, considerando que homens trans também podem engravidar e serem submetidos à violência obstétrica. Contudo, neste trabalho será utilizado o termo “mulheres” em referência às mulheres cisgênero, por estas ainda serem quantitativamente o público que mais sofre com este tipo de violência e por existirem peculiaridades no que se refere à vivência dos homens trans que não foram aprofundadas no presente estudo.

Muitos procedimentos são realizados sem as pacientes receberem os devidos esclarecimentos de sua necessidade, sem serem avisadas ou, ainda, sem autorização. Cita-se, como exemplo, a episiotomia,

que consiste em uma incisão na região do períneo, por vezes sem anestesia e sem o consentimento da mulher (Rede Parto do Princípio, 2012). A parturiente, nesse caso, é excluída do ato decisório por ser considerada inabilitada para dar conta da complexidade dos cuidados que necessita (Santos; Shimo, 2008).

Em contrapartida, a Organização Mundial de Saúde (OMS) evidencia a necessidade dos sistemas de saúde se organizarem de forma a garantir o respeito à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, ofertando uma assistência digna durante todo o processo de gestação e parto. Os abusos, a negligência e o desrespeito praticados violam os princípios fundamentais dos direitos humanos, além de abalar a confiança entre as parturientes e a equipe de saúde, o que pode desestimular a procura pela assistência obstétrica (OMS, 2014).

Nas últimas décadas, a prática obstétrica vem passando por um processo de humanização alinhado à proposta de resgatar as características naturais e fisiológicas do parto e do nascimento, bem como questionar os procedimentos que carecem de evidências científicas e trazem desconforto à mulher. Compreende-se a humanização como um conjunto de atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde que objetiva reforçar o direito à atenção integral da saúde, levando em consideração as questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e as populações específicas (Brasil, 2019). Esse movimento permite que as parturientes recebam desde o início as orientações adequadas e detenham mais conhecimento sobre seus direitos.

No Sistema Único de Saúde (SUS), existem políticas públicas que buscam promover a humanização no campo da saúde obstétrica, como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, cuja finalidade é desenvolver e ampliar ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos recém-nascidos e grávidas em todo o processo de gestação (Brasil, 2000). Além disso, vale apontar o programa Rede Cegonha, que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, garantindo seus direitos sexuais e reprodutivos e o respeito à diversidade cultural e étnico-racial (Brasil, 2011).

Embora o tema da violência obstétrica tenha conquistado mais visibilidade nos últimos anos, com a busca por melhorias na atenção à saúde durante a gestação e o parto, Jardim e Modena (2018) apontam que a violência obstétrica é um fenômeno ainda banalizado e naturalizado no cotidiano assistencial, o que dificulta o seu reconhecimento como prática de violação de direitos e grave problema de saúde pública.

Diante desse cenário, torna-se necessário estudar o fenômeno da violência obstétrica para que se amplie o seu reconhecimento e favoreça a construção de estratégias para o seu enfrentamento. Considera-se importante também que esta discussão ultrapasse os campos da medicina e da enfermagem, especialidades que atuam diretamente na assistência obstétrica, e seja incorporada por outros profissionais da saúde cujo trabalho pode contribuir de forma significativa para intervir sobre tal realidade. Esta pesquisa, portanto, tem como objetivo compreender o fenômeno da violência obstétrica a partir da literatura científica e refletir sobre as possíveis contribuições da Psicologia Hospitalar no reconhecimento e enfrentamento destas práticas na assistência às gestantes e parturientes.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de revisão narrativa da literatura, que busca descrever e discutir criticamente o desenvolvimento de determinado assunto sob ponto de vista teórico ou contextual, possibilitando a aquisição e atualização de conhecimento sobre uma temática (Rother, 2007). Os materiais foram pesquisados nas bases de dados da SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e selecionados a partir dos seguintes critérios: (a) pesquisas nacionais; (b) publicadas entre 2015 a 2021. Com o objetivo de compreender o fenômeno da violência a partir da literatura científica, empregou-se inicialmente o descritor “violência obstétrica” e depois de forma cruzada com “assistência”. Com base nestas buscas, foram selecionados 21 artigos que dialogam com o tema e colaboram para a construção deste trabalho. Uma breve descrição sobre cada artigo utilizado

neste estudo pode ser observada na Tabela S1, na qual também constam os 6 artigos que, embora se encaixassem nos descritores da busca realizada, não foram considerados para o levantamento de informações desta revisão narrativa da literatura.

Além disso, com o intuito de discutir as possibilidades de atuação do psicólogo hospitalar no contexto da violência obstétrica, aplicou-se os descritores “violência obstétrica” e “psicologia hospitalar”. Não foi encontrado nenhum artigo nas bases de dados escolhidas, portanto, optou-se por buscar documentos elaborados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), assim como artigos e livros de referência na área da psicologia hospitalar que abordassem a temática, fornecendo subsídios para refletir sobre o tema, o que pode ser verificado na Tabela S2.

Em seguida, os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática que, conforme Minayo (2007), ocorre em três fases: pré-análise, com a organização e leituras dos materiais; exploração do material, no qual se codificam e organizam os dados em categorias a serem analisadas; e tratamento dos resultados, com a interpretação dos dados brutos. Os achados encontrados na literatura foram discutidos em quatro categorias: (1) Conceituação e caracterização da violência obstétrica, (2) Fatores estruturais como desencadeadores da violência obstétrica, (3) Violência obstétrica e interseccionalidade e (4) Possibilidades de atuação do Psicólogo Hospitalar no contexto da violência obstétrica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conceituação e caracterização da violência obstétrica

A violência obstétrica diz respeito a qualquer conduta, ato ou omissão realizado por profissionais de saúde, que se apropriam do corpo feminino e dos seus processos reprodutivos durante a assistência no pré-natal, parto, puerpério e abortamento, representando, portanto, um grave problema social e de saúde pública (Menezes *et al.*, 2020). Para Sens e Stamm (2019a), o controle do corpo e da sexualidade das pacientes é uma das principais formas de violência institucional a que são submetidas as mulheres dentro dos serviços de saúde. Ademais, tal violência abrange maus-tratos físicos, agressões psicológicas, sexuais, morais e verbais, como apontado por Menezes *et al.* (2020). Exemplos de práticas de cada uma das categorias citadas podem ser encontrados na Tabela 3, com base nas informações extraídas de Martins e Barros (2016), Menezes *et al.* (2020), Guimarães, Jonas e Amaral (2018), e Trajano e Barreto (2021).

Estes procedimentos se configuram como violações dos direitos da mulher, visto que tratam-se de ameaças à vida, à saúde, à integridade física e à dignidade humana, acarretando num tratamento prejudicial e desumano (Fernandes; Bento; Xavier, 2019). Contudo, algumas das práticas relacionadas ao parto não são percebidas pelos profissionais nem pelas gestantes como violentas, sendo consideradas parte de procedimentos que compõem o protocolo (Sens; Stamm, 2019a). Muitas vezes, as mulheres encontram-se vulneráveis frente às intervenções potencialmente danosas, sem que haja qualquer benefício para sua saúde ou a de seu bebê (Menezes *et al.*, 2020).

Algumas práticas obstétricas, no Brasil, ainda são orientadas por hábitos e condutas institucionais em detrimento de evidências científicas, de modo a perpetuar o uso de tecnologias com potenciais riscos na assistência ao parto (Sens; Stamm, 2019a). Na medida em que o parto torna-se um procedimento habitual para quem o presencia diariamente, este pode ser concebido apenas como um evento médico e hospitalar, desprezando, assim, o caráter subjetivo e humano desse processo (Oliveira; Penna, 2017).

Jardim e Modena (2018) observam que existe certa dificuldade por parte dos profissionais de saúde de se considerarem causadores da violência obstétrica, justificando suas atitudes como cotidianas e necessárias à assistência da mulher e do bebê, ou atribuindo o cenário violento a elementos institucionais. Tais condutas banalizam os atos desrespeitosos e contribuem para reforçar o processo de violência institucional e de gênero (Sens; Stamm, 2019b).

Para Brito, Oliveira e Costa (2020), a violência obstétrica deve ser compreendida como uma violência de gênero, uma vez que se fundamenta na construção sócio-histórica do patriarcado, que enxerga e trata as mulheres como objeto passivo e submisso, cujas vontades e preferências não devem ser manifestadas livremente. A atenção ao parto é, portanto, orientada por um forte viés de gênero que anula a condição

de sujeito detentor de direitos sexuais e reprodutivos (Fernandes *et al.*, 2019).

Fatores estruturais como desencadeadores da violência obstétrica

Diversos autores que se dedicam ao estudo da violência obstétrica têm associado a ocorrência da violência ao modelo biomédico de assistência obstétrica. Segundo Menezes *et al.* (2020), o cuidado em saúde na perspectiva biomédica se fundamenta em uma estrutura hierárquica de autoridade dos profissionais sem atender às demandas assistenciais de forma integral e subjetiva. A relação médico-usuária é frequentemente atravessada pela assimetria entre um suposto saber médico e um presumível não saber da paciente (Oliveira; Penna, 2017). Com isso, as necessidades das gestantes têm sido ignoradas e a possibilidade de diálogos horizontais e decisões conjuntas entre profissionais e pacientes é esvaziada, de modo a considerar o uso de tecnologias como sinônimo de um cuidado qualificado.

Esse modelo de atenção dificulta o protagonismo das gestantes e parturientes, enquanto que a posição de protagonista passa a ser ocupada pelo médico, que detém a autoridade sobre a condução do processo de parto (Martins; Barros, 2016). Lamy *et al.* (2020) constatam que, em alguns hospitais de ensino, a garantia de aulas práticas para os alunos foi priorizada em detrimento das necessidades de saúde e dos direitos das mulheres: os estudantes faziam procedimentos e intervenções desnecessárias, como toques sequenciais e repetitivos, sem pedir autorização das gestantes e se comportavam de maneira inadequada, deixando-as desconfortáveis e constrangidas.

Embora o discurso médico argumente a respeito de uma suposta autonomia das mulheres durante o parto, a narrativa delas, em contrapartida, denuncia as dificuldades de serem ouvidas neste momento. Em meio à dor e vulnerabilidade, sentem-se “sem voz e sem vez” frente às imposições da instituição hospitalar, sendo necessário alguém que fale por elas (Oliveira; Penna, 2017, p. 6).

O acompanhante, nesse sentido, representa um importante agente de proteção e suporte para as parturientes. Sua presença durante o parto, garantida desde 2005 pela Lei nº 11.108 (Brasil, 2005), tende a inibir intervenções desnecessárias dentre outras formas de violência e transmite conforto, incentivo e apoio físico e emocional. Mulheres que foram impedidas de usufruir desse direito relatam que se sentiram angustiadas, inseguras e ansiosas em relação à assistência, o que configura situações de violência psicológica (Rodrigues *et al.*, 2017). Dessa forma, impedir a participação do acompanhante indicado pela parturiente constitui uma privação dos direitos sexuais e reprodutivos, podendo, ainda, contribuir para complicações e desfechos negativos no parto e nascimento.

O cenário de muitas instituições é marcado pela carência de recursos humanos, infraestrutura precária e sobrecarga de trabalho, o que gera como consequência o esgotamento físico e mental dos profissionais, favorecendo a ocorrência de várias formas de violência obstétrica (Jardim; Modena, 2018 e Sens; Stamm, 2019a). De acordo com Sens e Stamm (2019a), é importante refletir sobre essas questões institucionais que predispõem tal violência, posto que a gestão e os serviços de saúde estão para além da prática profissional individual.

Em meio a esse cenário, muitos médicos se percebem como vítimas de violência, tanto institucional, decorrente da precarização do trabalho, quanto praticada pelas mulheres durante o processo do parto na forma de agressão, ameaça e hostilidade (Sens; Stamm, 2019b). Contudo, Palharini (2017) observa que o discurso médico hegemônico tende a situar os profissionais como as principais vítimas por enfrentarem injustiças e condições inadequadas de trabalho, o que justificaria o não exercício de boas práticas.

Outro ponto abordado nos estudos consiste na supervalorização do parto cirúrgico, que comumente é concebido pela medicina como seguro e indolor. Zanardo *et al.* (2017) chamam atenção para as vantagens que podem guiar a preferência dos profissionais pela cesárea, como o maior pagamento dos honorários e a economia de tempo, fatores estes que têm sido associados ao aumento excessivo da ocorrência deste tipo de parto nos últimos trinta anos. Mesmo que a cesariana seja reconhecida por resguardar a saúde da mãe e do recém-nascido em vários contextos, esta possui inúmeros riscos, principalmente quando não existe indicação para sua realização (Fernandes *et al.*, 2019).

Se, por um lado, não ocorrem cesarianas no SUS a pedido da gestante, por outro, realizam-se cesarianas sem indicação em mulheres que desejam o parto vaginal, o que revela quão limitada é a sua escolha sobre o parto (Sens; Stamm, 2019a). Palharini (2017) aponta que a assimetria na relação médico-paciente se

evidencia nesses casos em que existem divergências de opiniões, pois quando as mulheres questionam ou se negam a aceitar indicações médicas, os profissionais apresentam dificuldade em respeitar sua autonomia. Embora o Código de Ética de Medicina proíba a violação do direito de livre decisão da paciente sobre as práticas diagnósticas e terapêuticas - com exceção de risco de morte -, os médicos frequentemente impõem sua vontade à parturiente (Brito *et al.*, 2020).

Conforme Rodrigues *et al.* (2015), é necessário considerar que a assistência obstétrica é ofertada em articulação com a rede de atenção à saúde, composta por serviços que deveriam interagir horizontalmente e se relacionar com ações, recursos e tecnologias em prol da saúde materna. Entretanto, a escassez de vagas nas unidades hospitalares, ocasionada por um déficit de leitos obstétricos, acaba por comprometer a assistência e impede a mulher de exercer a sua cidadania e o seu direito à saúde. Nesse contexto, pode ocorrer a peregrinação, considerada como violência obstétrica institucional, na medida em que se restringe o acesso ao serviço de saúde, levando mulheres em trabalho de parto a vivenciarem uma jornada em busca de uma vaga na rede pública e as expondo a maiores riscos de complicações.

Violência obstétrica e interseccionalidade

Brito *et al.* (2020) destacam que a violência obstétrica não ocorre de forma homogênea para todas as mulheres, visto que a maioria que sofre tal violência são pobres, negras, com baixa escolaridade e usuárias do serviço público de saúde. Mulheres indígenas, em situação de rua e profissionais do sexo estão mais suscetíveis a sofrerem violência na assistência obstétrica, como levantado por Barrera e Moretti-Pires (2021). Dessa maneira, a discriminação devido à classe, gênero e raça faz com que aquelas com menor reconhecimento social estejam mais propensas a enfrentarem o abandono e a recusa assistencial (Martins; Barros, 2016).

No que diz respeito ao viés racial, a atenção à saúde da população brasileira não está imune ao fenômeno do racismo institucional e reforça as desigualdades no acesso e na prestação de serviços públicos, uma vez que reflete as determinações político-raciais da sociedade (Assis, 2018). Lima, Pimentel e Lyra (2021) apontam que as incertezas sobre o local de parto e a peregrinação ocorrem com maior frequência entre mulheres negras. Ademais, quando comparadas às mulheres brancas, as gestantes negras tendem a receber menos anestesia em virtude dos estigmas de que estas mulheres são mais resistentes à dor. Evidencia-se, dessa maneira, que os efeitos da construção do imaginário social em torno da população negra se reproduz nos serviços de saúde.

Ainda em relação à discriminação, os estudos de Barrera e Moretti-Pires (2021) indicam que a não aceitação dos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas LGBTQIA+ por parte dos profissionais e o desconhecimento tanto destes quanto das próprias pessoas gestantes comprometem a qualidade da assistência a esse público, o que intensifica a condição de vulnerabilidade. Os autores citam como exemplo o fato de muitos homens trans recorrerem ao parto domiciliar na tentativa de se protegerem da violência que poderiam sofrer ao ingressarem no hospital. Vale mencionar também a dificuldade que mulheres lésbicas enfrentam para serem acompanhadas por suas parceiras durante o parto.

Além disso, Martins e Barros (2016) observam que a violência obstétrica tende a ser acentuada para quem vivencia um abortamento, sobretudo nos casos em que são provocados pela própria gestante. A discriminação e a negligência durante o atendimento de mulheres nessa situação demonstram que as práticas tornam-se punitivas e não ofertam uma assistência digna e de qualidade (Menezes *et al.*, 2020).

O recorte geracional também se apresenta como elemento potencializador da vulnerabilidade, pois acarreta experiências específicas no que se refere ao acesso e uso dos serviços de saúde (Barrera; Moretti-Pires, 2021). Em casos de gestantes adolescentes, o espaço do parto, muitas vezes, é utilizado para julgar moralmente e punir as jovens mães.

