

Organizadora:
Deíse Moura de Oliveira

DESAFIOS E EXPERIÊNCIAS NO CUIDADO E NA PROMOÇÃO DA SAÚDE COLETIVA



thesis editora
científica



2025 - Thesis Editora Científica

Copyright © Thesis Editora Científica

Copyright do texto © 2025 Os autores

Copyright da edição © 2025 Thesis Editora Científica

Direitos para esta edição cedidos à Thesis Editora Científica pelos autores.

Open access publication by Thesis Editora Científica

Editor-Chefe: Felipe Cardoso Rodrigues Vieira

Diagramação, Projeto Gráfico e Design da Capa: Thesis Editora Científica

Revisão: Os autores



Licença Creative Commons

Desafios e Experiências no Cuidado e na Promoção da Saúde Coletiva da Thesis Editora Científica está licenciada com uma Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional. (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, não representando a posição oficial da Thesis Editora Científica. É permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

ISBN: 978-65-83199-15-7

Thesis Editora Científica
Teresina – PI – Brasil
contato@thesiseditora.com.br
www.thesiseditora.com.br



2025

Desafios e Experiências no Cuidado e na Promoção da Saúde Coletiva

Organizadora:

Deíse Moura de Oliveira

Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem.

Conselho Editorial

Felipe Cardoso Rodrigues Vieira – lattes.cnpq.br/9585477678289843

Adilson Tadeu Basquerote Silva – lattes.cnpq.br/8318350738705473

Andréia Barcellos Teixeira Macedo – lattes.cnpq.br/1637177044438320

Eliana Napoleão Cozendey da Silva – lattes.cnpq.br/2784584976313535

Rodolfo Ritchelle Lima dos Santos – lattes.cnpq.br/8295495634814963

Luís Carlos Ribeiro Alves – lattes.cnpq.br/9634019972654177

João Vitor Andrade – lattes.cnpq.br/1079560019523176

Bruna Aparecida Lisboa – lattes.cnpq.br/1321523568431354

Júlio César Coelho do Nascimento – lattes.cnpq.br/7514376995749628

Ana Paula Cordeiro Chaves – lattes.cnpq.br/4006977507638703

Stanley Keynes Duarte dos Santos – lattes.cnpq.br/3992636884325637

Brena Silva dos Santos – lattes.cnpq.br/8427724475551636

Jessica da Silva Campos – lattes.cnpq.br/7849599391816074

Milena Cordeiro de Freitas – lattes.cnpq.br/5913862860839738

Thiago Alves Xavier dos Santos – lattes.cnpq.br/4830258002967482

Clarice Bezerra – lattes.cnpq.br/8568045874935183

Bianca Thaís Silva do Nascimento – lattes.cnpq.br/4437575769985694

Ana Claudia Rodrigues da Silva – lattes.cnpq.br/6594386344012975

Francisco Ronner Andrade da Silva – lattes.cnpq.br/5014107373013731

Maria Isabel de Vasconcelos Mavignier Neta – lattes.cnpq.br/8440258181190366

Anita de Souza Silva – lattes.cnpq.br/9954744050650291

Sara Milena Gois Santos – lattes.cnpq.br/6669488863792604

Leônidas Luiz Rubiano de Assunção – lattes.cnpq.br/4636315219294766

Jose Henrique de Lacerda Furtado – lattes.cnpq.br/8839359674024233

Noeme Madeira Moura Fé Soares – lattes.cnpq.br/7107491370408847

Luciene Rodrigues Barbosa – lattes.cnpq.br/2146096901386355

Mário César de Oliveira – lattes.cnpq.br/8924508898024445

Antonio da Costa Cardoso Neto – lattes.cnpq.br/9036328153320126

2025 - Thesis Editora Científica

Copyright © Thesis Editora Científica

Copyright do texto © 2025 Os autores

Copyright da edição © 2025 Thesis Editora Científica

Direitos para esta edição cedidos à Thesis Editora Científica pelos autores.

Open access publication by Thesis Editora Científica

Editor-Chefe: Felipe Cardoso Rodrigues Vieira

Diagramação, Projeto Gráfico e Design da Capa: Thesis Editora Científica

Revisão: Os autores

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Desafios e experiências no cuidado e na promoção da saúde coletiva [livro eletrônico] / organizadora Deíse Moura de Oliveira. -- Teresina, PI : Thesis Editora Científica, 2025.
PDF

Vários autores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-83199-15-7

1. Pacientes - Cuidados 2. Promoção da saúde 3. Saúde coletiva - Brasil 4. Saúde pública I. Oliveira, Deíse Moura de.

25-259783

CDD-614.1

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde coletiva : Saúde pública 614.1

Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380

Thesis Editora Científica
Teresina – PI – Brasil
contato@thesiseditora.com.br
www.thesiseditora.com.br

PREFÁCIO

Apresento ao leitor a obra *Desafios e Experiências no Cuidado e na Promoção da Saúde Coletiva*, fruto do trabalho acadêmico de estudantes e pesquisadores vinculados ao Grupo de Práticas e Pesquisa em Saúde Coletiva (GRUPPESC). Esta obra reúne iniciações científicas, trabalhos de conclusão de curso e pesquisas de mestrado, traduzida em uma coletânea de nove capítulos que evidencia a força da investigação acadêmica, trazendo a emergência de temas atuais e relevantes para o campo teórico-prático da saúde coletiva.