Outra questão importante se refere às violências produzidas no contexto da gestação e do parto de bebês anencéfalos. A respeito disso, Fernandes *et al.* (2019) apontam o julgamento moral como uma das facetas mais frequentes da violência obstétrica, que se manifesta por meio da recriminação e do desrespeito dos profissionais de saúde com a decisão da gestante de interromper a gravidez ou de levá-la adiante. Os autores também identificam a peregrinação e a negação do atendimento como formas recorrentes de violência, na medida em que muitas maternidades se recusam a assistir uma gestação de um feto anencéfalo ou não possuem o serviço especializado capaz de acompanhá-la.

Sena e Tesser (2017) constatarem em seus estudos que o significado da expressão “violência obstétrica” se mostrava desconhecido para muitas usuárias dos serviços de saúde, sendo sua compreensão ainda muito circunscrita aos profissionais dessa área. Nesse sentido, o desconhecimento das mulheres em relação aos seus direitos favorece a perpetuação dos atos violentos na assistência obstétrica, o que leva, consequentemente, à aceitação dos procedimentos em silêncio, sem questionar ou expressar seus desejos e, muitas vezes, sem a ciência de que estão sendo violentadas (Jardim; Modena, 2018).

Possibilidades de atuação do Psicólogo Hospitalar no contexto da violência obstétrica

Embora a discussão acerca da violência obstétrica tenha aumentado nos últimos anos, muitas lacunas permanecem e a abordagem desse tema carece de recortes específicos e de articulações com áreas importantes, como é o caso da Psicologia Hospitalar. Nas bases de dados utilizadas, não foram encontrados artigos que versam sobre a atuação da Psicologia Hospitalar e a violência obstétrica, bem como não foram localizados documentos do Conselho Federal de Psicologia, como referências técnicas ou resoluções que tratam especificamente desse assunto.

Tal escassez de estudos corrobora para a falta de respaldo teórico-prático para os psicólogos lidarem com esse fenômeno no ambiente hospitalar. Diante disso, buscou-se como alternativa pensar nas possibilidades de trabalho do psicólogo hospitalar no contexto da violência obstétrica, a partir da articulação e discussão de conhecimentos já consolidados no campo da Psicologia Hospitalar e na atuação da psicologia em situações de violência.

O hospital é um lugar de intenso estranhamento: corredores longos, enfermarias lotadas, horários restritos, práticas invasivas e outros incômodos característicos desse ambiente (CFP, 2019). Muitas ocorrências, neste local, podem ser consideradas abusivas ao ultrapassar os limites impostos pela pessoa hospitalizada e reduzi-la a um simples objeto de intervenção. A presença do psicólogo nessa instituição é, portanto, de suma importância, visto que a psicologia hospitalar atua para minimizar o sofrimento decorrente do processo de hospitalização (Angerami-Camon, 2010).

Na assistência obstétrica, as gestantes enfrentam dificuldades que ultrapassam a hospitalização, pois o momento do parto, por si só, pode envolver angústia, medo e ansiedade, além de ser potencialmente traumático para a mãe e o bebê (Tostes; Seidl, 2016). Isso pode acabar se agravando nas ocasiões em que as mulheres têm seus direitos violados e são submetidas à violência obstétrica.

Para a OMS (2002, p. 5), a violência se refere ao uso da força física ou do poder contra si próprio, contra outra pessoa ou um grupo, que ocasione ou possa causar “lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”. É um problema de saúde pública e se configura como um fator de risco à saúde individual e coletiva, podendo acarretar sequelas físicas, sociais e psicológicas (Nicolau *et al.*, 2018).

O Código de Ética Profissional do Psicólogo determina, em seus princípios fundamentais, que a atuação do psicólogo deve se basear na promoção de saúde, respeito, liberdade, dignidade e igualdade, buscando eliminar todas as formas de violência. Esse documento estabelece, no artigo 2º, que é vedado ao psicólogo praticar ou compactuar com quaisquer atos de negligência, discriminação, exploração, crueldade ou opressão (CFP, 2005). Nesse sentido, é necessário que o psicólogo hospitalar reconheça a violência obstétrica e suas nuances e atue no seu enfrentamento, a fim de reduzir a ocorrência deste fenômeno e contribuir para o processo de elaboração do sofrimento provocado pela violência.

Segundo Nicolau *et al.* (2018), a pessoa que sofreu violência vivencia diversas emoções negativas, como culpa, medo, vergonha e raiva, as quais favorecem a manutenção do adoecimento psíquico. Em decorrência disso, repercussões emocionais podem ser desencadeadas e afetar a identidade e a autoestima do sujeito. Algumas consequências podem ser observadas ainda no ambiente hospitalar, como reações agudas ao estresse e sintomas ansiosos e depressivos, enquanto outras se manifestam mais tarde, como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

Frente ao sofrimento do sujeito, o psicólogo hospitalar deve acolher suas emoções e auxiliar no processo de resignificação subjetiva. Ao ofertar a escuta, o psicólogo sustenta a angústia do paciente para que este possa submetê-la ao trabalho de elaboração simbólica (Simonetti, 2013). O profissional da psicologia deve assumir uma postura acolhedora, dispondo-se a ouvir as queixas por meio da escuta

qualificada e garantir uma atenção integral e resolutiva. O acolhimento, conforme Nicolau *et al.* (2018), trata-se de um momento de escuta inicial em que se oferece um espaço para externalizar sentimentos, de maneira a assegurar que as demandas do paciente sejam ouvidas e respeitadas. De acordo com o CFP (2019, p. 51-52), o acolhimento é

uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde [...] É uma prática multidisciplinar e, quando executada pela(o) psicóloga(o), tem o dever de desvelar a dimensão subjetiva presente no agravo e utilizar a intervenção para construção do vínculo que permitirá orientações, aconselhamento, atividades de educação para a saúde e até desenvolver uma assistência psicoterápica.

Assim, por meio do acolhimento e da assistência psicológica, é possível trabalhar no sentido de resgatar a subjetividade e o protagonismo da mulher que foram tirados de cena pela situação da violência. Essa intervenção potencializa que a mulher deixe de ocupar a posição de objeto de intervenção da equipe de saúde e se aproprie de seu lugar de sujeito, retomando sua autonomia, sua voz e seu poder de decisão.

O atendimento do psicólogo no hospital, todavia, não engloba somente a pessoa assistida, incluindo ainda sua família (CFP, 2019). Logo, no contexto da violência obstétrica, o trabalho do psicólogo abrange ouvir e acolher os afetos do acompanhante e da família que presenciou ou soube dos atos violentos. A assistência junto às famílias deve promover apoio, segurança, comunicação clara, além de escuta e acolhimento dos sentimentos que possam emergir (Nicolau *et al.*, 2018).

É importante destacar a necessidade do psicólogo adotar uma posição crítica diante do funcionamento da instituição de saúde, observando os fatores que interferem na integralidade do cuidado, como as relações de poder verticalizadas (CFP, 2019). O Código de Ética ressalta que tais relações sejam levadas em consideração pelo psicólogo, assim como o impacto destas sobre suas atividades profissionais (CFP, 2005). Nesse ponto, o psicólogo deve se atentar para a assimetria na relação médico-paciente, em que o saber médico é priorizado em detrimento do desejo da mulher, circunstância esta que favorece a prática da violência obstétrica.

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (2019), o psicólogo tem papel essencial na implementação da humanização da saúde e deve atuar no desenvolvimento de intervenções que visem a sensibilização dos profissionais dessa área, oferecendo suporte e manejo para eventuais dificuldades operacionais ou subjetivas enfrentadas pelos membros da equipe. Em vista disso, podem ser realizados grupos de reflexão com a equipe de saúde para discutir sua participação no processo de pré-parto, parto e pós-parto, bem como a importância do acompanhante e os aspectos biopsicossociais da violência obstétrica, contribuindo, assim, para a desnaturalização das práticas dessa violência.

Barrera e Moretti-Pires (2021) defendem que os profissionais de saúde precisam ter conhecimento de questões referentes à sexualidade, gênero e às novas configurações familiares para serem capazes de prestar um atendimento respeitoso à população LGBTQIA+. Diante disso, enfatiza-se a relevância de os psicólogos realizarem um trabalho de sensibilização com estes profissionais, a fim de discutir sobre os direitos reprodutivos de gestantes lésbicas, bissexuais e trans.

Outra possibilidade importante de atuação consiste na realização de grupos com as mulheres que enfrentaram algum tipo de violência obstétrica. Tais encontros viabilizam um espaço para compartilhar informações, sentimentos e experiências entre as participantes, o que promove o resgate da autonomia e superação da situação de violência. Atividades em grupo, conforme o CFP (2012), constituem um potente mecanismo que produz relações e significados, colocando o sujeito como personagem principal no seu desenvolvimento. Nesse sentido, é possível também realizar um trabalho preventivo com as gestantes e sua rede de apoio, com o objetivo de oferecer suporte para encarar o processo de gestação, além de orientar acerca da humanização do parto e seus direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou compreender o fenômeno da violência obstétrica a partir da literatura científica e refletir sobre as possíveis intervenções da Psicologia Hospitalar neste contexto. Os resultados encontrados na revisão apontam que a discussão acerca da violência obstétrica tem conquistado mais visibilidade recentemente, tornando-se objeto de análise em várias pesquisas, que têm a compreendido

enquanto uma violação de direitos que produz intenso sofrimento físico e mental para a mulher e para o bebê.

Apesar do crescente debate, as pesquisas indicam que a violência obstétrica ainda persiste como uma prática banalizada e naturalizada no cotidiano assistencial, fator que dificulta o seu enfrentamento e até mesmo o seu reconhecimento pelas próprias mulheres e pelos profissionais de saúde. Sua ocorrência foi associada nos estudos a aspectos estruturais, como a precarização dos recursos e das condições de trabalho nas instituições e no sistema de saúde, bem como o modelo biomédico, que produz na assistência obstétrica uma assimetria na relação médico-paciente e negligência a autonomia e o protagonismo da gestante.

A violência obstétrica foi apresentada nas pesquisas como uma prática de distintas manifestações, podendo ser de ordem física, institucional, moral, psicológica e sexual. Além disso, observou-se que a violência obstétrica também se apresenta de forma heterogênea quanto às mulheres que a vivenciam, na medida em que mulheres pobres, negras, com baixa escolaridade, indígenas, em situação de rua e profissionais do sexo são mais expostas a esse tipo de violência.

Os estudos enfatizaram o atravessamento do viés racial na problemática da violência obstétrica, alertando para a reprodução do racismo dentro das instituições de saúde durante a assistência gravídico-puerperal, seja através da desigualdade no acesso e no tratamento, seja por meio de discriminação e preconceito explícitos. Esse grave cenário aponta para a necessidade de novas pesquisas que ouçam as experiências de mulheres negras submetidas à violência obstétrica e que se dediquem a pensar caminhos possíveis de enfrentamento desta realidade. Urge também a implementação de políticas públicas que busquem combater o racismo institucional na saúde, assegurando o direito das mulheres negras a uma atenção integral e de qualidade no período da gestação, parto e pós-parto.

Por meio da revisão da literatura, foi possível constatar que este tema ainda tem sido pouco abordado pela Psicologia, a despeito da presença do profissional desta área dentro dos hospitais e maternidades, instituições onde tais violências ocorrem. A falta de estudos científicos e de documentos oficiais que discutam a violência obstétrica e o papel da psicologia hospitalar, evidenciadas nesta pesquisa, expressam uma importante lacuna que deve ser mais explorada em futuros trabalhos.

Considera-se que a atuação do psicólogo hospitalar é potente no processo de humanização da assistência e pode contribuir para o reconhecimento e enfrentamento da violência obstétrica, através do acolhimento da mulher que sofreu tal violência, favorecendo o resgate de sua autonomia, e do acolhimento do acompanhante e da família, que também se afetam com a situação vivenciada pela mulher. Outras intervenções possíveis incluem um trabalho de discussão e sensibilização da equipe de saúde a respeito da violência obstétrica e dos direitos das mulheres, bem como a realização de grupos com gestantes durante o pré-natal e com mulheres que enfrentaram algum tipo de violência obstétrica, visando ofertar espaço de apoio e de troca de experiências. Entende-se que, por meio da escuta qualificada, o trabalho do psicólogo tem o potencial de favorecer a elaboração simbólica e a resignificação subjetiva.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M. de. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. Tese de doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil, 2010. Disponível em <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/publico/JanainaMAguiar.pdf>. Acesso em 14 de jul. de 2023.

ANGERAMI-CAMON, V. A. Psicologia hospitalar: teoria e prática, 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

ASSIS, J. F. de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. Serviço Social & Sociedade, n. 133, p. 547-565, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.159>.

BARRERA, D. C.; MORETTI-PIRES, R. Da violência obstétrica ao empoderamento de pessoas gestantes no trabalho das doulas. Revista Estudos Feministas, v. 29, n. 1, p. e62136, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n162136>.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. (2005, 7 abril). Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/>



ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em 12 de jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011, 24 de junho. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 12 de jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 569. Dispõe sobre o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2000, 1º de junho. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em 12 jul. 2023.

BRITO, C. M. C.; OLIVEIRA, A. C. G. A.; COSTA, A. P. C. A. Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro. Cadernos Ibero-americanos Direito Sanitário, v. 9, n. 1, p. 120-140, 2020. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i1.604>.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP nº 010/2005. Código de Ética Profissional do Psicólogo, XIII Plenário. Brasília, DF: CFP, 2005. Disponível em <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>. Acesso em 18 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Política Pública (Crepop). Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) em Programas de Atenção à Mulher em situação de Violência. Brasília, DF: CFP, 2012. Disponível em <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/05/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas.pdf>. Acesso 18 ago. 2023.

FERNANDES, I. B.; BENTO, P. A. de S. S.; XAVIER, R. B. Experiências de mulheres no gestar e parir fetos anencéfalos: as múltiplas faces da violência obstétrica. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 23, p. e170757, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.170757>.

GUIMARÃES, L. B. E.; JONAS, E.; AMARAL, L. R. O. G. do. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. Revista Estudos Feministas, v. 26, n. 1, e43278. Epub January 15, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584.2018v26n143278>.

JARDIM, D. M. B.; MODENA, C. M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 26: e 3069, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>.

LAMY, Z. C.; *et al.* Atenção ao parto e nascimento em maternidades do Norte e Nordeste brasileiros: percepção de avaliadores da Rede Cegonha. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 26, n. 3, pp. 951-960, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.26572020>.

LIMA, K. D. de; PIMENTEL, C.; LYRA, T. M. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 3, p. 4909-4918, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24242019>.

MARQUES, S. B. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. Cadernos Ibero-americanos Direito Sanitário, v. 9, n. 1, p. 97-119, 2020. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i1.585>.

MARTINS, A. C. de; BARROS, G. M. Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units. Revista Dor, v. 17, n. 3, p. 215-218, 2016. DOI <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160074>.

MENEZES, F. R. de; *et al.* O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 24, p. e180664, 2020. 4 DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180664>.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINAYO, M. C. S. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Disponível em <https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>. Acesso em 11 de ago. 2023.

NICOLAU, I. F. *et al.* Considerações acerca da atuação da psicologia frente a situações de violência em um hospital de urgência e emergência. Rev. Med. Minas Gerais, v. 28, n. 5, p. e-S280512, 2018. DOI: <https://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180124>.

OLIVEIRA, M. R. R. de; ELIAS, E. A.; OLIVEIRA, S. R. Mulher e parto: significados da violência obstétrica e a abordagem de enfermagem. Revista de Enfermagem UFPE on line, v. 14, p. e243996, 2020. DOI: <https://dx.doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243996>.

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. M. de. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. Texto Contexto Enferm, v. 26, n. 2, p. e06500015, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>.

Este artigo é publicado em Acesso Aberto sob a licença Creative Commons Attribution, que permite o uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que a obra original seja corretamente citada.



- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial de Violência e Saúde. Genebra, 2002. Disponível em <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude-1.pdf>. Acesso em 11 de ago. 2023.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra, 2014. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3. Acesso em 28 de jul. 2023.
- PALHARINI, L. A. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. *Cadernos Pagu*, v. 49, p. e174907, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/18094449201700490007>.
- REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Violência Obstétrica “Parirás com dor” - Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília, DF: Senado Federal. Violência Obstétrica “Parirás com dor”, 2021. Disponível em <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em 19 de jul. 2023.
- RODRIGUES, D. P.; *et al.* O descumprimento da lei do acompanhante como agravado à saúde obstétrica. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 26, n. 3, p. e5570015, 2017. DOI: [c10.1590/0104-07072017005570015](https://doi.org/10.1590/0104-07072017005570015).
- RODRIGUES, D. P.; *et al.* A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Escola Anna Nery*, v. 19, n. 4, p. 614-620, 2015. DOI: [10.5935/1414-8145.2015008210.5935/1414-8145.20150082](https://doi.org/10.5935/1414-8145.2015008210.5935/1414-8145.20150082).
- ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), v-vi, 2007. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 de jun. 2023.
- SANTOS, J. de O.; SHIMO, A. K. K. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Escola Anna Nery*, v. 12, n. 4, p. 645-650, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000400006>.
- SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. 60, p. 209-220, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>.
- SENS, M. M.; STAMM, A. M. N. de F. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, p. e170915, 2019a. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.170915>.
- SENS, M. M.; STAMM, A. M. N. F. de. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e180487, 2019b. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180487>.
- SIMONETTI, A. Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença, 7ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.
- TOSTES, N. A.; SEIDL, E. M. F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. *Temas em Psicologia*, v. 24, n. 2, p. 681-693, 2016. DOI: <https://doi.org/10.9788/TP2016.2-15>.
- TRAJANO, A. R.; BARRETO, E. A. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, p. e200689, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200689>.
- VENTURI, G.; BOKANY, V.; DIAS, R. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Fundação Perseu Abramo/SESC, 2010. Disponível em https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf. Acesso em 25 de jul. 2023.
- ZANARDO, G. L. de P.; *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, v. 29, p. e155043, 2017. DOI: [http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043](https://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043).

ANEXOS

Tabela 1 - Caracterização dos artigos da amostra

Banco de Dados	Título	Autor	Resumo	Incluído no estudo
SCIELO	Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa	Zanardo, <i>et al.</i> , 2017	O artigo aponta o histórico do parto e suas intervenções, o conceito de violência obstétrica, os marcos legais e o panorama brasileiro da assistência ao parto.	Sim
SCIELO e BVS	O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições	Menezes <i>et al.</i> , 2019	Aborda a percepção de residentes em enfermagem obstétrica sobre a violência obstétrica em uma maternidade do município de Belo Horizonte.	Sim
SCIELO e BVS	O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde	Oliveira; Penna, 2017	O artigo analisa os discursos de mulheres e profissionais de saúde sobre a assistência ao parto, considerando as situações vivenciadas e as interações construídas entre eles durante o trabalho de parto e parto.	Sim
SCIELO e BVS	Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente	Sens; Stamm, 2019	Identifica a percepção dos obstetras que prestam assistência ao parto em uma maternidade humanizada, verificando os aspectos da violência obstétrica na dimensão da relação humana e médico-paciente.	Sim
SCIELO e BVS	Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras	Martins; Barros, 2016	O artigo consiste em uma revisão integrativa da última década que visa proporcionar maior visibilidade às discussões acerca da violência obstétrica sofrida por mulheres brasileiras nas instituições de saúde públicas.	Sim
SCIELO e BVS	A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características	Jardim; Modena, 2018	O estudo explora a produção científica sobre a violência obstétrica no cotidiano da assistência, por meio de uma revisão integrativa da literatura.	Sim
SCIELO e BVS	A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico	Rodrigues <i>et al.</i> , 2015	A pesquisa se refere às percepções das mulheres acerca da assistência obstétrica no atendimento de seus direitos de acesso aos serviços de saúde por todo o processo de parto e nascimento.	Sim
SCIELO e BVS	Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências	Sena; Tesser, 2016	O artigo relaciona o enfrentamento da violência obstétrica no Brasil ao ciberativismo de mulheres mães, apresentando relatos de experiências pioneiras de ciberativismo no enfrentamento da violência obstétrica.	Sim
SCIELO e BVS	A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional	Sens; Stamm, 2019	O artigo avalia a percepção de médicos da assistência ao parto em uma maternidade pública humanizada e salienta a violência obstétrica categorizada nas dimensões individual, institucional e na relação humana.	Sim
SCIELO e BVS	Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins	Guimarães; Jonas; Amaral, 2018	A pesquisa, realizada em maternidades públicas do Estado do Tocantins, identifica as percepções das mulheres sobre a violência obstétrica no processo de parto.	Sim
SCIELO	Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil	Palharini, 2017	Examina o posicionamento dos órgãos da classe profissional médica acerca dos debates atuais referentes à violência obstétrica.	Sim



Banco de Dados	Título	Autor	Resumo	Incluído no estudo
SCIELO e BVS	Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres	Marques, 2020	O artigo aborda o conceito de violência obstétrica e as propostas legislativas que tramitam no Congresso Nacional Brasileiro.	Sim
BVS	Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro	Brito; Oliveira; Costa, 2020	Investiga a violência obstétrica observando a perspectiva do Judiciário brasileiro sobre o tema.	Sim
BVS	Mulher e parto: significados da violência obstétrica e a abordagem de enfermagem	Oliveira; Elias; Oliveira, 2020	O artigo busca compreender o significado de violência obstétrica para mulheres em fase reprodutiva, de forma a conhecer as possíveis ocorrências desse fenômeno.	Sim
SCIELO e BVS	Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto	Trajano; Barreto, 2021	A pesquisa analisa a violência obstétrica pelo viés de gênero, com base na narrativa de profissionais de saúde que realizam assistência ao parto.	Sim
SCIELO e BVS	Atenção ao parto e nascimento em maternidades do Norte e Nordeste brasileiros: percepção de avaliadores da Rede Cegonha	Lamy <i>et al.</i> , 2020	O artigo retrata as práticas de atenção ao parto e nascimento em maternidades do Norte e Nordeste brasileiros, de modo a evidenciar as práticas preconizadas pela Rede Cegonha.	Sim
SCIELO e BVS	Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras	Lima; Pimentel; Lyra, 2021	A pesquisa visa compreender as vivências de mulheres negras acerca dos cuidados na gestação, no parto e no pós-parto, discorrendo a respeito da relação entre a violência obstétrica e o racismo institucional.	Sim
SCIELO	Da violência obstétrica ao empoderamento de pessoas gestantes no trabalho das doulas	Barrera; Moretti-Pires, 2021	O artigo objetiva compreender os sentidos atribuídos pelas doulas de diferentes regiões brasileiras às suas experiências e vivências na doulagem e aos contextos relacionais em que estão inseridas.	Sim
SCIELO	Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas	Barbosa; Fabbro; Machado, 2017	A pesquisa descreve como os fatores que afetam as práticas de assistência ao parto interferem no que diz respeito à vivência do parto e do nascimento.	Não
SCIELO e BVS	Parto e nascimento na região rural: a violência obstétrica	Silva <i>et al.</i> , 2018	O artigo investiga as formas de violência obstétrica praticadas na assistência prestada ao parto e ao nascimento em áreas rurais.	Não
SCIELO e BVS	Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco	Andrade <i>et al.</i> , 2016	O artigo discute os fatores associados à violência obstétrica segundo práticas não recomendadas na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de Recife.	Não

Banco de Dados	Título	Autor	Resumo	Incluído no estudo
BVS	Violência no trabalho em obstetrícia hospitalar	Sousa <i>et al.</i> , 2018	O artigo identifica as manifestações da violência no trabalho em obstetrícia hospitalar, bem como os fatores e as consequências relacionadas a esse modo de violência.	Não
BVS	Parto, mulher negra e violência: corpos invisíveis?	Santos; Oliveira; Souza, 2016	Discorre a respeito das dimensões políticas, sociais e culturais do parto, compreendendo a interseccionalidade da opressão de gênero e raça sofrida pela mulher negra.	Não
BVS	Violência obstétrica em mulheres brasileiras	Palma; Donelli, 2017	A pesquisa busca verificar a ocorrência de violência obstétrica em mulheres brasileiras, traçando uma correlação entre a vivência de violência durante parto e a idade, a escolaridade e a renda familiar.	Não
SCIELO e BVS	O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica	Rodrigues <i>et al.</i> , 2017	Discorre sobre a percepção das mulheres acerca do descumprimento da Lei do Acompanhante, com foco nos seus direitos constituídos legalmente e nos sentimentos vivenciados ao longo do parto e do nascimento.	Sim
SCIELO e BVS	Experiências de mulheres no gestar e parir fetos anencéfalos: as múltiplas faces da violência obstétrica	Fernandes; Bento; Xavier, 2019	O estudo discute a violência experienciada por mulheres em gestações e partos de fetos anencéfalos em uma maternidade do Rio de Janeiro.	Sim
SCIELO e BVS	Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica	Assis, 2018	Apresenta os conceitos de interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos para compreender a violência obstétrica relacionada às mulheres negras.	Sim

Tabela 2 - Caracterização dos demais textos selecionados para compor a amostra.

Título	Tipo	Assunto
Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005).	Documento do Conselho Federal de Psicologia	O documento discute os padrões esperados quanto às práticas da categoria profissional e procura fomentar a autorreflexão de cada indivíduo acerca da sua práxis, de modo a responsabilizá-lo, pessoal e coletivamente, por ações e suas consequências no exercício profissional
Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) em Programas de Atenção à Mulher em situação de Violência (CFP, 2012).	Documento do Conselho Federal de Psicologia	O documento apresenta princípios éticos, políticos e técnicos norteadores para profissionais que atuam na atenção à mulher em situação de violência.

Título	Tipo	Assunto
Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática (Angerami-Camon, 2010).	Livro	Esse livro discute a importância do psicólogo hospitalar no que se refere às suas contribuições para minimizar o sofrimento causado pela hospitalização, trazendo relatos de profissionais experientes nos temas que atravessam a prática da psicologia hospitalar.
Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença (Simonetti, 2013)	Livro	O livro apresenta estratégias psicológicas para lidar com pessoas adoentadas. Aborda ainda as noções fundamentais da disciplina e propõe um método de trabalho, que se divide em dois passos, para o psicólogo hospitalar: diagnóstico e terapêutica.
Considerações acerca da atuação da psicologia frente a situações de violência em um hospital de urgência e emergência (Nicolau et al., 2018).	Artigo	O estudo discorre sobre os impactos psíquicos experienciados pelos sujeitos expostos a situações de violência, bem como a atuação da Psicologia frente ao sujeito.
Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto (Tostes; Seidl, 2016).	Artigo	Esta pesquisa investiga as expectativas de primigestas sobre o processo de parir e suas percepções acerca da preparação para o parto.

Tabela 3 - Elaborado pelas autoras a partir de Martins e Barros (2016), Menezes *et al.* (2020), Guimarães, Jonas e Amaral (2018), e Trajano e Barreto (2021).

Categorias de Violência Obstétrica	Exemplos de práticas
Institucional	● Falta de acesso a serviços essenciais ● Peregrinação em maternidades ● Ausência de estrutura adequada ● Falta de privacidade ● Precariedade de recursos ● Proibição de acompanhantes no parto ● Proibição de homens na sala de pré-parto ● Supervalorização da tecnologia ● Medicalização excessiva do parto
Moral	● Não reconhecimento da mulher como sujeito ● Desvalorização da autonomia e o saber das parturientes sobre seu corpo ● Utilização de terminologias técnicas e ininteligíveis para as gestantes ● Quebra de sigilo ● Julgamento moral ● Exposição desnecessária da intimidade
Física	● Litotomia (posição desfavorável para o nascimento) ● Manobra de Kristeller (pressão na parte superior do útero) ● Episiotomia sem indicação (incisão na região do períneo) ● Amniotomia (ruptura proposital da bolsa amniótica) ● Tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) ● Negação de analgesia ● Realização de procedimentos sem o consentimento ● Práticas sem indicação e iatrogênicas ● Restrição da movimentação no momento do parto ● Impossibilidade de escolher a posição para parir
Psicológica e Verbal	● Deslegitimação das circunstâncias que dificultam o trabalho de parto ● Culpabilização da mulher ● Xingamentos, gritos e ameaças de abandono ● Coação e ridicularização ● Negligência e recusa assistencial ● Negação de informações sobre sua condição e sobre a evolução do parto ● Desrespeito à autonomia ● Falta de privacidade
Sexual	● Falas coercitivas de conteúdo sexual ● Toques vaginais violentos ou excessivos



O ACESSO E ACOLHIMENTO DA POPULAÇÃO LGBTQIA+ NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Gabriel Duarte dos Santos Junior¹



Jaina Larissa Bastos Costa de Oliveira¹



RESUMO

A população LGBTQIA+ vivencia situações que a coloca em contexto de vulnerabilidade social, como preconceito e LGBTfobia, muitas vezes reproduzidas no cenário da saúde, podendo gerar uma atitude de afastamento pelos usuários. A Atenção Primária à Saúde (APS) pode colaborar na aproximação com usuários da população e contribuir com a inclusão, acesso e cuidado. Logo, o objetivo deste escrito consistiu em analisar fragilidades e potencialidades apresentadas pelos profissionais da APS no acolhimento de usuários da população LGBTQIA+. O método consistiu em uma revisão integrativa. O levantamento de dados se deu em pesquisas nas bases de dados LILACS, BVS e SciELO, com os descritores: “Acolhimento”, “Pessoas LGBT” ou “Pessoas LGBTQIA+”, e “Atenção Primária à Saúde” ou “Atenção Básica”. Na análise, foram identificadas dificuldades quanto aos acolhimentos, como a reprodução de discursos preconceituosos e estigmatizantes pelos profissionais, assim como uma fragilidade no princípio da integralidade, visto que diversas ações e atendimentos tiveram ênfase limitada às infecções sexualmente transmissíveis. A realização de acolhimentos não qualificados pode prejudicar o acesso desses usuários. Aponta-se a necessidade de fomentar processos de formação profissional sensíveis às temáticas de saúde da população LGBTQIA+, para corroborar na capacitação profissional com uma visão ampliada de saúde.

¹ Centro Universitário
Arthur Sá Earp Neto,
Petrópolis, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Acolhimento. Minorias sexuais e de gênero. Atenção primária à saúde.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a denominação do sistema de saúde brasileiro, instituído a partir da Constituição Federal de 1988, que reconheceu a saúde como um dos tripés da seguridade social do país (Brasil, 1998). No SUS, entre suas diretrizes e princípios definidos na Lei Orgânica 8.080 de 1990, são preconizadas a universalidade e a integralidade de cuidado a todos os cidadãos em território brasileiro, destacando a saúde como direito fundamental do ser humano e o dever do Estado na promoção de condições indispensáveis para seu exercício, através da formulação e execução de políticas que visem à redução de riscos de doenças e agravos (Brasil, 1990).

Considerando-se tais princípios, é válido destacar que a equidade pressupõe justiça social a partir do respeito às diferenças como forma a se alcançar igualdade, realizando adaptações a partir de casos específicos. Tendo em vista este princípio, houve a criação de políticas públicas de saúde voltadas para populações que vivem em condições de vulnerabilidade social.

Dentre estas políticas está a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), criada em 2011, voltada para a defesa deste grupo populacional, que enfrenta iniquidades em decorrência de determinantes e condicionantes de saúde experienciados. Dentre as



iniquidades, podem ser destacadas dificuldades quanto à inserção no mercado de trabalho, assim como a vivência de preconceitos e violências no cotidiano que podem contribuir para prejuízos tanto à saúde física quanto à saúde mental e social desta população (Brasil, 2011). Portanto, tais condições explicitam a importância da efetivação desta política de saúde, com o intuito de corroborar com o combate do preconceito e discriminação à população LGBTQIA+, assim como a promoção de saúde e prevenção de agravos para uma melhor qualidade de vida.

A lógica de organização do SUS constitui uma rede de serviços ordenada de forma regionalizada e hierarquizada, organizada de forma a destacar diversos níveis de atenção à saúde, de acordo com a complexidade de atendimento (Gonçalves, 2014). Os três níveis de atenção à saúde no SUS são: Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica, Nível Secundário e Nível Terciário (Mendes, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em sua revisão do ano de 2017, define a APS como a porta de entrada e centro de comunicação das redes de atenção à saúde (RAS), entendidas como os arranjos organizativos das ações e dos serviços de saúde a partir das diversas densidades tecnológicas de forma a garantir o cuidado à saúde de forma integral. Além disso, na política, a APS também é definida como a coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e dos serviços que são ofertados (Brasil, 2017).

A PNAB destaca ainda que a APS será ofertada de forma integral, sendo proibido qualquer tipo de exclusão, seja por “idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras” (Brasil, 2017, s/n). Desta forma, reforça-se a adoção de estratégias que visam minimizar iniquidades em saúde (Brasil, 2017).

No volume I do Caderno de Atenção Básica n.º 28, que aborda o acolhimento à demanda espontânea, é descrito que dentre os desafios apresentados pela APS está o acesso e o acolhimento. As equipes de saúde atuantes na APS devem estar abertas para receber e perceber as singularidades de cada situação, atuar buscando agenciar os recursos e tecnologias que auxiliam no alívio do sofrimento, na melhoria da qualidade de vida, prevenção ou redução de danos, estímulo da autonomia, dentre outros (Brasil, 2013).

Atualmente, existem entraves no acesso à saúde para a população LGBTQIA+, visto que há muitas vivências nos serviços de saúde marcadas por constrangimentos, falta de conhecimento e, até mesmo, violências realizadas por profissionais ou instituições. Nem todos os profissionais possuem um olhar ampliado e escuta sensível, o que pode afastar os usuários. Os textos analisados, também, apontam que muitos usuários da população evitam buscar serviços de saúde por acreditarem que sofrerão discriminações nesses ambientes e que não terão suas necessidades específicas e gerais atendidas (Shihadeh; Pessoa; Silva, 2021). O ato de acolher o usuário pertencente à população LGBTQIA+, através de uma escuta ativa sem estigma, pode ser um fator facilitador para melhor inclusão desses usuários. Da mesma forma, uma assistência não adequada pode contribuir para a construção de barreiras que impedem o acesso aos serviços de saúde, gerando perda de seus direitos, exclusão de uma parcela significativa da população nas RAS e nas políticas públicas de saúde, afetando a saúde e a qualidade de vida (Cavalcanti *et al.*, 2016).

Logo, o objetivo do presente trabalho consistiu em analisar fragilidades e potencialidades apresentadas pelos profissionais da APS no acolhimento de usuários da população LGBTQIA+, através de uma revisão integrativa

METODOLOGIA

O presente estudo é resultado de pesquisa realizada para trabalho de conclusão de curso de Residência Multiprofissional em Atenção Básica em instituição localizada em município da região serrana do Estado do Rio de Janeiro.

A pesquisa teve uma abordagem qualitativa e quanto aos procedimentos, pode ser definida como bibliográfica e documental, sendo o tipo de pesquisa elaborada a partir de materiais já publicados sobre as temáticas, como livros, revistas, publicações em periódicos, documentos oficiais e artigos, dentre outros (Prodanov; Freitas, 2013).

Foi realizada uma revisão integrativa, definida por Whitemore e Knafl (2006) como uma metodologia de revisão de literatura que visa sintetizar estudos empíricos e teóricos sobre um tema específico, abrangendo tanto abordagens qualitativas quanto quantitativas, com objetivo de proporcionar uma visão abrangente e integrada das evidências sobre uma questão, sendo amplamente empregada nas ciências da saúde para analisar de forma crítica e sistemática diferentes tipos de estudos, como ensaios clínicos, estudos observacionais, revisões anteriores e teorias.

Para o levantamento da bibliografia, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados científicos da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO). Para a busca, foram utilizadas as palavras-chave e descritores: “Acolhimento”, “LGBT” ou “LGBTQIA+”, e “Atenção Primária à Saúde” ou “Atenção Básica”, com diferentes combinações. A Política de Saúde Integral de LGBTs (PNSILGBT), de 2011, documento norteador da atuação de profissionais em todos os âmbitos do SUS em relação às demandas em saúde da população LGBTQIA+, também foi material adotado para análise, visto sua relevância em relação à temática. A coleta de dados se deu no período de março a novembro do ano de 2023 (Brasil, 2011).

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos materiais de estudo foram: política pública de saúde publicada pelo Ministério da Saúde, artigos na íntegra que retratam a temática abordada, publicados nas bases de dados indicadas a partir do ano de 2011, ano de publicação da PNSILGBT, até o ano de 2023, no idioma português e realizados em contexto brasileiro (Brasil, 2011).

Já os critérios de exclusão adotados foram: artigos duplicados, em outro idioma, que não abordam a realidade brasileira, que não abordam a temática pesquisada, que não descrevam as ações desenvolvidas por profissionais atuantes na APS ao cuidado em saúde da população LGBTQIA+, artigos pagos e incompletos.

Para a elaboração do estudo foi levada em consideração o conceito de triangulação do método, de Minayo (2008), que se refere à combinação de diferentes abordagens metodológicas na pesquisa, visando enriquecer a análise dos dados e fortalecer a validade dos resultados, permitindo que o pesquisador explore o fenômeno de estudo sob múltiplas perspectivas, minimizando as limitações de um único método e oferecer uma compreensão mais profunda e confiável do objeto de pesquisa.

Os materiais encontrados na pesquisa, selecionados a partir dos critérios de inclusão e exclusão, foram organizados em matriz de síntese (Tabela 1). A análise de conteúdo dos dados obtidos se deu a partir das categorias de análise em articulação com o referencial teórico trabalhado, que emergiram dos resultados, fundamentados em uma adaptação da teoria de Bardin (2011), que define as categorias de análise como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, cujo objetivo é, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos, descrever o conteúdo das mensagens, sejam eles quantitativos ou não, que possibilitem a inferência de conhecimentos acerca das condições de produção e recepção dessas mensagens, por meio de variáveis inferidas. Dessa forma, a utilização desta abordagem metodológica possibilitou, pelas categorias de análise, o fornecimento de subsídios teóricos para a compreensão do contexto investigado na pesquisa.

REVISÃO DA LITERATURA

A partir da pesquisa, na base de dados LILACS, foram encontrados 31 artigos ao testar as combinações de descritores e palavras-chave, dos quais foram incluídos 17 artigos e excluídos 14 artigos, com base nos critérios de inclusão e exclusão descritos no item “metodologia”. Na base de dados SciELO, foram encontrados 11 artigos no total, dos quais foram incluídos 4 artigos e excluídos 7, sendo que 6 artigos

foram identificados como duplicados de outras bases de dados. E, na base de dados BVS, ao se testar as combinações, foram encontrados 37 artigos e, considerando os demais critérios para inclusão e exclusão, foram incluídos 3 novos artigos, excluídos 19 artigos e identificados 15 artigos duplicados, que já constavam na matriz de análise.

Logo, a amostra final desta revisão integrativa se constituiu com um quantitativo de 24 artigos científicos e uma política pública de saúde que abordam a temática estudada (Tabela 1).

Tabela 1. Matriz com produções científicas e técnicas analisadas no estudo.

Procedência	Título	Periódico	Autores	Ano
Ministério da Saúde	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais	Políticas de Saúde	Sena <i>et al.</i>	2011
BVS e LILACS	Saúde sexual e reprodutiva na atenção primária à saúde: relatos de mulheres lésbicas	Revista Baiana de Enfermagem	Ketzer <i>et al.</i>	2022
BVS e LILACS	Experiências de médicos de família e comunidade no cuidado com a saúde de pacientes lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	Gomes, Tesser Junior	2022
LILACS	Para além do processo transexualizador: concepção e implementação de um serviço despatologizador e integral à saúde trans e travesti no contexto da atenção primária à saúde na cidade de Porto Alegre (RS)	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	Lucena <i>et al.</i>	2022
LILACS e SciELO	O cuidado da população LGBT na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Costa-Val <i>et al.</i>	2022
BVS, LILACS e SciELO	Percepções dos profissionais de linha de frente da saúde sobre HIV e juventudes	Saúde em Debate	Costa <i>et al.</i>	2022
BVS, LILACS e SciELO	Ambulatório T da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre: política pública de inclusão e garantia de direito à saúde de pessoas trans	Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana	Thomazi, Avila, Teixeira	2022
BVS, LILACS e SciELO	Sexualidade e estigma na saúde: uma análise da patologização da diversidade sexual nos discursos de profissionais da rede básica	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Guimarães, Lorenzo, Mendonça	2021
BVS e LILACS	Produção do cuidado de enfermagem à população LGBTQIA+ na atenção primária	REVISA	Silva <i>et al.</i>	2021
BVS, LILACS e SciELO	Vários tons de “não”: relatos de profissionais da Atenção Básica na assistência de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT)	Interface (Botucatu)	Ferreira, Bonan	2021
BVS e LILACS	Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil	RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde	Guimarães <i>et al.</i>	2020
BVS e LILACS	Patologização e invisibilidade: reconhecimento das demandas e acolhimento da população LGBT na atenção básica	Tempus: Actas de Saúde Coletiva	Guimarães, Lorenzo, Mendonça	2020
BVS e LILACS	O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva	Revista Enfermagem UERJ	Araujo <i>et al.</i>	2019
BVS e LILACS	“Não tem essas pessoas especiais na minha área”: saúde e invisibilidade das populações LGBT na perspectiva de agentes comunitários de saúde	RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde	Ferreira <i>et al.</i>	2019
BVS e LILACS	Saúde da população LGBT+ no contexto da atenção primária em saúde: relato de oficina realizada no internato integrado de Medicina de Família e Comunidade/Saúde Mental em uma universidade pública	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	Loria <i>et al.</i>	2019
LILACS	Atributos da Atenção Primária à Saúde e ferramentas de medicina de família no atendimento às diversidades sexual e de gênero: relato de caso	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	Lima <i>et al.</i>	2019

Procedência	Título	Periódico	Autores	Ano
BVS, LILACS e SciELO	Representações sociais de trabalhadores da atenção básica à saúde sobre pessoas LGBT	Trabalho, Educação e Saúde	Silva, Finkle, Moretti-Pires	2019
BVS e LILACS	Assistência à população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde?	Tempus: Actas de Saúde Coletiva	Guimarães <i>et al.</i>	2017
SciELO	Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional	Revista Brasileira de Educação Médica	Negreiros <i>et al.</i>	2019
SciELO	Sentidos sobre Diversidade Sexual e o Trabalho de Psicólogas na Atenção Básica	Psicologia: Ciência e Profissão	Anzolin, Moscheta	2019
SciELO	Cadê as populações LGBTTT na Estratégia Saúde da Família? Narrativas de profissionais de saúde em Teresina, Piauí, Brasil	Ciência & Saúde Coletiva	Ferreira, Bonan	2021
BVS	Assistência de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais	Revista de Enfermagem UFPE online	Cabral <i>et al.</i>	2019
BVS e SciELO	Saúde de lésbicas: experiências do cuidado das enfermeiras da atenção básica	Ciência & Saúde Coletiva	Milanez <i>et al.</i>	2022
BVS	Serviços de saúde para lésbicas, gays, bissexuais e travestis/ transexuais	Revista de Enfermagem UFPE Online	Oliveira <i>et al.</i>	2018
BVS	Atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais na estratégia saúde da família	Revista Baiana de Enfermagem	Belém <i>et al.</i>	2018

Considerando o contato com a literatura, observa-se que, a partir dos pressupostos expostos na PNSILGBT (2011), os profissionais do SUS são orientados ao respeito aos direitos humanos e à contribuição para a promoção da cidadania da população, assim como a atenção integral à saúde, com destaque aos aspectos referentes à orientação sexual e identidade de gênero (Brasil, 2011).

Segundo diversos estudos indicados na Tabela 1, ainda são encontradas dificuldades na efetivação dos princípios e diretrizes desta política pública de saúde. Um fator evidenciado nos artigos supracitados é o acolhimento inadequado, com reforço a estereótipos e discursos preconceituosos pelos profissionais nas equipes multiprofissionais da APS, incluindo situações em que são perpetuadas violências e constrangimentos, fator que contribui para criar uma barreira simbólica referente ao acesso da população LGBTQIA+ aos serviços e ações de saúde, uma vez que os mesmos podem evitar a busca devido ao receio que tais situações sejam repetidas (Guimarães *et al.*, 2017; Araujo *et al.*, 2019; Cabral *et al.*, 2019; Ferreira *et al.*, 2019; Negreiros *et al.*, 2019; Silva, Finkle; Moretti-Pires, 2019; Guimarães *et al.*, 2020; Guimarães; Lorenzo; Mendonça, 2020, 2021; Ferreira; Bonan, 2021a; Ferreira; Bonan, 2021b; Costa-Val *et al.*, 2022; Milanez *et al.*, 2022; Costa *et al.*, 2023).

Entretanto, para além destas fragilidades, levando-se em conta as 25 produções técnicas e científicas analisadas (Tabela 1), também foi possível identificar diversas potencialidades referentes às ações realizadas pelos profissionais da saúde, realizados principalmente pelas equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB), conforme a PNAB, visto que foram observadas variadas ações, tanto individuais quanto coletivas, voltadas à população LGBTQIA+. Foram identificados a realização de acolhimentos adequados à população, com a prática de escuta ativa e postura empática, por parte dos profissionais (Gomes; Tesser Junior, 2022; Ketzer *et al.*, 2022; Lucena *et al.*, 2022; Thomazi; Avila; Teixeira, 2022), ações de promoção à saúde e educação em saúde (Araujo *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2021; Costa-Val *et al.*, 2022), realização de educação permanente às equipes da APS (Guimarães *et al.*, 2020) e a inserção e respeito ao nome social de forma adequada em prontuários eletrônicos (Guimarães *et al.*, 2020; Gomes; Tesser Junior, 2022).

Ademais, vários artigos identificaram fragilidade na atuação dos profissionais de saúde, que tendem a limitar os atendimentos de usuários LGBTQIA+ à prevenção e combate às infecções sexualmente transmissíveis, com pouco destaque a outros aspectos referentes a uma visão ampliada de saúde (Belém *et al.*, 2018; Oliveira *et al.*, 2018; Araujo *et al.*, 2019; Ferreira *et al.*, 2019; Negreiros *et al.*, 2019; Guimarães *et al.*, 2020; Guimarães; Lorenzo; Mendonça, 2020, 2021; Silva *et al.*, 2021; Gomes; Tesser Junior, 2022; Milanez *et al.*, 2022; Costa *et al.*, 2023).

Outro ponto identificado na literatura foi à construção de ambulatório na APS, localizado na região Sul do país, especializado no atendimento da população LGBTQIA+, onde são oferecidas ações de cuidado integral à saúde (Gomes; Tesser Junior, 2022; Lucena *et al.*, 2022; Thomazi; Avila; Teixeira, 2022).

Foi também evidenciado nos estudos analisados na revisão integrativa os impactos psicológicos relacionados às vivências da população LGBTQIA+. A Política Nacional de Saúde Integral de LGBTs (2011) aponta quanto à identificação da manifestação de sofrimentos psíquicos e psicopatologias por diversas pessoas pertencentes à população. Vale destacar que a orientação sexual e a identidade de gênero são fatores reconhecidos como determinantes sociais de saúde, e todo o contexto de vulnerabilidade social e vivências de diversos tipos de violências, o estigma, patologização e preconceitos podem prejudicar a saúde mental da população (Brasil, 2011).

Nos artigos encontrados nas bases de dados científicas incluídos na matriz de síntese, houve uma concordância em todos os materiais analisados, apesar dos recortes diferentes de cada material em suas especificidades, quanto aos impactos na saúde mental da população LGBTQIA+ devido à situação de vulnerabilidade social e as experiências de LGBTfobia, estigma, preconceitos e violências vivenciadas. Diversos estudos enfatizam altos índices de manifestação de sofrimento psíquico e psicopatologias e/ou a maior vulnerabilidade da população para o desenvolvimento dos mesmos, devido a este contexto. Os principais quadros apontados nesses estudos referem-se a quadros depressivos, de ansiedade patológica e de abuso de substâncias psicoativas relacionados a sofrimentos psíquicos (Belém et al., 2018; Anzolin; Moscheta, 2019; Lima et al., 2019; Guimarães; Lorenzo; Mendonça, 2020, 2021; Silva et al., 2021; Lucena et al., 2022; Milanez et al., 2022).

DISCUSSÃO

A partir da análise das informações obtidas no contato com a literatura nos textos apresentados na matriz de síntese, foram ressaltadas três categorias de análise: “ações desenvolvidas pelos profissionais da APS em relação à população LGBTQIA+”, “aspectos psicológicos associados à população LGBTQIA+” e “ênfase no combate às ISTs” (Tabela 2).

Tabela 2. categorias temáticas e de análise.