O livro inicia trazendo as Concepções e práticas de cuidado concernentes às pessoas em situação de rua, apresentando as percepções de profissionais da saúde sobre os desafios enfrentados por essa população invisibilizada. Dando sequência às populações negligenciadas, evoca os Riscos e enfrentamentos na experiência laboral de catadores de materiais recicláveis e suas Experiências e necessidades de saúde, abordando as condições de vida dessa população e os impactos de um trabalho essencial à sustentabilidade.

A obra também mergulha na saúde mental de docentes de uma universidade pública de Minas Gerais. Em *A saúde mental de docentes e Predição para depressão em docentes*, são expostas as tensões e o impacto da sobrecarga profissional sobre o bem-estar psicológico, destacando a importância do cuidado também no ambiente de trabalho acadêmico/docente.

Com olhar sensível ao cuidado oncológico, o capítulo *Experiências e necessidades de cuidado da pessoa com câncer* traz as vivências de pacientes e cuidadores, ressaltando a complexidade e a dimensão humana no processo de adoecimento e cuidado dessa condição crônica que tem trazido desafios importantes ao campo da saúde coletiva.

Na atenção básica, *Limites e potencialidades do processo de trabalho em saúde* reinsere o olhar para o contexto do trabalho, lançando uma lente para os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, destacando seus desafios cotidianos e evidenciando as potências que atravessam a micropolítica do trabalho em saúde.

Os capítulos finais resgatam o papel da academia frente à emergência sanitária. A participação de uma universidade pública no enfrentamento à pandemia da COVID-19 e Ações estratégicas de enfrentamento à pandemia da COVID-19 durante a primeira onda relatam a mobilização e as ações desenvolvidas em Viçosa, Minas Gerais, evidenciando a integração entre ensino, pesquisa e extensão.

Esta obra é mais do que uma coletânea de pesquisas: trata-se de um convite ao leitor para refletir sobre práticas transformadoras em saúde coletiva. Que cada página inspire novas ações e reafirme o valor da pesquisa científica como força para promover cuidado e equidade no mundo da vida e do trabalho em saúde.

Deise Moura de Oliveira

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE CUIDADO CONCERNENTES ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE	9
CAPÍTULO 2 - RISCOS E ENFRENTAMENTOS NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE CATADORES E CATADORAS DE MATERIAIS RECICLÁVEIS.....	28
CAPÍTULO 3 - EXPERIÊNCIAS E NECESSIDADES DE SAÚDE DE CATADORES E CATADORAS DE MATERIAIS RECICLÁVEIS.....	48
CAPÍTULO 4 - A SAÚDE MENTAL DE DOCENTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DE MINAS GERAIS.....	69
CAPÍTULO 5 - PREDIÇÃO PARA DEPRESSÃO EM DOCENTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DE MINAS GERAIS.....	95
CAPÍTULO 6 - EXPERIÊNCIAS E NECESSIDADES DE CUIDADO DA PESSOA COM CÂNCER: ABORDAGEM COMPREENSIVA.....	116
CAPÍTULO 7 - LIMITES E POTENCIALIDADES DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	138
CAPÍTULO 8 - A PARTICIPAÇÃO DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19 EM UM MUNICÍPIO DE MINAS GERAIS	157
CAPÍTULO 9 - AÇÕES ESTRATÉGICAS DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19 DURANTE A PRIMEIRA ONDA: A EXPERIÊNCIA DE VIÇOSA, MINAS GERAIS	177

CAPÍTULO 1 - CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE CUIDADO CONCERNENTES ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
CONCEPTIONS AND CARE PRACTICES CONCERNING PEOPLE IN STREET SITUATION: PERSPECTIVE OF HEALTH PROFESSIONALS

Vanessa de Souza Amaral¹
Tiago Ricardo Moreira²
Marianna Karolina Pimenta Cota³
Milleny Tosatti Aleixo⁴
Rafael Lincoln de Oliveira⁵
João Vitor Andrade⁶
Deíse Moura de Oliveira⁷

¹ Enfermeira. Doutoranda em Ciência da Nutrição na Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Nutrição e Saúde. E-mail: amaralsvanessa@gmail.com

² Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: tiago.ricardo@ufv.br

³ Enfermeira. Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: mariannakp.cota@gmail.com

⁴ Enfermeira. Mestra em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: milleny.aleixo@ufv.br

⁵ Farmacêutico. Mestrando em Ciências da Saúde na Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: rafael.lincoln@ufv.br

⁶ Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem na Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais. Escola de Enfermagem. E-mail: jvma100@gmail.com