Categoria de análise	Produções técnicas e científicas incluídas	Síntese de conteúdo
Ações desenvolvidas pelos profissionais da APS em relação a população LGBTQIA+.	Todas as 25 produções técnicas e científicas destacadas na “Tabela 1”.	Dentre as potencialidades percebidas, destacam-se atendimentos individuais e/ou coletivos, acolhimentos de forma qualificada e empática por diversos profissionais, acompanhamento de usuários nos territórios pelas equipes multiprofissionais, ações de Educação Permanente para qualificação profissional e Educação em Saúde. Dentre as principais fragilidades, destacam-se acolhimentos inadequados, reprodução de discursos preconceituosos e estigmatizantes e ênfase exclusiva na prevenção e combate às infecções sexualmente transmissíveis.
Aspectos psicológicos associados à população LGBTQIA+.	Todas as 25 produções técnicas e científicas destacadas na “Tabela 1”.	Altos índices de manifestação de sofrimentos psíquicos e psicopatologias por pessoas pertencentes à população, influenciados pelo contexto de vulnerabilidades sociais, estigma, violências e LGBTfobia. Contexto histórico de patologização da população LGBTQIA+ e associação de orientações sexuais não heteronormativas e identidades de gênero não cisonormativas como transtornos psíquicos.
Ênfase no combate às ISTs.	Costa et al., 2023; Guimarães; Lorenzo; Mendonça, 2021; Guimarães et al., 2020; Guimarães; Lorenzo; Mendonça, 2020; Araujo et al., 2019; Ferreira, 2019; Negreiros et al., 2019; Milanez et al., 2022; Gomes; Tesser Junior, 2022; Silva et al., 2021; Oliveira et al., 2018; Belém et al., 2018.	Identificação de atuações voltadas exclusivamente ao tratamento, rastreamento e prevenção das ISTs voltados à população LGBTQIA+, muitas vezes não apresentando atenção a outros aspectos da saúde integral de pessoas pertencentes à população. Tema de HIV/Aids ainda é marcado por estigmas, com culpabilização e categorização de pessoas consideradas “grupos de risco”, dentre elas, a população LGBTQIA+.

Refletindo-se acerca da Categoria 1: “ações desenvolvidas pelos profissionais da APS em relação à população LGBTQIA+”, que contemplou todos os 25 escritos analisados, aponta-se que os discursos reforçadores de preconceitos e violências nos serviços e ações de saúde, comumente expressos através de constrangimentos e discursos de estereotipação às pessoas da população corroboram de forma a criar uma barreira simbólica de acesso aos usuários, tendo como consequência a não procura pelos serviços e ações de saúde no âmbito do SUS e da APS, fator que contribui para um não atendimento de necessidades e demandas em saúde pela população LGBTQIA+. Pois, o acolhimento qualificado pode favorecer a aproximação e a inclusão desses usuários, enquanto a realização inadequada ou descuidada desse acolhimento dificulta a busca e engajamento dos usuários em seus processos de saúde-doença.

Uma reflexão pertinente aos dados analisados é o de que alguns dos artigos analisados apontaram que usuários LGBTQIA+ receberam atendimentos caracterizando uma atenção integral à saúde com ênfase nos aspectos biopsicossociais apenas em um serviço ambulatorial na APS voltado para a saúde da população LGBTQIA+, visto as particularidades em um município da região Sul do país que construiu este tipo de serviço devido às suas demandas. Este serviço apresenta diferenciações em comparação a outras ações e serviços da APS, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que se estrutura com atenção mais especializada e sensível às questões de identidade de gênero e orientação sexual, com profissionais capacitados para lidar com as particularidades e vulnerabilidades dessa população. Entretanto, destaca-se que apesar de tais serviços especializados constituírem linhas de cuidado essenciais para diversos usuários LGBTQIA+, é fundamental que os demais serviços das redes da APS não se eximam de realizar cuidados à população a partir de suas atribuições, conforme é previsto na PNAB, efetivando os princípios de resolutividade, cuidado centrado na pessoa e a coordenação do cuidado, dentre outros.

Quanto à Categoria 2: “aspectos psicológicos associados à população LGBTQIA+”, também foram considerados todos os 25 materiais analisados. É notável que, historicamente, as pessoas que não se adequavam aos padrões de cisnormatividade e heteronormatividade foram patologizadas e associadas a transtornos psíquicos, compondo entidades nosológicas em manuais diagnósticos da saúde, como o CID e DSM, principais instrumentos utilizados para o diagnóstico de psicopatologias. A transexualidade, por exemplo, deixou a listagem de transtornos do CID apenas no ano de 2018 (Conselho Federal de Psicologia, 2019). Nas fragilidades apresentadas pelos profissionais atuantes na APS, descritas na categoria de análise anterior, se evidenciou que comumente estavam presentes discursos patologizantes, associando usuários desta população a comportamentos desviantes e grupos de risco.

Observa-se a influência dos padrões cisnormativos e heteronormativos vigentes socialmente nas representações da população LGBTQIA+ como um fator que influencia na patologização. Esses padrões de ideias tomam a heterossexualidade e a cisgeneridade como as únicas condutas válidas socialmente, marginalizando todas as outras expressões da diversidade quanto à sexualidade.

O alto índice de sofrimento psíquico e psicopatologias pela população LGBTQIA+ possuem uma influência significativa do contexto de vulnerabilidade social, preconceitos e LGBTfobias enfrentados cotidianamente. Silva, Finkle e Moretti-Pires (2019) analisam o quanto as representações sociais que desqualificam orientação sexuais e identidades de gênero não heteronormativas e cisnormativas, o que favorece a manifestação de atitudes LGBTfóbicas, prejudicando o acesso, assistência à saúde, saúde mental e qualidade de vida da população.

Ressalta-se a importância das equipes multiprofissionais inseridas na APS, em todas suas modalidades, estarem atentas à saúde mental de usuários LGBTQIA+ nos territórios, sabendo-se que muitas destas demandas de cuidado terão seu primeiro acesso nas redes de atenção à saúde a partir da APS, devido à construção do vínculo entre profissionais de saúde e populações adscritas. Logo, há grande possibilidade de colaborar com práticas que ajudem na aplicação do preconizado pela ideia de desinstitucionalização do sofrimento psíquico e o fortalecimento dos serviços substitutivos com ênfase na atenção psicossocial, que possuem o intuito de contribuir para a inserção ou reinserção destes usuários em seus territórios existenciais, rompendo com cuidados baseados no poder biomédico realizados em instituições com características asilares, considerando o cuidado centrado na pessoa e na sua autonomia.

Já a Categoria de Análise 3 foi denominada como: “ênfase no combate às ISTs”. Na PNSILGBT é indicado que a visibilidade das demandas em saúde pela população LGBTQIA+ se deu a partir da adoção de estratégias de enfrentamento à epidemia de HIV/Aids pelo Ministério da Saúde na década de 1980

(Brasil, 2011). É destacado que o tema de HIV/Aids ainda é marcado por estigmas, com culpabilização e categorização de pessoas, as quais são consideradas como “grupos de risco”, um conceito que pode promover discriminação contra grupos já vulnerabilizados em relação à garantia de direitos. São perpetuados discursos por alguns profissionais de saúde com metáforas fatalistas, como a morte iminente, assim como de associação com a sexualidade, contribuindo para a marginalização de pessoas que vivem com HIV (Costa et al., 2023).

Portanto, conforme indicado nos resultados expostos, ainda são presentes atuações voltadas exclusivamente ao tratamento, rastreamento e prevenção das ISTs no atendimento à população LGBTQIA+. Reitera-se que a oferta de serviços e ações desta natureza, quando realizada de forma adequada e sem discriminações, pode ser uma estratégia de grande potencialidade na atenção à saúde. Entretanto, são identificados diversos discursos preconceituosos e estigmatizantes proferidos pelos profissionais, que muitas vezes não apresentam atenção a outros aspectos da saúde integral de pessoas pertencentes à população, para além da saúde sexual e reprodutiva. Tais considerações demonstram uma possível fragilidade na assimilação, na prática dos princípios e diretrizes do SUS, na prática da APS. Dentre eles, destacam-se os de integralidade, resolutividade e o cuidado centrado na pessoa.

CONCLUSÕES

Destaca-se que foram identificadas diversas fragilidades e potencialidades apresentadas pelos profissionais nas unidades de APS no acolhimento de pacientes LGBTQIA+ a partir da análise da literatura. Apesar de terem sido identificadas atividades e ações em saúde voltadas à população LGBTQIA+ em alguns dos estudos apontados nos resultados, como atendimentos individuais e coletivos, acolhimentos, ações de promoção à saúde e educação em saúde, também foi percebida a reprodução de discursos estigmatizantes e preconceituosos em grande quantidade das produções científicas analisadas, como a associação da população a grupos de risco em relação à ISTs e, até mesmo, a comportamentos desviantes e psicopatologias. Ações de saúde com ênfase à saúde integral de usuários LGBTQIA+ foram identificadas maioritariamente em serviços voltados ao atendimento à população, como nos Ambulatórios de Saúde LGBTQIA+.

Todavia, conforme é previsto na PNAB, as equipes multiprofissionais em suas diversas modalidades devem atuar de acordo com os princípios e as diretrizes norteadores e fundantes do SUS, tais como a resolutividade, universalidade, integralidade e cuidado centrado na pessoa, dentre outros (Brasil, 2017).

Uma das principais fragilidades perceptíveis quanto às atuações estava relacionada aos processos de acolhimento inadequados pelos profissionais aos usuários LGBTQIA+. Diversos estudos analisados apontam atitudes de evitação pelos usuários na busca a serviços da APS e dos demais níveis de atenção da RAS devido ao receio de experienciarem situações de constrangimento e discriminação novamente. A situação de vulnerabilidade social experienciada pela população evidenciada na PNSILGBT fundamenta a necessidade de atenção aos cuidados em saúde de usuários LGBTQIA+ (Brasil, 2011). Logo, um olhar atento às demandas apresentadas se mostra essencial, e o acolhimento é parte fundamental para a atuação perante as necessidades em saúde da população. Ações no campo da saúde mental, neste contexto, se mostram fundamentais.

Este contexto demonstra que a qualificação profissional surge como uma necessidade. Debruçar sobre os currículos e os processos de formação profissional de modo a trabalhar temáticas sensíveis às políticas públicas de saúde e necessidades em saúde da população LGBTQIA+ pode ser um fator a potencializar melhorias em relação às fragilidades, auxiliando no processo da qualificação dos acolhimentos. Ademais, refletir sobre os processos de formação de profissionais já atuantes no SUS, como a Educação Permanente em Saúde, conforme disposto na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), demonstra relevância no sentido de oportunizar formas de aprimorar as ações já realizadas nos serviços de saúde (Brasil, 2013). Promover espaços formais de diálogo entre equipes, como em reuniões de equipe, por exemplo, com o intuito de identificar as dificuldades dos profissionais de saúde e propor estratégias com foco na qualificação das ações, pode ser uma ferramenta a auxiliar no desenvolvimento de ações qualificadas para a população em questão.

Além do mais, considerando-se os processos de gestão em saúde no SUS, a adoção de indicadores em saúde específicos para a população LGBTQIA+ no contexto dos municípios pode auxiliar na promoção

de um sistema de saúde mais equitativo e capaz de responder às necessidades e especificidades de demandas desse grupo social, a partir da monitoração com melhor precisão os determinantes e as condições de saúde que afetam este segmento. Destaca-se a importância da participação de usuários LGBTQIA+ na construção desses indicadores, de forma a indicar suas percepções quanto às prioridades em relação às demandas em saúde. O uso de indicadores específicos permite a identificação de disparidades, a formulação de intervenções adequadas e a avaliação da efetividade das políticas de saúde pública. A coleta de dados sobre a saúde da população LGBTQIA+ pode ser realizada por meio de indicadores tanto quantitativos quanto qualitativos, que possibilitem uma compreensão ampla das condições de saúde dessa população. Além disso, a implementação de indicadores em saúde municipais requer a colaboração de diferentes setores, como as secretarias de saúde, educação e assistência social, para garantir que as ações de saúde pública sejam efetivas e abrangentes. A coleta de dados deve ser realizada de forma ética, assegurando a privacidade e o consentimento informado dos indivíduos, com um acompanhamento adequado de todos os aspectos da saúde física, mental e social da população LGBTQIA+.

Outra estratégia para a proposição de melhorias em relação às fragilidades indicadas está à criação de fluxos de cuidado nas redes de atenção à saúde (RAS) para atender às necessidades específicas da população LGBTQIA+, implicando na criação de rotinas de encaminhamento e integração entre diferentes níveis de atenção, desde a APS até os serviços especializados, assegurando o atendimento de maneira contínua e adequada.

Além disso, o estabelecimento de diálogo com municípios pioneiros que já dispõem de ambulatorios e unidades de saúde com serviços especializados no atendimento da população LGBTQIA+ pode auxiliar na ampliação do acesso a cuidados específicos. O compartilhamento de experiências e práticas exitosas entre municípios pode contribuir para a adaptação dos serviços às necessidades da população, reduzindo as barreiras de acesso à saúde e garantindo a equidade na assistência à saúde.

Tendo em vista que a participação social é um fator fundamental para a construção de políticas públicas de saúde, conforme garantido nas Leis que regulamentam o SUS, a atuação por representantes da população LGBTQIA+ através das Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde pode auxiliar na construção de políticas públicas mais efetivas e condizente com as realidades das demandas, com otimização do planejamento e fortalecimento do cuidado em saúde da população.

REFERÊNCIAS

ANZOLIN, B.; MOSCHETA, M. S. Sentidos sobre diversidade sexual e o trabalho de psicólogas na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 39(3), 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003228644>.

ARAUJO, L. M. et al. O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 27, e34262, Rio de Janeiro, 2019. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.34262>.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Edições 70, 2011. 228 p.

BELÉM, J. M. et al. Atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais na Estratégia Saúde da Família. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 32, 2018. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.26475>.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do SUS. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília,

DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

CABRAL, K. T. F. et al. Assistência de Enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, v. 13(1),



p. 79-85, jan. 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i1a237896p79-85-2019>.

CAVALCANTI, A. C. et al. Acolhimento nos serviços de saúde à população LGBT: uma revisão integrativa. Campina Grande: Realize Editora, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). Transexualidade não é transtorno mental, oficializa OMS. 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/transexualidade-nao-e-transtorno-mental-oficializa-oms>.

COSTA, M. I. S. et al. Percepções dos profissionais de linha de frente da saúde sobre HIV e juventudes. Saúde em Debate, v. 46, n. especial 7 dez, p. 142-156, 2023. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/7490>.

COSTA-VAL, A. et al. O cuidado da população LGBT na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 32(2), e320207, Rio de Janeiro, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320207>.

FERREIRA, B. O.; BONAN, C. Cadê as populações LGBTTT na Estratégia Saúde da Família? Narrativas de profissionais de saúde em Teresina, Piauí, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 5, p. 1669-1678, mai. 2021a. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04752021>.

FERREIRA, B. O.; BONAN, C. Vários tons de “não”: relatos de profissionais da atenção básica na assistência de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTT). Interface (Botucatu), v. 25, 2021b. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200327>.

FERREIRA, B. O. et al. “Não tem essas pessoas especiais na minha área”: saúde e invisibilidade das populações LGBT na perspectiva de agentes comunitários de saúde. RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, v. 13(3), p. 496-508, jul-set, 2019. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v13i3.1703>.

GOMES, J. A. S.; TESSER JUNIOR, Z. C. Experiências de médicos de família e comunidade no cuidado com a saúde de pacientes lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 2;17(44), e240, 2022. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2407](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2407).

GUIMARÃES, N. P. et al. Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à População LGBT em um município da região Sudeste do Brasil. RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, v. 14(2), p. 372-385, 2020. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i2.1712>.

GUIMARÃES, R. C. P.; LORENZO, C. F. G.; MENDONÇA, A. V. M. Patologização e invisibilidade: reconhecimento das demandas e acolhimento da população LGBT na atenção básica. Tempus: Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 14(2), p. 137-153, jun. 2020. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2721>.

GUIMARÃES, R. C. P.; LORENZO, C. F. G.; MENDONÇA, A. V. M. Sexualidade e estigma na saúde: uma análise da patologização da diversidade sexual nos discursos de profissionais da rede básica. Physis: Revista de Saúde Coletiva: 31 (01), 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310128>.

GUIMARÃES, R. C. P. et al. Assistência à população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os agentes comunitários de saúde? Tempus: Actas De Saúde Coletiva, v. 11(1), p. 121-139, 2017. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2327>.

GONÇALVES, M. A. Organização e funcionamento do SUS. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC. Brasília: CAPES: UAB, 2014.

KETZER, N. et al. Saúde sexual e reprodutiva na atenção primária à saúde: relatos de mulheres lésbicas. Revista Baiana de Enfermagem, v. 36, 2022. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.45637>.

LIMA, A. M. et al. Atributos da atenção primária à saúde e ferramentas de medicina de família no atendimento às diversidades sexual e de gênero: relato de caso. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 14(41), Rio de Janeiro, jan-dez, 2019. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1785](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1785).

LUCENA, M. M. et al. Para além do processo transexualizador: concepção e implementação de um serviço despatologizador e integral à saúde trans e travesti no contexto da atenção primária à saúde na cidade de Porto Alegre (RS). Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 17 (44), jan-dez, 2022. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2873](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2873).

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Ed. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MILANEZ, L. S. et al. Saúde de lésbicas: experiências do cuidado das enfermeiras da atenção básica. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, n. 10, p. 3891-3900, out. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.06912022>.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.



NEGREIROS, F. R. N. et al. Saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: da formação médica à atuação profissional. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 43, n. 1, p. 23-31, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1RB20180075>

OLIVEIRA, G. S. et al. Serviços de saúde para lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transexuais. Revista de Enfermagem UFPE Online, v. 12(10), p. 2598-2609, out. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237014/30152>.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. 276 p.

SHIHADDEH, N.; PESSOA, E.; SILVA, F. A. (in)visibilidade do acolhimento no âmbito da saúde: em pauta as experiências de integrantes da comunidade LGBTQIA+. Barbarói, n. 58, p. 172-194, jan/jun 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i58.14765>.

SILVA, A. A. C. et al. Produção do cuidado de enfermagem à população LGBTQIA+ na atenção primária. REvisa, v. 10(2), p. 291-303, abr-jun 2021. Disponível em: <https://rdcsa.emnuvens.com.br/revista/article/view/406>.

SILVA, A. L. R.; FINKLE, M.; MORETTI-PIRES, R. O. Representações sociais de trabalhadores da atenção básica à saúde sobre pessoas LGBT. Trabalho, Educação e Saúde, v. 17, n. 2, p. e0019730, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00197>.

THOMAZI, G. L.; AVILA, S.; TEIXEIRA, L. B. Ambulatório T da atenção primária à saúde de Porto Alegre: política pública de inclusão e garantia de direito à saúde de pessoas trans. Sexualidad, Salud y Sociedad, n. 38, Rio de Janeiro, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2022.38.e22302.a>.

WHITTEMORE, T. K.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. Journal of Advanced Nursing, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.



“Uma nova visão do trabalho e de nós mesmos” Educação permanente em saúde com agentes comunitários de saúde no município de Maricá - Relato de experiência

Claudia dos Santos Rodrigues¹  Patrícia Cavalcanti Schmid²  Carlos José Moreno¹ 
Zumira Carvalho¹  Rachel Novaes Gomes¹  Gabriel Vieira Noronha¹ 

RESUMO

O presente artigo expõe a experiência da equipe do Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Fundação Estatal de Saúde de Maricá, com a realização da ‘Capacitação Acolhimento e Linhas de Cuidado’, no período de 18/10/22 até 01/06/2023, a partir de uma demanda identificada em levantamento realizado junto aos profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) de Maricá. A referida capacitação abarcou 310 profissionais, dentre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Auxiliares Administrativos (ADM), havendo uma adesão de 97,4% dos participantes, chegando ao final do processo 299 deles. Os temas discutidos de forma interativa e articulados com os princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS) versaram sobre, acolhimento de acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, escuta qualificada, Comunicação Não Violenta em Saúde (CNV) e linhas de cuidado. Como resultados, verificamos efeitos de resignificação das práticas, reflexão crítica sobre os impasses nos processos de trabalho e na percepção dos profissionais capacitados sobre suas funções profissionais e seus modos de comunicação.

Descritores: Educação permanente; Agente comunitário de saúde; Humanização da assistência.

¹ Diretoria de Ensino, Produção do Conhecimento e Tecnologias da Fundação Estatal de Saúde de Maricá, Maricá, Brasil.

² Núcleo de Educação Permanente em Saúde, Diretoria de Ensino, Produção do Conhecimento e Tecnologias da Fundação Estatal de Saúde de Maricá, Maricá, Brasil.

INTRODUÇÃO

A construção de ações de educação permanente em saúde (EPS) é um processo fundamental para fomentar a qualidade humana e técnica dos serviços de saúde do SUS. Tais ações precisam ser desenvolvidas conforme definido pelo conceito de EPS, como “produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança” (Ceccim e Ferla, 2009).

Nessa direção, objetivamos demonstrar neste relato de experiência uma ação de EPS cujo objetivo maior foi ofertar um amplo processo de articulação entre prática e teoria para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Auxiliares Administrativos (ADM), personagens essenciais das equipes e serviços de saúde. Os ACS por serem a principal ligação da atenção primária à saúde (APS) com a comunidade e os ADM por sua atividade direta junto à população, no que tange à organização dos pedidos de exames e documentação nas unidades de saúde.

Assim, o objetivo central deste relato será descrever, analisar e divulgar a experiência acima citada e os efeitos identificados pelos participantes em suas práticas profissionais, além dos efeitos percebidos pela equipe condutora do processo. Tal ação foi desenvolvida na cidade de Maricá.



DESCRIÇÃO DE CAMPO

Maricá é um dos 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro, localizado na Região Metropolitana II, fazendo limites com Itaboraí, São Gonçalo, Rio Bonito, Niterói, Saquarema e Tanguá. Apresenta uma extensão territorial de 361.572 km² e sua população de acordo com o censo demográfico de 2022 é de 197.277 habitantes (IBGE, 2022).

A cidade apresenta uma ampla cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em novembro de 2020, o município já contava com 46 eSF (equipes de saúde da família). Em 2022, a cidade passou a ter 54 eSF, distribuídas de acordo com os quatro Distritos locais: Central, Ponta Negra, Inoã e Itaipuaçu. Estimativamente, Maricá apresenta 324 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), considerando a presença de seis ACS por eSF.

Além de possuir grande beleza natural, o município desenvolve projetos sociais que buscam a melhoria da qualidade de vida de sua população, dos mais conhecidos, ônibus e bicicletas tarifa zero e moeda social mumbuca. A cidade que preza, há anos, através do poder local, pela busca de justiça social, segue investindo na melhoria da gestão em saúde, na ampliação e qualificação das eSF.

Em 2022, a Prefeitura de Maricá aprovou a criação da Fundação Estatal de Saúde de Maricá (FEMAR). Em sua estrutura organizacional, essa fundação conta com a Direção de Ensino, Produção do Conhecimento e Tecnologias (DEPCT), a qual abriga, dentre outras, a Superintendência do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), com responsabilidade pelas ações de EPS da FEMAR.

O NEPS/FEMAR foi construído, em conformidade com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), sendo fomentador de ações político-pedagógicas, estrategicamente concebidas para o SUS, como formação e desenvolvimento de seus trabalhadores. A PNEPS foi aprovada na XII Conferência Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde (Ceccim e Ferla, 2009).

METODOLOGIA DE TRABALHO

No seguimento das diretrizes acima citadas, a fim de conhecer as reais necessidades dos trabalhadores de saúde da APS de Maricá, a equipe NEPS / FEMAR realizou um levantamento quanti-qualitativo em todas as 25 Unidades de Saúde da Família (USF) existentes na cidade, aplicando um questionário com questões sociodemográficas e perguntas sobre demandas para capacitações em EPS. Cabe ressaltar que tal questionário foi realizado como levantamento interno, parte do processo de trabalho para identificação de demandas, sem dados sensíveis e não será detalhado nesta publicação.

Todas as 25 USF foram visitadas, havendo uma reunião com os membros das eSF presentes no momento da visita. Os questionários foram preenchidos por todas as categorias profissionais e, traremos neste artigo, a análise dos dados coletados acerca das demandas levantadas para EPS.

Obtivemos 361 respostas aos questionários, identificadas como de 183 ACS, 29 médicos (a) s, 44 enfermeiros (a) s, 19 auxiliares de saúde bucal (ASB), 16 assistentes farmacêuticos (AF), 52 técnicos de enfermagem (TE) e 18 dentistas. Em uma análise qualitativa, verificou-se como solicitação mais preponderante para capacitação, a temática do 'Acolhimento', tendo aparecido como tema citado na maioria das respostas.

Diante da demanda mais relevante identificada, foi desenvolvida a proposta de uma Capacitação em Acolhimento e Linhas de Cuidado na APS, voltada para os ACS e ADM, visto que dentre as respostas para esse tema, verificamos um alto índice de solicitações dentre os ACS e, a pedido dos gestores, houve a inclusão de ADM no processo por seu papel importante junto à comunidade. Em sendo assim, a ação em EPS, descrita e analisada neste artigo, surgiu a partir das necessidades identificadas através dos trabalhadores da APS de Maricá, quanto à qualificação de suas práticas no cotidiano da assistência territorial.

Ressaltamos ainda que, desde o levantamento de demandas, elaboração da ementa até os encontros propriamente ditos, em formato roda de conversa, foram orientados pelos princípios norteadores da EPS, a saber, aprendizagem significativa, focada nas experiências e vivências pessoais dos alunos e ensino problematizador, embasado pela crítica da realidade e sem superioridade do educador em relação ao educando (Ceccim e Ferla, 2009).

CAPACITAÇÃO PRÓPRIAMENTE DITA: O PROCESSO

A partir da maior demanda identificada, a equipe do NEPS em questão iniciou a formulação da ementa da capacitação e as negociações institucionais para a liberação dos ACS e ADM para participação no processo. Foi realizada uma apresentação da proposta para o Conselho Executivo da FEMAR e negociações com a Organização Social ainda contratante dos profissionais da APS, agilizando os acordos e concordâncias de todos os níveis hierárquicos.

A capacitação foi realizada por Distritos de Maricá, de 18/10/2022 a 01/06/2023. Foram elaboradas seis turmas por Distrito com quatro aulas cada. No Distrito Central houve um total de 98 participantes, sendo 87 ACS e 11 ADM. No Distrito Ponta Negra, um total de 67 participantes, sendo 58 ACS e nove ADM. No Distrito Inoã, um total de 65, sendo 59 ACS e seis ADM. E, por fim, no Distrito Itaipuaçu, um total de 80 participantes, sendo 67 ACS e 13 ADM. Tivemos, assim, 310 participantes durante o processo.

As aulas foram pensadas no formato mais interativo possível, como rodas de conversa com uso de dinâmicas e atividades em grupo. Os professores facilitadores, membros da equipe do NEPS/FEMAR, realizaram as aulas como transmissão de conteúdo via troca de experiências. Tais facilitadores contavam com uma longa jornada atuando nos serviços de saúde do SUS, tanto em USF como em unidades hospitalares, fazendo das suas experiências profissionais, um recurso potente, para compartilhamento de vivências, durante a capacitação.

As aulas foram organizadas abarcando as seguintes temáticas: SUS, história e o papel do ACS; acolhimento segundo a Política Nacional de Humanização (PNH); Política Nacional de EPS; Comunicação Não Violenta (CNV) em saúde; atribuições dos ACS ao longo da história e linhas de cuidado. Foram apresentados e discutidos conceitos fundamentais para uma prática transformadora no SUS, tais como, acolhimento como postura ética, triagem e classificação de risco, escuta qualificada através do uso da ferramenta da CNV, linhas de cuidado, projeto terapêutico singular, sigilo médico e ética profissional. Todos esses conteúdos foram apresentados em material didático distribuído para cada participante. A última aula de todas as turmas versou sobre a apresentação de trabalhos em grupo, articulando os conceitos discutidos com reflexões sobre a prática.

Focar na transmissão conceitual, clarificando os conceitos e ouvindo as vivências dos alunos, acerca de sua aplicabilidade prática, foi o cerne principal das aulas. Entender quando as práticas se afastam do que é concebido conceitualmente e, como refletir criticamente sobre essas mesmas práticas, buscando sua reaproximação com a diretriz conceitual foi a proposta político-pedagógica orientadora da transmissão pelos professores facilitadores.

O conceito de acolhimento foi discutido, de acordo com o definido na PNH:

É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS: ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (Ministério da Saúde, 2010, p.7).

Intensos foram os debates acerca dessa conceituação, desde a diferença de demandas para acolhimento nos três níveis de atenção no SUS, focando na amplitude de questões a serem acolhidas pelas eSF em seus territórios, até a burocratização do conceito que pode tornar acolhimento, um setor nas USF, não circulando por todos os membros das equipes de saúde, com a relevância ética, estética e política, discutida na citação acima.

Profundamente ligado à temática do acolhimento, está o conceito de escuta qualificada. O mesmo foi debatido à luz da complexidade dos processos de comunicação entre humanos. Como um usuário se comunica com as eSF e é escutado por essas mesmas equipes? Que impasses fazem parte do processo de enunciação da angústia, em forma de demanda, na relação usuários e eSF? Enfatizado como parte essencial para a construção de um acolhimento eficaz e humanizado, o conceito de escuta qualificada que,

(...) consiste em operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher e pactuar respostas mais adequadas aos usuários, implicando em uma escuta ampliada, em ambientes adequados, respeitando a singularidade dos usuários, considerando os motivos que os levaram a buscar o serviço, identificando suas necessidades e dando encaminhamento para a solução de seus problemas. A escuta das pessoas em seus lugares próprios, sem descaracterizá-las ou diminuí-las (Duarte e Moreira, 2017, p.4).

Revelou a necessidade de que os profissionais de saúde do SUS, incluindo os ACS e ADM, pensassem sobre seus processos de comunicação. A comunicação entre humanos nasce marcada por embarços e desafios. Compreendendo que emissor, mensagem e receptor mostram uma relação não linear durante o processo de comunicação, tendo a mensagem emitida variados atravessamentos ao ser recebida pelo receptor, tais como, diferenças culturais, de estado de ânimo e fatores socioeconômicos, vemos que a comunicação precisa ser entendida nessa sua essencial complexidade. Portanto, precisa ser, fundamentalmente, desnaturalizada, para que venha à tona como reflexão sobre os modos de falar e ouvir que utilizamos, quando atuando como profissionais de saúde do SUS. Em sendo assim, a temática da CNV foi oferecida como uma ferramenta para qualificação da comunicação entre usuários e equipe, assim como dos membros da equipe entre si.

A CNV é um processo sistematizado pelo psicólogo norte-americano Marshall B. Rosenberg, o qual propõe um modelo de pensamento e comunicação eficaz, utilizando-se, especialmente, da empatia. CNV é uma prática que busca uma nova forma de se relacionar, apresentando ferramentas úteis no enfrentamento dos desafios que aparecem durante a comunicação, entre nós, seres humanos. Rosenberg (2006, p.23) denominou essa abordagem como CNV, baseado no termo “não violência” utilizado por Mahatma Gandhi¹, referindo-se a nosso estado compassivo natural quando a violência houver se afastado do coração. “Embora possamos não considerar “violenta” a maneira de falarmos, nossas palavras, não raro, induzem à mágoa e à dor, seja para os outros, seja para nós mesmos”.

A CNV se baseia em habilidades de linguagem e comunicação que fortalecem a nossa capacidade de mantermos uma humanidade empática, mesmo em condições adversas. Pensar de forma não violenta nos conduz a uma reavaliação de nossas formas de falar, de confrontar, de entender o que nos é dito. “Nossas palavras, em vez de serem reações repetitivas e automáticas, tornam-se respostas conscientes, firmemente baseadas na consciência do que estamos percebendo, sentindo e desejando. Somos levados a nos expressar com honestidade e clareza, ao mesmo tempo, que damos aos outros uma atenção respeitosa e empática” (Rosenberg, 2006, p.24). No processo da CNV, segundo o autor, existem quatro componentes: observação sem avaliação; sentimentos; necessidades; pedido. Cabe-nos a construção de formas de pensar a comunicação, sempre com esses quatro componentes, articulados à empatia.

¹ **Mahatma Gandhi** foi um ativista indiano que ficou internacionalmente conhecido pela sua atuação como liderança na luta pelo fim da colonização britânica e pela independência da Índia. Além de lutar pela independência de seu país, Gandhi notabilizou-se por lutar pelos direitos dos indianos nas duas décadas em que viveu na África do Sul. O ativismo de Gandhi ficou notavelmente conhecido por causa do seu método de resistência não violento, o Satyagraha. (<https://mundoeducacao.uol.com.br/historiageral/mahatma-gandhi.htm>)

Durante a capacitação, tal ferramenta foi apresentada como uma proposta para qualificação da escuta, através de sua teoria fundante e exercícios práticos, baseados na dinâmica ‘Desenho às Cegas’ que foi adaptada para possibilitar uma experiência de imersão nos embaraços da comunicação.

Além disso, após a discussão teórica, foi realizado um trabalho em grupo, quando os participantes tiveram que analisar vinhetas baseadas em situações reais, utilizando os conceitos da CNV que foram debatidos. Para além da qualificação da fala e da escuta, no acolhimento aos usuários do SUS, pensamos o uso da CNV para igual aperfeiçoamento, das relações de equipe, possibilitando que os problemas e os desafios dos relacionamentos interpessoais encontrem uma forma de serem comunicados de maneira não violenta, estabelecendo espaços permanentes de reflexão e transformação. Evidenciamos, durante a discussão da CNV, como os impasses interprofissionais tendem a ficar silenciados ou são tornadas falas paralelas às instâncias de decisão coletiva. Dessa forma, acabam não produzindo reflexão crítica, mas apenas angústia e sensação de impotência diante do trabalho, gerando sofrimento para os ACS e ADM participantes do processo, além de impactar as práticas, uma vez que a dimensão subjetiva das mesmas, quando não elaboradas, funciona como empecilhos para as boas condutas em saúde.