⁷ Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: deise.oliveira@ufv.br

RESUMO

Objetivo: compreender as concepções e práticas de cuidado relacionadas às pessoas em situação de rua sob a ótica dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de urgência e emergência. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada com 20 profissionais de saúde de dois prontos-atendimentos que já prestaram atendimento à população em situação de rua (PSR) nos serviços de saúde, no qual o número final de participantes foi definido pelo método de saturação teórica. A coleta de dados ocorreu nos meses de maio a julho de 2018, através de um questionário com questões abertas e analisados a partir da Análise de Conteúdo de Laurence Bardin. **Resultados:** emergiram as seguintes categorias: “O olhar profissional sobre o SER pessoa em situação de rua”; “A necessidade de cuidado expressa na prática profissional”; “Facilidades vivenciadas no cuidado à pessoa em situação de rua”; e “Desafios experienciados no cuidado à pessoa em situação de rua”. **Considerações Finais:** no presente estudo, elucidou-se que a compreensão acerca das pessoas em situação de rua reflete no modo como suas necessidades de cuidado são vislumbradas pelos profissionais de saúde e influencia na tônica conferida às práticas de cuidar. O olhar biologicista ainda é determinante na visão higienicista sobre os moradores de rua e no modo de produzir saúde através de intervenções e práticas de cuidado pontuais, que não contemplam a PSR em suas múltiplas dimensões.

Palavras-chave: Pessoas em Situação de Rua. Necessidades de Atenção à Saúde. Assistência à Saúde. Serviços de Saúde. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Objective: to understand the conceptions and care practices related to homeless people from the perspective of health professionals working in urgent and emergency care services. **Methods:** This is a qualitative study carried out with 20 health professionals from two emergency rooms who have already provided care to homeless people in health services, in which the final number of participants was defined by the theoretical saturation method. Data collection took place between May and July 2018, using a questionnaire with open questions and analyzed using Laurence Bardin's Content Analysis. **Results:** the following categories emerged: "The professional view of being a homeless person"; "The need for care expressed in professional practice"; "Facilities experienced in caring for homeless people"; and "Challenges experienced in caring for homeless people". **Final Considerations:** this study showed that the understanding of homeless people reflects the way in which their care needs are perceived by health professionals and influences the emphasis given to care practices. The biologicist view is still a determining factor in the hygienic view of homeless people and in the way health is produced through specific interventions and care practices, which do not take into account the multiple dimensions of homelessness.

Keywords: Homeless Persons. Health Services Needs and Demand. Delivery of Health Care. Health Services. Health Promotion.

1. INTRODUÇÃO

As desigualdades encontradas entre as distintas classes sociais e econômicas da população brasileira apresentam características injustas, desnecessárias e evitáveis que passam a ser cognominadas de iniquidades. A injustiça social perpassa diversos setores, principalmente o da saúde (Brasil, 2008).

A concepção de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população podem relacionar-se intimamente com sua situação de saúde é o conceito de Determinantes Sociais de Saúde (DSS). O desemprego, a falta de acesso à moradia digna, ao saneamento básico, aos serviços de saúde, à educação e segurança, dentre outros, influenciam diretamente no processo saúde-doença dos indivíduos, configurando-se como produtoras de iniquidades (Buss; Filho, 2007).

Estas injustiças sociais a que os sujeitos e coletividades estão inscritos os submetem a um quadro de vulnerabilidade crônica, em que eles não são assistidos pelas políticas públicas instituídas como direitos humanos fundamentais, como a

assistência social, a saúde e a educação. Dessa forma, a vulnerabilização é retroalimentada e sobreposta (Buss; Filho, 2007).

Dentre os grupos vulneráveis, encontra-se a População em Situação de Rua (PSR), visto que habitar esse ambiente a submete às condições insalubres que reforçam as iniquidades, e ao mesmo tempo dificultam o acesso desses sujeitos às políticas públicas (Brasil, 2009).

O Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) realizou uma pesquisa sobre a população em situação de rua no Brasil, na qual estimou-se que em 2015 existiam 101.854 pessoas em situação de rua, segundo informações de 1.924 municípios via Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo Suas). De acordo com essa investigação, o Brasil não possui dados oficiais sobre a PSR, reforçando que esse fato afeta a implementação de políticas públicas voltadas para esse grupo social (Natalino, 2016).

Dentre as situações de vulnerabilidade vivenciadas pelas pessoas em situação de rua, encontra-se a permanente exposição das mesmas à violência, ao consumo abusivo de drogas lícitas ou ilícitas, à solidão, ao medo, à violência emocional, física e sexual, aos maus tratos, à exposição ao crime, à exploração financeira e ao desemprego. Tais situações configuram-se como fatores de agravamento à sua dignidade, à sua integridade e ao seu estado de saúde (Brasil, 2012; Donoso et al., 2013).