Verificamos a recepção, de alguns participantes, inicialmente cética acerca da ferramenta da CNV, o que foi se atravessando de uma maior abertura, especialmente durante a dinâmica que utilizou vinhetas inspiradas em situações vividas na rotina dos ACS nas USF. Ao final de cada aula sobre CNV, entretanto, evidenciamos um impacto geral positivo, reforçando a percepção da potência dessa ferramenta para o trabalho das ESF. Potência essa, também verificada por Antoniassi et al. (2019), num estudo sobre o uso de práticas restaurativas, a saber processo circular e CNV, para intervenção junto a conflitos de uma ESF, o qual aponta como a “lógica de escuta qualificada e a utilização dos componentes da CNV contribuíram efetivamente para o planejamento em conjunto, despindo os participantes de julgamentos, permitindo que cada integrante pudesse con-tribuir de forma mais assertiva para o desenvolvimento das atividades propostas”.

O conceito de acolhimento foi, após essa fase, articulado com o conceito de linha de cuidado. Tal conceito foi apresentado, conforme discute Franco e Franco (2012), como uma imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. Representando o itinerário e o percurso que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde, incluindo segmentos não necessariamente inseridos nesse sistema, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social. Discutimos como a ideia de linha aponta um fluxo a ser seguido, uma direção que orienta a equipe de saúde e o usuário, não sendo elementos fixos na rede, mas percursos que organizam o cuidado e que devem ser flexíveis, mas não pontos soltos sem articulação.

Foi enfatizado o quanto o conceito de linha de cuidado tem sua porta de entrada no processo de acolhimento, através da utilização da escuta qualificada, sendo necessário, como apontado por Franco e Franco (2012), definir quais linhas de cuidado serão montadas, visto que serviços de saúde têm inúmeros fluxos de cuidado funcionando, para cada grupo nosológico ou programas em atividade. Temos como exemplos de linhas de cuidado, saúde materno-infantil, do idoso, saúde mental, HIPERDIA e saúde bucal. Portanto, foi discutido como os ACS precisam saber quais linhas de cuidado estão ativas em sua USF e como são os fluxos. Só assim, poderão orientar melhor os usuários, após a realização de um acolhimento cuidadoso e qualificado, além de acompanhá-los em seu percurso na linha de cuidado ativada para o seu caso, ocupando adequadamente o seu lugar na longitudinalidade da atenção em saúde.

Quando ressaltamos a relação entre acolhimento e linhas de cuidados, nos embasamos nas diversas tecnologias em saúde, demonstrando a importância das tecnologias leves, como formulou Merhy (1997). Portanto, compreender acolhimento como uma tecnologia leve no trabalho em saúde mostra sua importância técnica para todos os processos e fluxos de atenção, devendo ser enfatizada como vital para que toda a rede de saúde funcione bem.

Apresentou-se, ainda, como o projeto terapêutico é o fio condutor para o fluxo da linha de cuidado

Este artigo é publicado em Acesso Aberto sob a licença Creative Commons Attribution, que permite o uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que a obra original seja corretamente citada.



(Franco e Franco, 2012), através da construção coletiva de um caso clínico com os alunos. Nesse processo, outro conceito debatido foi o de projeto terapêutico singular (PTS) e sua articulação com linhas de cuidado, como amarração de todos os atores, acordos clínicos e setores envolvidos no cuidado ao usuário, delineando-se qual o lugar do ACS no suporte ao usuário para adesão ao seu PTS.

Para reforçar tais conceitos, articulando-os com as experiências vividas pelos participantes, estes foram levados a realizar dinâmicas utilizando situações reais, debatendo as linhas de cuidado que deveriam ser incluídas no cuidado do usuário ou usuários envolvidos na situação real discutida.

Para finalizar, as atribuições dos ACS desde a Portaria n.º 1886 (Ministério da Saúde, 1997) até aquela atualmente em vigor, Portaria n.º 2436 (Ministério da Saúde, 2017), foram trabalhadas com os alunos, revelando o processo histórico de inserção dos ACS no SUS, as transformações ao longo do tempo e, essencialmente enfatizando, a importância desses profissionais para a APS, ao demonstrar como suas atribuições são amplas, complexas, exigindo permanente reflexão crítica e aquisição de conhecimentos.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Decidimos incluir as apresentações em grupo dos participantes, na última aula da capacitação, como resultado alcançado, visto que a solicitação de uma apresentação livre – relato de caso, dramatização, produção escrita ou situação problema- articulando os conceitos discutidos, com uma reflexão sobre o trabalho cotidiano nas USF, teve uma resposta importante, no sentido da potência dessas articulações.

Foram muitos relatos de caso, dramatizações e reflexões sobre situações problema, de tal forma que as apresentações dos grupos se tornaram um potente evento de compartilhamento de experiências, refletidas ali à luz dos conceitos discutidos nas aulas anteriores. Um dos casos impactantes relatados versou sobre um usuário que se mantinha isolado em casa, há mais de um ano, decorrente de uma situação de violência que o fazia se sentir constantemente ameaçado, o que só foi possível de ser desconstruído, gradualmente, pela ação cotidiana e contínua da ACS. Ao relatar o caso, ficou claro, como a ACS ressignificou sua prática, redimensionando sua importância, ao entender que a mesma se aproximava completamente dos conceitos discutidos, tendo ela se utilizado de uma observação sem julgamento, aprimorando sua comunicação, através de uma escuta não violenta e tomando o acolhimento no campo da postura ética, ao construir uma ação customizada para a necessidade do usuário em questão. Outra situação relevante, foi a apresentação de uma atuação considerada desastrosa e violenta, no processo de acolhimento de uma USF, tendo um usuário, em necessidade de realização de um procedimento, recebido como resposta que na USF não havia os insumos requeridos para seu caso e que o procedimento não poderia ser realizado, sem que alternativas fossem pensadas. O mal-estar em relação à conduta foi trazido à reflexão crítica e a situação foi rediscutida com base nos conceitos debatidos, sendo relatado como poderia ter sido, no caso de seguimento das diretrizes conceituais, com um acolhimento empático, utilizando CNV e que buscasse opções para a resolutividade da demanda do usuário.

Ressignificação das práticas e reflexão crítica sobre os erros e impasses apareceram na última aula, através das narrativas e relatos dos participantes, sendo por isso qualificado aqui, com um dos resultados alcançados pela capacitação.

Além disso, para avaliação do processo como um todo, os participantes foram convidados a preencher um questionário avaliativo, de perguntas abertas e de livre resposta, relatando o efeito ou não efeito da capacitação em suas vidas profissionais. Dos 310 inscritos, dentre ACS e ADM, 299 estiveram em, no mínimo, 3 das 4 aulas, preenchendo o questionário proposto no último encontro. Identificamos, dessa forma, uma adesão de 97,4% no total de inscritos.

As respostas dos questionários foram analisadas qualitativamente, não tendo sido identificada nenhuma delas versando sobre um não efeito da capacitação, dentre o total de 299 respondentes. Além disso, todos se disponibilizaram a participar de novas ações em EPS do NEPS/FEMAR e aceitaram ter suas respostas anonimamente divulgadas nesse artigo.

As descrições sobre os efeitos percebidos foram divididas em três categorias de análise: efeitos nas

práticas, efeitos na comunicação e efeitos na relação com o trabalho. Como efeitos nas práticas, identificamos relatos de maior conscientização sobre as condutas no trabalho, a partir do esclarecimento de dúvidas sobre acolhimento, da melhor compreensão sobre o conceito de empatia e do entendimento de uma forma não violenta de comunicação como ferramenta técnica de trabalho. Como efeitos na comunicação, identificamos o reconhecimento da necessidade de aperfeiçoamento do saber escutar, para ser com mais exatidão, visto como experiência de valor, ampliando o respeito ao usuário. Além de descrições sobre retornos positivos com o uso da ferramenta da CNV. E, como efeitos na relação com o trabalho, identificamos falas sobre o alcance de uma nova visão do trabalho, a partir dos conteúdos discutidos na capacitação, que proporcionaram um olhar mais crítico sobre o comportamento laboral e um maior entendimento das atribuições profissionais.

Além dos resultados elencados acima, identificamos contribuições dos participantes para a rede de APS de Maricá como um todo. Durante os debates em aula, os participantes levantaram temas como: o papel dos controladores de acesso no acolhimento e, como em muitas USF, esses profissionais não estavam inseridos nas discussões sobre os processos de trabalho das unidades; a sobrecarga com funções internas e como desejariam estar, com parte da agenda de trabalho, voltada para ações de educação em saúde; a necessidade de que os conceitos discutidos na capacitação fossem também trabalhados com os demais profissionais da equipe técnica.

Tais contribuições foram levadas aos gestores locais, sendo apresentadas em reunião de devolutiva sobre o processo. Acerca do apontamento da necessidade de circulação da discussão dos conceitos pela equipe técnica, isso se materializou em nova ação de EPS do NEPS/FEMAR, com a construção de rodas de conversa sobre ‘Acolhimento e CNV em Saúde’ com médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e saúde bucal de todas as USF de Maricá.

Dentre os impasses e desafios identificados, verificamos durante as aulas e nos debates acontecidos, uma ‘despontencialização’ marcante das eSF no que tange às ações regulares de EPS em seus territórios, uma desintegração do binômio ensino-serviço e uma necessidade premente de investimento no papel das USF de Maricá, como produtoras de EPS e campo de formação crítica dos profissionais de saúde do SUS.

Enquanto equipe condutora da capacitação, vivemos cada etapa como estimulante e desafiadora. Não finalizamos os processos intocados, o que reforça como a EPS pode ser transformadora tanto para educandos, como para educadores. A equipe do NEPS acompanhará os efeitos desse processo comparecendo às USF, para posteriores discussões e avaliação de impacto, assim como, seguirá as ações de EPS em Maricá de forma regular, aceitando o desafio que nos ficou colocado, sendo este relato de experiência o início de um projeto de longo prazo, que objetiva construir as condições, para a inclusão da lógica de EPS, nas ações cotidianas de saúde das equipes atuantes nesse município.

REFERÊNCIAS

ANTONIASSI, C.P.; PESSOTTO, J.G.; BERGAMIN, L. Práticas restaurativas na gestão de uma equipe de Estratégia Saúde da Família: relato de experiência em Pato Branco, PR. *Saúde Debate*, v.43, n. 6, p. 147-153, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s614>.

CECCIM, B. R.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 10 abr. 2022

DUARTE, L.P. de A.; MOREIRA, D. de J.; DUARTE, E. B.; FEITOSA, A. N. de C.; DE OLIVEIRA, A. M. Contribuição da Escuta qualificada para a Integralidade na Atenção Primária. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 8, n. 3, p. 414-429, 2018. DOI: <https://doi.org/10.18673/gs.v8i3.24185>.

FRANCO, C.M.; FRANCO, T.B. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde, 2012. Disponível em <https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/estante10.html>. Acesso em: 1 jun. 2022.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa. Dados disponíveis em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/marica/panorama>. Acesso em: 28 nov.2022.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Portaria nº 1886/GM de 18/12/1997 - Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf. Acesso em 1 jun. 2022.



MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Portaria nº 2436 de 22/09/2017 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.

ROSENBERG, M.B. Comunicação Não Violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. Tradução: Mário Vilela. São Paulo: Agora, 2006. 360p.





PROJETO “PROTOGAMES” UMA ESTRATÉGIA NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE/ CENTRO DE ESTUDOS E APERFEIÇOAMENTO PARA UMA ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE

Marnio Rodrigues de Mesquita¹  Isabela de França Souza²  Tatiana Marques² 

RESUMO

Educação, a partir do conceito de competência, abrange conhecimentos, habilidades e atitudes. Para o desenvolvimento de competências, pode-se utilizar a *gameificação* do ensino. Por isso, nesse relato de experiência abordaremos a aplicação do projeto protogames como forma de sensibilizar outros núcleos de educação permanente e centro de estudos que a estratégia da *gameificação* é proveitosa e não requer grandes investimentos financeiros. Para estruturar esse relato, foi realizada uma revisão bibliográfica na base de dados *Scielo*. Os resultados mostraram que o projeto aumentou a busca pelo conhecimento, promoveu o engajamento das equipes e alicerçou protocolos institucionais. A enfermagem está presente desde o acolhimento a pacientes até os cuidados domiciliares. É necessário que esses profissionais estejam munidos de informação e sejam qualificados a orientar em saúde. Pontuamos também neste projeto o benefício dos multiplicadores do conhecimento que por vezes deixam rupturas no processo de transmissão qualificada da informação, a ferramenta da *gameificação* tem didática padronizada e resolutive.

¹ Coordenador NEP/CEA, Hospital Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

² Enfermeira Rotina NEP/CEA, Hospital Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Palavras-chave: *Gameificação*, jogos digitais, enfermagem, educação permanente.

INTRODUÇÃO

A educação permanente foi introduzida na América Latina ante a inadequação da formação profissional, que era focada exclusivamente no desenvolvimento das habilidades técnicas voltadas para o desempenho produtivo, sem a inclusão de conhecimentos, valores e de um compromisso com os aspectos políticos, éticos e sociais (UNESCO, 2010).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde definem como perfil do egresso: o profissional generalista, humanista, crítico, reflexivo, proativo e criativo. Essas diretrizes fazem que o processo de formação seja articulado, pautado e direcionado ao SUS e que garanta a atenção das reais necessidades de saúde da população (Brasil, 2017).

Falkenberg; Mendes; Moraes; Souza (2014), descrevem as práticas de educação em saúde envolvem três segmentos: os profissionais de saúde que valorizam a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que colaboram com esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente.

O processo de educação permanente vem trazendo inovação e aprendizagem significativa pela possibilidade de uma aplicabilidade dinâmica e horizontalizada. (Peixoto; Gonçalves; Costa; Tavares *et al.*, 2013) Ao atrelarmos esse pensamento com a Política Nacional de Educação Permanente do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) Brasil (2013b) reafirmarmos o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, onde se propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS (Brasil, 2018).

Este artigo é publicado em Acesso Aberto sob a licença Creative Commons Attribution, que permite o uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que a obra original seja corretamente citada.



Ribeiro; Souza; Silva (2019) ressaltam que a cada dia profissionais são desafiados a coisas novas e devemos estar preparados para acompanhar as constantes mudanças e conceitos na área de atuação, ou seja, um núcleo de educação continuada é um novo passo para exercer essas práticas educativas voltadas para o trabalho.

Conforme os últimos dados, a criação do programa de capacitação e formação em educação continuada em saúde vem desde 1996 onde aconteceu o 10º Congresso Nacional de Saúde onde foi sugerida pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais esta criação, contudo sob a mesma direção somente em 2001 é que foram estabelecidas as diretrizes na ordenação da formação profissional para o setor, assim em 2003 foi criada uma secretaria com responsabilidade de formular políticas de formação e desenvolvimento profissional (Campos; Sena; Silva, 2017).

O uso de jogos educativos e a *gameificação* da educação são temas cada vez mais discutidos no âmbito educacional, contudo, ainda pouco implementados, especialmente no ensino superior (Menezes, 2016). Com base no exposto acima, o presente relato de experiência tem por objetivo apresentar uma atividade de ensino aqui denominada como “PROTOGAMES”, que de maneira digital promove engajamento das equipes com os protocolos assistenciais, foi implementada com sucesso no Complexo Estadual de Saúde da Penha que engloba a unidade hospitalar Getúlio Vargas (HEGV) e a unidade de pronto atendimento Penha (UPA). Espera-se que este relato contribua com os demais núcleos de educação permanente (NEP) para o desenvolvimento de novas atividades e/ou para a adaptação da atividade aqui descrita à realidade das unidades que estão inseridas.

Através de uma roda de debates e de construção coletiva, que possibilitou uma visão ampla das práticas de Educação Permanente em saúde, o uso de games no contexto de saúde era algo distante, contudo, o advento da pandemia reforçou a necessidade de novas modalidades de ensino de maneira dinâmica e resolutiva. O “PROTOGAMES” surge como uma inovação, construído pelo NEP do complexo Penha quando observamos que as rotinas da assistência impactam negativamente no tempo de aprendizado, esses profissionais têm dificuldade de sair dos seus setores para agregar conhecimento através de palestras e aulas, oportunizamos o processo com o projeto de *gameificação* (Campos; Sena; Silva, 2017).

Os protocolos de assistenciais são de extrema importância na construção e condução das atividades de educação permanente e capacitações. Segundo Brasil (2021) são documentos que incluem descrições detalhadas sobre linhas de cuidados específicas, critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

Os protocolos do HEGV são criados de acordo com a demanda clínica, pelas comissões obrigatórias, e corpo clínico atuante. Tendo isso em vista, na construção do “PROTOGAMES”, eles têm o papel de orientar a construção dos jogos de forma a não perder a finalidade da ferramenta, que deve ser um meio para desenvolver a educação permanente.