Essas circunstâncias fazem com que a PSR necessite de uma assistência à saúde mais específica. Entretanto, mesmo existindo a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR), que visa assegurar o acesso à saúde e ao cuidado às pessoas em situação de rua, nem sempre esse direito é exercido. Isso se deve ao fato de os profissionais de saúde possuírem pouca experiência para acolher a PSR e atender suas necessidades. Dessa forma, é comum a oferta de ações higienizadoras ou assistencialistas, que não atendem as necessidades desse grupo social pelo âmbito da atenção integral à saúde e, por conseguinte, não utilizam práticas de cuidado norteadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (Aguiar; Iriart; 2012; Hallais; Barros, 2015).

De acordo com um estudo dos Estados Unidos da América, a PSR costuma frequentar os serviços de urgência e emergência mais frequentemente em relação a que não mora na rua, em razão de apresentar altas taxas de cuidados agudos em saúde. Essa ocorrência é percebida em diversos países, incluindo os com e os sem sistemas de saúde universal (Fazel; Geddes; Kushel, 2014), o que remete à importância de haver profissionais capacitados para atender e responder às necessidades de cuidado dessa população nesses cenários.

Historicamente, o processo formativo dos profissionais de saúde não proporciona, como deveria, o atendimento aos grupos vulneráveis. Isso vai de encontro às atuais políticas inclusivas, que requerem, para sua efetivação, profissionais sensíveis e habilitados para atuarem frente às desigualdades sociais (Neto, 2007; Pai; Schrank; Pedro, 2006).

Nesta perspectiva, reveste-se de primordial importância a consciência política dos profissionais de saúde, a qual deve-se iniciar em sua formação, a fim de que possam refletir sobre a teoria e a prática, e proporcionar uma atenção à saúde mais justa, igualitária e de melhor qualidade, sendo capazes, inclusive, de atuar frente às desigualdades sociais (Neto, 2007; Pai; Schrank; Pedro, 2006).

Diante do exposto, o presente estudo evidencia sua relevância para o campo da saúde ao evocar a necessidade de compreender as concepções e experiências dos profissionais de saúde acerca da pessoa em situação de rua, com o intuito de melhorar a assistência à este público. Em vista disso, as seguintes questões nortearam esta pesquisa: Qual a concepção dos profissionais de saúde acerca das pessoas em situação de rua? Quais necessidades de cuidado são percebidas pelos profissionais de saúde acerca das pessoas em situação de rua? Quais as facilidades identificadas pelos profissionais ao cuidarem das pessoas em situação de rua? Quais os desafios vivenciados pelos profissionais de saúde ao cuidarem das pessoas em situação de rua?

2. MÉTODOS

A presente pesquisa é parte de um estudo maior intitulado “Experiências e necessidades de cuidado da pessoa em situação de rua sob a sua ótica e de profissionais de saúde”, o qual tem como objetivo compreender a experiência e as necessidades de

cuidados emergidas por pessoas que vivem em situação de rua sob a sua perspectiva e a de profissionais de saúde que os assistem.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, na medida em que se propõe compreender o universo dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos sujeitos diante de uma determinada experiência vivida, bem como contribui para a diminuição da distância entre o conhecimento e a prática, uma vez que auxilia na compreensão dos sentimentos das pessoas, explicando suas ações diante de uma dada situação (Minayo, 2010).

O estudo teve como cenários os dois hospitais de um município localizado na Zona da Mata de Minas Gerais, o qual é pólo de uma microrregião de saúde. Um dos hospitais é mantido por uma Casa de Caridade e o outro é mantido por uma Fundação Assistencial da referida localidade e são referência na microrregião para o atendimento em urgência e emergência, funcionando 24 horas. Em função de estarem sediados em uma cidade universitária são credenciados como hospitais de ensino, sendo comumente campos também de pesquisa na área da saúde.

Foram incluídos na pesquisa os seguintes profissionais: os (as) médicos (as), os (as) técnicos (as) de enfermagem e os (as) enfermeiros (as), que trabalham na urgência e emergência dos dois hospitais nos plantões diurnos, pares e ímpares, e que já prestaram atendimento às pessoas em situação de rua nos serviços de pronto-atendimentos ou em outros setores dos hospitais. Como critério de exclusão definiu-se os profissionais que, no período da coleta de dados, estivessem ausentes por motivo de afastamento e/ou férias.

A coleta dos dados aconteceu nos meses de maio a julho de 2018, sendo realizada por meio de entrevistas com questões abertas. Essas entrevistas sucederam em dias, horários e momentos em que os profissionais se mostravam disponíveis e abertos para concederem seus depoimentos, que foram gravados por um gravador de voz. Antes de disponibilizarem as entrevistas, os participantes foram esclarecidos quanto às suas participações na pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi lido pela pesquisadora e assinado pelos participantes. Participaram vinte profissionais de saúde que atendiam aos critérios de inclusão da

pesquisa. Entretanto, houve um médico e uma técnica de enfermagem que negaram participar da pesquisa.