No decorrer do trabalho foram usados cinco protocolos para nortear as atividades, dentre eles estão: o de IAM, SEPSE, Suporte Básico de Vida, Identificação do Paciente, NEWS 2.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

O presente trabalho caracteriza-se como um relato de experiência que contou com uma revisão integrativa de literatura para estruturar seu processo de construção qualitativa dos dados, realizada na base dados *Scielo* do período de Janeiro de 2023 a Outubro de 2023.

Ambiente de estudo

O cenário de experiência foi desenvolvido no Complexo Estadual de Saúde da Penha, no Rio de Janeiro. O complexo abrange os profissionais do HEGV e UPA-Penha 24h, processo de aprendizagem por novas práticas e com indicadores de boa adesão e fixação do conhecimento.

Participantes do estudo

Profissionais do complexo da Penha, que incluem o Hospital Estadual Getúlio Vargas, e UPA-PENHA 24h. Dessa forma, o “PROTOGAMES” foi elaborado como um jogo educativo, de caráter cooperativo, com o objetivo de propiciar contato indireto com o contexto de atuação profissional.

Abordagem

O “PROTOGAMES” é uma estratégia complementar a educação, o NEP conta ainda com treinamentos in loco e treinamentos na sala de simulação realística da unidade. O jogo tem como objetivo de integrar ensino e tecnologia, aumentando o conhecimento, engajamento, o interesse e motivação dos profissionais no manejo dos protocolos e boas práticas da assistência em saúde mitigando danos e eventos adversos.

A importância da equipe do NEP na unidade é reforçada quando analisamos a mudança positiva na conduta dos profissionais, que desenvolvem papel multiplicador da educação em saúde. Dessa forma, o “PROTOGAMES” foi elaborado como um jogo educativo, de caráter cooperativo, com o objetivo de propiciar contato indireto com o contexto de atuação profissional.

Os profissionais enfermeiros envolvidos na educação em saúde e a direção do complexo buscam qualificar sua equipe para o desenvolvimento da atividade. De maneira planejada foi afixado um quadro em um ponto estratégico da unidade, especificamente na saída do refeitório, nele constam os principais protocolos da unidade que serão abordados por QR Code iniciando as atividades. Principais protocolos abordados:

- Protocolo de IAM
- Protocolo de SEPSE
- Protocolo Suporte Básico de Vida
- Protocolo de Identificação do Paciente
- Protocolo News 2

RESULTADOS

A tabela 1 relata os principais protocolos abordados na unidade, o público-alvo e define conforme a literatura o tema. Principais protocolos abordados:

- Protocolo de IAM
- Protocolo de SEPSE
- Protocolo suporte básico de vida
- Protocolo de identificação do paciente
- Protocolo News 2

Na tabela 1 podemos identificar o quanto o uso da estratégia de gamificação contribui para a adesão dos profissionais e colaboradores as atividades de educação permanente. Quando observamos a leitura da tabela vemos que todos os protocolos aplicados na forma de gamificação tiveram mais de 80% de adesão.

Tabela 1 – Protocolos abordados, abrangência e definição.

PROTOCOLO	PÚBLICO ALVO	RESUMO
Protocolo de IAM	Profissionais de saúde	Determina protocolo assistencial gerenciado para o atendimento a pacientes com queixas de dor torá-ci-ca aguda ou de seus equivalentes.
Protocolo suporte básico de vida	Profissionais de saúde	Identificar o MNECÔNIO, validado pela unidade.
Protocolo de identi-ficação do paciente	Profissionais de saúde	Visa prevenir os incidentes, eventos ou circunstân-cias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente.
Protocolo de Seps	Profissionais de saúde	Trata da redução da mortalidade; redução no tempo de internação hospitalar; redução nos custos do tra-tamento; retorno precoce do paciente a suas ativida-des habituais; diferencial na qualidade do atendi-mento multiprofissional.
Protocolo News 2 ou Deterioração Clínica.	Profissionais de saúde	É uma escala de alerta, baseada em um sistema de atribuição ponderada de pontos (scores) aos parâmetros vitais, sendo a sua principal finalidade a identificação precoce do risco de deterioração aguda do paciente.

Respectivamente as porcentagens obtidas em cada protocolo foram: 80% no protocolo de seps, 50% no protocolo de suporte básico de vida, 96% no protocolo de IAM, 86% no protocolo de deterioração clínica, e 94% de adesão no protocolo deldentificação do paciente. Onde podemos notar o quanto a ferramenta se apresentou como ótimo recurso de ensino.

A tabela 2 destaca a correlação feita nesse estudo, demonstrando que a aceitação da gameficação ocorre por alguns pontos específicos e por outro lado tem critérios de exclusão quando abrange alguns temas que precisam ser associados à prática clínica.

Tabela 2 – Protocolos abordados, abrangência e definição.

TABELA COMPARATIVA PRESENCIAL X GAMEFICAÇÃO			
PROTOCOLOS	POSITIVOS A GAMEFICAÇÃO (%)	POSITIVOS A PRESENCIAL (%)	FATOR IMPACTANTE
SEPSE	80%	20%	Tempo
Suporte Básico de Vida	50%	50%	A prática é fundamental nesse protocolo
IAM	96%	4%	Deslocamento
Deterioração Clínica	86%	14%	Tempo e teoria
Identificação do Paciente	94%	7%	Teoria adaptada

Este artigo é publicado em Acesso Aberto sob a licença Creative Commons Attribution, que permite o uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que a obra original seja corretamente citada.



A primeira coluna trata dos protocolos trabalhados, podendo ser inseridos ou excluídos conforme necessidade, a segunda e a terceira demonstram o percentual de aceitação e a quarta os fatores de preferência. De maneira planejada foi afixado um quadro em um ponto estratégico da unidade, especificamente na saída do refeitório, nele constam os principais protocolos da unidade que serão abordados por QR Code iniciando as atividades. Principais protocolos abordados:

- Protocolo de IAM: Tem por objetivo a sequência de atendimento ao paciente com Síndrome Coronariana Aguda, em concordância com a rede de cuidados de urgência e emergência, no intuito de promover o corretor diagnóstico, a estabilização e adequado encaminhamento, prevenindo ou reduzindo sequelas e melhorando a sobrevida.
- Protocolo de SEPSE: Protocolo que visa à identificação e o tratamento de sepse de pacientes adultos nas unidades de urgência e emergência e nas unidades de internação deste hospital.
- Protocolo Suporte Básico de Vida: Estabelecer um processo de atendimento rápido ao paciente em parada cardiorrespiratória, aplicando ações padronizadas e sequências de atendimento no intuito de restaurar as funções circulatória e respiratória espontâneas, reduzindo sequelas nos pacientes, estabelecendo os cuidados pós-PCR e definindo a cadeia de sobrevida.
- Protocolo de Identificação do Paciente: Estabelecer as diretrizes para assegurar a correta identificação dos pacientes a fim de reduzir erros de identificação, desde a admissão até a alta em todas as fases do diagnóstico e tratamento.
- Protocolo News 2: É uma escala de alerta, baseada num sistema de atribuição ponderada de pontos (scores) aos parâmetros vitais, sendo a sua principal finalidade a identificação precoce do risco de deterioração aguda do paciente.

DISCUSSÃO

O componente lúdico e prazeroso da atividade foi percebido principalmente durante as interpretações de papéis nas interações simuladas, mas esteve presente também nos processos de tomada de decisão e análise das informações pelas equipes (Menezes, 2016).

O estudo realizado no Brasil por Lima; Lima; Cavalcante; Quirino(2023), ressalta que a enfermagem possui conhecimentos distintos, e estes devem ser incorporados a um mundo cada vez mais complexo de práticas interprofissionais. Para isso, entende-se que o meio digital possibilita novas conexões com a equipe multidisciplinar de maneira efetiva e resolutiva além de efetivar a cultura de seguir os protocolos institucionais para que de uma maneira coesa seja realizado o cuidado.

Adicionalmente Moraes; Jesus; Muniz; Costa *et al.* (2023), salientam que o AVC é um evento de destaque no panorama epidemiológico, fato que reforça a necessidade da efetivação de cuidados de enfermagem oportunos, seja na fase aguda da doença ou na reabilitação, voltados para a prevenção e controle das complicações. Desse modo, os resultados apontaram que a *gameificação* realiza alcance para fundamentar o cuidado de enfermagem ao paciente vítima de AVC.

As *EarlyWarning Score* (EWS) são ferramentas utilizadas na avaliação de pacientes que frequentemente estão em risco de deterioração clínica. O *Royal College of Physicians*(RCP) desenvolveu a *National Early Warning Score* (NEWS), que foi introduzida no país em 2012. A ferramenta serve para avaliar um conjunto de parâmetros clínicos, como frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio, necessidade de suporte de oxigênio adicional, temperatura, pressão arterial sistólica e nível de consciência, que proporciona monitoramento da gravidade do paciente em deterioração clínica, os quais, quando somados, determinam um valor, que reflete a gravidade clínica do paciente e direciona a conduta a ser tomada. (Cunha, 2019).

É notório que, o projeto “PROTOGAMES” conscientizou e treinou os profissionais para que os cálculos sejam realizados de maneira correta e fomentou a expertise clínica para avaliação constante do paciente. No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pelo Ministério da Saúde, também propõe o envolvimento do paciente em sua segurança. É a partir da experiência de internação que o paciente e/ou família identificam elementos que podem estar relacionados à sua segurança. Eles se sentem seguros ao perceber a presença dessas medidas de segurança, ao mesmo tempo em que ficam preocupados quando identificam algumas fragilidades (Brasil, 2013a).

Contudo, o complexo hospitalar possui protocolo de identificação segura que, é abordado de maneira ilustrativa neste projeto assim os profissionais mitigam as fragilidades no processo garantindo a segurança do paciente.

No Reino Unido, Souza; Faria (2021) jogaram luz ao fato que apesar da importância do SBV, estudos têm demonstrado que essas competências não são adquiridas de forma adequada. Nesse estudo, os autores entenderam que adquirir as habilidades em SBV pode ser difícil. A *gameificação* neste protocolo foi também adicionada ao conteúdo prático com treinamentos em momentos agendados na sala de simulação realística.

O mnemônico utilizado pela *American Heart Association* padroniza o atendimento e foca na assistência dinâmica para reduzir os danos. A *gameificação* tem pontos positivos relacionados à teoria desta temática, mas é necessário ser associado a prática em sala de simulação realística com dorso para aprimorar a qualidade das compressões (American Heart Association, 2015).

Os cenários de atuação de enfermeiro de educação permanente são os mais diversos e dispõem de constante desenvolvimento e novas tecnologias. Esses recursos permitem tornar os profissionais aptos a atuarem de maneira a garantir a integralidade do cuidado, a segurança deles próprios como trabalhadores e dos usuários e a resolubilidade do sistema (Brasil, 2017).

CONCLUSÃO

Durante a experiência do projeto “PROTOGAMES”, notou-se o quão benéfico pode ser o uso da ferramenta em forma de game para facilitar o aprendizado e desenvolver atividades de educação permanente, ampliando a adesão dos mesmos as essas atividades. Pois com o acesso virtual assíncrono, temos uma facilitação do acesso, visto que ela poderá acontecer em qualquer momento.

O fenômeno da *gameificação* é primordial para o engajamento e instrumento motivador na educação. As estratégias de palestras extensas e em horários não estratégicos distanciam os profissionais de saúde do modelo de aprendizado contínuo.

Lidar com os profissionais de saúde para educação permanente é desafiador, visto que o dimensionamento de pessoal das unidades está no limite e grande parte possui duplo vínculo empregatício. Fato que dificulta para manter esses profissionais em aprendizado.

Podemos concluir que a *gameificação* no Complexo Estadual de Saúde da Penha, materializada no projeto “PROTOGAMES” é uma aliada no processo de engajamento das equipes. É uma proposta inovadora no que tange a saída da monotonia das aulas cansativas para tornar a atividade prazerosa de maneira lúdica desenvolvendo maior aplicabilidade. Nesse processo destacamos:

- Os pontos são transformados em tarefas realizadas;
- Os níveis são vistos como progresso dos profissionais;
- Os feedbacks são necessários em sua dinâmica; reorganiza os métodos;
- Os erros são uma oportunidade de refazer e buscar novas maneiras de resolução de um mesmo problema.

É possível perceber que, por meio da mecânica de jogos, a motivação e o engajamento dos profissionais são potencializados e o desejo das relações humanas, intrínsecos ou extrínsecos, são recompensados por meio das estratégias, dos níveis que são alcançados nos problemas solucionados e das possibilidades de compartilhar os ganhos com outros profissionais.

Com os resultados obtidos nessa experiência, foi possível inferir a necessidade de investir mais em tecnologias e ferramentas dinâmicas que contribuam para disseminação de conhecimento, que sejam de acesso remoto e tenham a possibilidade de flexibilização. Então aqui vemos que um planejamento estratégico, precisa ser pensado para que ao longo do tempo esses recursos de ensino seja uma realidade disseminada pelos serviços de Saúde.

O enfermeiro da educação permanente deve promover o desenvolvimento dos profissionais de saúde da unidade. O desafio da educação dos profissionais é estimular uma consciência de corresponsabilidade no seu processo permanente de atualização e pensamento crítico frente às necessidades do serviço.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. (2015). Guidelines Update for. Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiopulmonary care. Destaques da American Heart Association 2015. Atualização das Diretrizes de RCP e ACE. Disponível em: <<http://www.bombeiros.ms.gov.br/wp-content/uploads/2015/10/Atualiza%C3%A7%C3%A3o-das-Diretrizes-de-RCP-e-ACE-2015.pdf>>. Acesso em: 15/03/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. PCDT, (2021). Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt>>. Acesso em: 21/03/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS/MS nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>>. Acesso em: 20/04/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2013a. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta2/portaria-msgm-n-529-de01-04-2013.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA/FIOCRUZ. Protocolo de identificação do Paciente, 2013b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos/protocolo-de-identificacao-do-paciente/view> Acesso em: 22/03/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 73 p.: il.

CAMPOS, K. F.; SENA, R. R. de & SILVA, K. L. (2017). Educação Permanente nos serviços de Saúde. Escola Anna Nery, 21(4), e20160317. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0317>.

CUNHA, E. Q. da. Implementação de um sistema de alerta precoce em um Hospital Universitário. 2018. 48f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018

FALKENBERG, M. B., MENDES, T. de P. L., MORAES, E. P. de, & SOUZA, E. M. de. (2014). Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciência & Saúde Coletiva, 19(3), 847-852. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>.

LIMA, J. N. de, LIMA, L. R., CAVALCANTE, E. G. R., QUIRINO, G. da S. et al. (2023). Nursing theories in the care of stroke patients: a scoping review. Revista Brasileira de Enfermagem, 76(5), e20220791. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0791>.

MENEZES, A. B. de C. (2016). Gameficação no ensino superior como estratégia para o desenvolvimento de competências: Um relato de experiência no curso de Psicologia. Revista Docência do Ensino Superior, Belo Horizonte, 6(2), 203-222. DOI: <https://doi.org/10.35699/2237-5864.2016.2093>.

MORAES, M. de A., JESUS, P. A. P. de, MUNIZ, L. S., COSTA, G. A., et al. (2023). Ischemic stroke mortality and time for hospital arrival: analysis of the first 90 days. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 57: e20220309. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980->

220X-REEUSP-2022-0309en

PEIXOTO, L.S.; GONÇALVES, L. C.; COSTA, T. D.; TAVARES, C. M. M.; et al. (2013). Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. REVISIONES, 29(1): 324-339. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_revision1.pdf. Acesso em: 20/03/2023.

RIBEIRO, B. C.; SOUZA, R. G.; SILVA, R. M. da. A importância da educação continuada e educação permanente em unidade de terapia intensiva – revisão de literatura. Revista de Iniciação Científica e Extensão, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 167-175, 2019. Disponível em: <https://scholar.archive.org/work/ee3yamvlfvhubhwunoi6qqafku/access/wayback/https://revistasfasesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/download/253/193>. Acesso em: 16/11/2023.

SOUZA, R. P.; FARIA, J. C. P. (2021). Treinamento de suporte básico de vida nas escolas. ABCS Health Sciences, 46:e021303. DOI: <https://doi.org/10.7322/abcshts.2020051.1499>.

UNESCO. Educação: Um tesouro a descobrir- Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI. São Paulo: Cortez; 2010. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000109590_por. Acesso em: 25/04/2022.



Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO



REVISTA DE
EDUCAÇÃO, PESQUISA
E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

REPIS