O método utilizado foi o de saturação teórica, onde o número final dos participantes foi definido a partir da repetição de informações nas respostas coletadas, não sendo considerado produtivo prosseguir a coleta de dados (Falqueto; Farias, 2016). A entrevista, com questões abertas, teve duração média de 30 minutos cada e foi realizada individualmente com os profissionais. O roteiro constava as seguintes perguntas: Fale-me sobre sua concepção acerca da pessoa que vive em situação de rua. Considerando que você é um profissional de saúde, discorra sobre as necessidades de cuidado que evidencia na população que vive em situação de rua. Fale-me das facilidades que existem ao cuidar da pessoa em situação de rua. Quais os desafios que enfrenta no atendimento a essa população?

Destaca-se que, anteriormente à realização das perguntas expostas acima, foi realizada a caracterização dos participantes, composta pelas informações: sexo, idade, profissão, tempo que trabalha no setor de urgência e emergência. Além disso, para a preservação do anonimato, os entrevistados foram identificados com a letra inicial P, de profissional, precedido do número correspondente à ordem em que foram realizadas as entrevistas, a saber: P1 a P20.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, para viabilizar o processo de análise dos dados. A operacionalização da análise foi realizada conforme as etapas descritas por Bardin: (1) pré-análise, (2) exploração do material, (3) tratamento dos resultados obtidos e (4) interpretação que orientou a organização das categorias (Bardin, 2016).

A pesquisa que abarca a presente investigação, obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, inscrito sob o Parecer N. 1.668.567, de 09 de Agosto de 2016/CAAE 57897916.3.0000.5153. Sendo assim, foram respeitados os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

3. RESULTADOS

Dos 20 participantes, nove eram do sexo feminino e onze do sexo masculino. Possuíam entre 24 e 69 anos. Em relação à categoria profissional que exercem, cinco eram enfermeiros (as), doze técnicos (as) de enfermagem e três eram médicos (as). O tempo de atuação no setor da urgência e emergência variou de três meses a vinte e três anos entre os profissionais.

A partir da análise das entrevistas, emergiram quatro categorias temáticas, sendo elas: “O olhar profissional sobre o SER pessoa em situação de rua”; “A necessidade de cuidado expressa na prática profissional”; “Facilidades vivenciadas no cuidado à pessoa em situação de rua”; e “Desafios experienciados no cuidado à pessoa em situação de rua”.

3.1 O olhar profissional sobre o SER pessoa em situação de rua

Os depoimentos revelaram que a concepção dos profissionais entrevistados acerca das pessoas em situação de rua pauta-se em um olhar biológico e higienista, voltado à alimentação, repouso, aparência e vícios, conforme observado nas seguintes falas:

Antes de eu trabalhar na saúde, eu pensava que os moradores de rua eram pessoas que não tinham para onde ir, não tinham dinheiro. Mas hoje eu vejo diferente. A maioria dos que moram na rua hoje são viciados... que ficam só na rua, na praça... estão drogados... (P6)

Uma pessoa suja, descalça, rasgada, com sérios problemas sociais, que simplesmente não tem ajuda, [...] passa fome, frio, necessidades básicas, como tomar um banho. (P7)

A pessoa sem abrigo, sem moradia fixa, que mora na rua mesmo. Não tem uma casa, e ao que dá a entender, é sem família. (P10)

São aquelas pessoas sem condição de comer, que ficam sujas, que ficam pedindo ajuda com dinheiro, com comida. Pessoas que você vê deitadas pelas ruas afora, e passando necessidade. (P13)

Diante da complexidade do contexto de uma pessoa que vivencia a rua, os profissionais entrevistados compreendem esse território como livre escolha pessoal ou como opção que muitas vezes é influenciada pelos determinantes sociais, como relatado:

Desafios e Experiências no Cuidado e na Promoção da Saúde Coletiva
Thesis Editora Científica 2025

Em cidade grande, deve ter esses aí que não tem pra onde ir. Mas os dessa cidade, que eu vi, todos tem casa, só que optam por estar a rua. (P6)

[...] Está nessa vida [...] devido a não ter estudado, não ter condições de emprego, por ser rejeitado pela própria população. Que hoje é muito mais fácil julgar do que acolher, por isso eles estão nessa rua. (P7)

[...] Nós já tivemos vários pacientes aqui que não tinham necessidade de estar na rua, e estão por opção, por opção. (P8)

[...] As pessoas moram na rua por opção, por uso de álcool e drogas, que é o que basicamente chega aqui na emergência pra gente. O paciente ou está alcoolizado, ou com intoxicação por alguma outra droga. [...] tem família, mas bebe muito ou usa droga de forma descontrolada e a família não dá conta dessa pessoa dentro de casa e a pessoa sai de casa. (P14)

[...] Eu já vi pessoas que foram por opção e às vezes por falta de oportunidade, condições financeiras ruins. (P19)

3.2 A necessidade de cuidado expressa na prática profissional

As necessidades de cuidado das pessoas em situação de rua relatadas pelos profissionais focaram-se em questões pontuais e agudas sob as quais intervinham, conforme evidenciado:

A necessidade de cuidado é o atendimento básico. É um controle de pressão, de diabetes, saber o que o paciente já tem, porque normalmente quando chega aqui, já chega agravado. (P2)

Vem na hora, que tá passando mal e querem melhorar aquilo e voltar já, pra onde que estavam [...] A maioria das vezes primeiramente é alimentação mesmo. Porque às vezes a pessoa chega aqui muito desidratada, com fome, aí primeira coisa que eu vejo ali é isso: que eles precisam de um alimento. (P4)

Elas vem mais por causa da bebida. Bebe muito, cai, machuca ou chega desacordado. (P5)

Ele estava com 38,5 de temperatura, dor no peito... ele tava passando mal mesmo. (P6)

A situação deles morando na rua, a higiene é zero. É zero, tem gente que tem crosta de um dedo... que deita no chão e aquela coisa toda né?! O odor que não é agradável, tem pessoas que vem aqui que eu não posso nem colocar junto com outro no quarto, porque ninguém consegue ficar perto. (P8)

A acolhida é também expressa como uma necessidade de cuidado frente as demandas emergidas, como exposto nas falas a seguir:

Muitas vezes, nem é relacionado à saúde, é mais um contato. Mais é atenção, eu acho que na maioria das vezes, eles vêm sentindo alguma coisa que já tinham, mas só queriam conversar. Às vezes você nem dá remédio e a pessoa vai embora. (P2)

[...] Um carinho, uma humanização que as pessoas precisam, sabe?! (P11)

Muitas vezes ela vem é buscar atenção. (P15)

3.3 Facilidades vivenciadas no cuidado à pessoa em situação de rua

No tocante às práticas em saúde dirigidas às pessoas em situação de rua, foi apontado como fator facilitador o modo como essas pessoas recebem o cuidado, sem questionamentos e negações, como pode ser observado:

É fácil a conversa. Quando chegam aqui e estão passando mal, eles vêm manso. [...] E a gente tem medicação certa pra uma moradora de rua. Aí na hora que ela chega 'surtadona', o médico pede um remedinho pra ela. Aí a gente faz a medicação, e ela fica numa boa... (P6)

Facilidade é que eles são é muito acessíveis. Você pergunta, eles respondem. Não tem questionamentos. "Agora, vamos fazer isso", e eles aceitam, tranquilo." (P9)

Essa pessoa, ela assim é na dela. Ela num tem aquele senso crítico igual as outras pessoas. Parece que o que a gente faz está bom, sabe?! Aí que a gente fica mais compadecido com a situação. (P11)

3.4 Desafios experienciados no cuidado à pessoa em situação de rua

Como desafios vivenciados na assistência à referida população, foram relatados a perda de continuidade nos tratamentos propostos, a dificuldade de acompanhamento das pessoas atendidas na rede de saúde e a escassez de informações necessárias para prestação de um cuidado assertivo, conforme expresso:

Às vezes a pessoa vem ao hospital e às vezes toma o medicamento aqui mas o médico passa uma receita para casa, por exemplo, você acha que esse paciente vai comprar o remédio já que ele é um morador de rua?! Não, então ele não vai conseguir fazer o tratamento em casa. (P1)

[...] Você não tem o histórico de saúde dele, como a maioria [...] então, a maioria não vai ter um PSF do bairro, não vai ter um local de ir fixo. E com essa falta de informação, dificulta o nosso trabalho. (P2)

[...] Mas quando essa pessoa está na rua, acho que a dificuldade é maior, tipo assim, você depende da prefeitura, você tem que correr atrás. A gente mesmo tem que correr atrás de assistente social para estar ajudando essas pessoas. (P3)

[...] Você não consegue acompanhar o paciente. A gente não tem retorno nenhum se o paciente tá seguindo o tratamento correto, justamente porquê ele não tem apoio nenhum! Familiar, psicológico, emocional. É uma pessoa que é sozinha e então você libera a pessoa sabendo que ela vai voltar, cedo ou tarde ela acaba voltando. (P14)

A comunicação entre a pessoa em situação de rua e o profissional de saúde foi também ressaltada como condição dificultadora no processo de cuidar:

Porque muitas vezes, as pessoas em situação de rua não sabem dialogar o que está sentindo, o quê que é. Não sabem especificar certos tipos de informações que têm que contar pra você. Muitos quando vem são fechados para o diálogo, e dificulta bem o nosso trabalho. (P2)

Uma dificuldade [...] a falta de informações da saúde e dos problemas dele, que às vezes a medicação que eles fazem uso a gente não fica sabendo, porque eles não passam direito pra gente. E isso também dificulta o atendimento, o tratamento dele. Às vezes, vai tratar, começa a tratar numa coisa, aí depois descobre que ele tem outra coisa e essas pessoas não costumam conversar muito dessas coisas. (P4)

4. DISCUSSÃO

A presente investigação traz à tona as percepções dos profissionais de saúde acerca das pessoas em situação de rua, sobre suas necessidades, e evidencia a influência dessas percepções nas práticas de cuidado ofertadas à essa população.

O cuidado é um termo complexo que envolve diversas peculiaridades em seu exercício. Sendo assim, a essência do cuidar está no assistir o indivíduo contemplando-o em suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais nos distintos contextos (Costa; Garcia; Toledo, 2016). Em vista disso, para entender o processo saúde-doença da pessoa em situação de rua, é preciso compreendê-la em seu modo de viver para acolhê-la em suas necessidades.

A PSR configura-se como um grupo heterogêneo de pessoas caracterizadas pela pobreza extrema, laços familiares fragilizados ou interrompidos e pela ausência de moradia convencional regular, de acordo com a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (Brasil, 2008). Por sua vez, os participantes deste estudo revelam conceber o morador de rua como um indivíduo sujo, pobre, doente, sem condições de alimentar-se e vestir-se, e imerso na dependência de substâncias lícitas e ilícitas. Assim, os discursos apresentam-se como uma reprodução social da PSR, historicamente atrelada à imagem de mendicância, indigência e vadiagem (Paiva et al., 2016).

Outra concepção dos profissionais sobre os moradores de rua refere-se aos motivos que os encaminharam a essa condição. Nessa pesquisa, compreendeu-se, por parte dos profissionais, que a vida nas ruas pode ser fruto de uma livre escolha ou consequência da ausência de oportunidades, devido a um conjunto de fatores que tornaram esse ambiente como a única saída. Dentre tais fatores, foram apontados o desemprego, as dificuldades financeiras, a ausência de estudos, as desavenças familiares e o uso abusivo de álcool e outras drogas.

Paiva et al. (2016) corrobora com o entendimento de que questões sociais e familiares são as grandes causas da ida para as ruas, e sinaliza o uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, o desemprego e os conflitos familiares como as principais. Assim, compreende-se que o morar na rua é reflexo de profundas questões sociais relacionadas à ausência dos DSS no contexto de vida da PSR.

Para entender esses determinantes, é necessário entender as condições ambientais, culturais e socioeconômicas de uma maneira ampla, associando-as com as condições de vida de cada membro que compõe a sociedade, conforme proposto por

Dahlgren e Whitehead e adotado pela Organização Mundial da Saúde, que avaliam esses enfoques (Garbois; Sodré; Araújo, 2017).

Nesse contexto, a exclusão por parte da sociedade e a privação de educação, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso a serviços sociais e das redes comunitárias de apoio são retratados como fatores deflagradores da ida para as ruas (Alcantara; Abreu; Farias, 2015). Assim, compreende-se que, mesmo quando a rua é fruto de uma livre opção, conforme retratado no presente estudo, essa escolha é influenciada por um processo histórico de iniquidades que a conduz.

No que diz respeito às necessidades de cuidado da PSR, a percepção dos profissionais reflete seu entendimento sobre essa população. Nesse sentido, foram apontadas como principais necessidades afetadas as fisiológicas, dado o nível de precariedades físicas a que essas pessoas se encontram. Dentre as referidas necessidades, foram relatadas, em especial, as descompensações, as agudizações de patologias crônicas, as algias e a desidratação. Destacou-se ainda a condição de agravamento em que a PSR se apresenta ao buscar a assistência. Em demais estudos, essas percepções são ratificadas e compreendidas sob a visão dos próprios moradores de rua, que afirmam procurar pelos serviços de saúde mediante o agravamento das situações. As principais questões apontadas pelos mesmos como fatores de resistência ao acesso em saúde são o preconceito em razão da higiene prejudicada, e a ausência dos documentos solicitados para a assistência em saúde (Aguiar; Iriart, 2012; Borysow; Conill; Furtado, 2017).

Essas constatações validam os achados do presente estudo acerca da higiene, que foi percebida como necessidade de cuidado pelos profissionais de saúde. Foram apontadas também consequências da precariedade dela causando desconforto e surgimento de comprometimentos na saúde da PSR. Estudo realizado diretamente com essa população confirma a higiene prejudicada e revela, dentre os afetamentos gerados, afecções na pele causadas por parasitas, devido não apenas à dificuldade de realizar os cuidados corporais, mas também em virtude das precárias condições de vida (Aguiar; Iriart, 2012).

Entretanto, além da higiene interferir na condição física das pessoas em situação de rua, percebe-se através dos discursos que sua precariedade prejudica também o modo como a PSR é acolhida nos serviços de saúde. A literatura confirma essa análise, e aponta o odor como fator dificultador para esse acolhimento por parte dos profissionais de saúde (Hallais; Barros, 2015).

Neste contexto, as narrativas expressaram também o afeto como necessidade importante dos moradores de rua, tendo em vista que, devido aos vínculos sociais fragilizados, sentem-se carentes de atenção e buscam-na nos serviços de urgência e emergência, onde esperam ser ouvidos.

Assim, reitera-se a importância de que o sujeito seja valorizado nas múltiplas dimensões, para que as suas reais necessidades sejam alvo de cuidados ao receber a assistência em saúde, independentemente do nível de atenção (Petersen, et al., 2016). Para tanto, o uso de tecnologias leves é indispensável, a fim de que o processo de saúde seja estabelecido junto a esse grupo social a partir da escuta qualificada, da humanização, do acolhimento e da compreensão integral dessa população (Motta; Perucchi; Filgueiras, 2014).

Com relação às práticas em saúde direcionadas à PSR, os depoentes dessa pesquisa elencaram como fatores facilitadores ao processo de cuidar, a aceitação acrítica dos moradores de rua às estratégias de cuidado estabelecidas pelos profissionais. Dessa forma, não há questionamentos e interposições na maioria dos momentos de assistência.

Não obstante, estudos enfatizam que o cuidado deve promover o senso crítico-reflexivo e a emancipação do sujeito, para que seja (co)autor do seu processo saúde-doença, independente do serviço em questão. Nesse contexto, a Política Nacional de Humanização valoriza o protagonismo e estimula a participação ativa do sujeito, incitando o enfrentamento das necessidades, o pensamento crítico e a responsabilização compartilhada e pactuada entre os envolvidos na terapêutica (Brasil, 2013; Reis-Borges; Nascimento; Borges, 2018).

Quanto aos desafios vivenciados na prática de cuidado aos moradores de rua, os profissionais dessa investigação relataram a dificuldade na continuidade dos

tratamentos em saúde, a perda do acompanhamento desses pacientes na rede e a insuficiência de informações necessárias no processo de cuidar. Essas situações configuram-se como entraves à assistência e conduzem as pessoas em situação de rua a retornos frequentes aos serviços de saúde, em especial, os da urgência e emergência, devido à permanência das condições precárias de vida que os levam a procurar por esse atendimento.

O seguimento aos tratamentos propostos é apontado por Brasil (2012) como dificuldade inerente aos moradores de rua em seu processo saúde-doença. Tal questão é compreensível tendo em vista a realidade de vida dessas pessoas, marcada pela imprevisibilidade, em que retornos a consultas e agendamentos perdem-se em meio à sua rotina indefinida. O nomadismo, condição de permanente deslocamento itinerante, é outra situação desafiadora para a continuidade da assistência à PSR (Wijk; Mangia, 2017).

Quanto às Redes de Atenção à Saúde (RAS), referem-se a um conjunto de serviços, de ações e de tecnologias direcionados a intervirem no processo saúde-doença e garantirem acesso universal, equânime e integral aos serviços de saúde (Moll et al., 2018). Entretanto, conforme encontrado na presente pesquisa e apontado por Hallais, Barros (2015) a assistência à PSR pela RAS é particularmente deficitária. Essa situação decorre das fragilidades de articulação entre os componentes da própria rede, associadas às vulnerabilidades das pessoas em situação de rua, em especial, a ausência de moradia.

Tal conjuntura compromete o atendimento dos moradores de rua nas ocasiões em que recorrem às instituições de saúde, como aos atendimentos de urgência e emergência, visto que não existe um histórico em que as ações possam se pautar, nem um acompanhamento longitudinal que possibilite compreensão holística de suas necessidades e evolução no processo saúde-doença (Hallais; Barros, 2015; Borysow; Conill; Furtado, 2017).

No entanto, ressalta-se a existência de avanços gradativos, mas relevantes acerca da saúde dessa população, em especial, a promulgação da Lei nº 13.714, de 24 de Agosto de 2018, que assegura acesso integral à saúde às pessoas em condições de risco

e vulnerabilidade social. Assim, fica garantido, entre outros, o acesso a medicamentos e bens de saúde à todas as pessoas independente de comprovação de residência ou cadastro no SUS (Brasil, 2018). É preciso, porém, que a normativa alcance suas devidas repercussões e contribua para a mudança na realidade de vida das pessoas em situação de rua.

Outra variável apontada como dificultadora ao cuidado prestado à população em situação de rua consistiu na comunicação prejudicada entre seus integrantes e os profissionais, o que compromete a assistência e a criação de vínculos. Considerando que a comunicação é prática social fruto da interação entre os seres humanos, ela é inerente ao cuidado, tendo em vista que é instrumento para a compreensão do outro e para a resposta às suas angústias (Fermino; Carvalho, 2007). Embora não tenha encontrado em outros estudos questões específicas a respeito da comunicação entre profissionais de saúde e a PSR, foram achados na literatura alguns entraves à comunicação entre usuários de saúde em geral e esses profissionais. Dentre eles, estão a linguagem inadequada, comportamentos impositivos, o não saber escutar e sugestões não aplicáveis ao contexto de vida dos sujeitos, fatores estes que encontram sentido diante dos discursos emergidos na presente pesquisa (Martins; Araújo, 2008). Apesar da grande complexidade que envolve o processo comunicativo, sua compreensão é necessária, pois torna os desafios supracitados menos intensos e de possível enfrentamento (Broca; Ferreira, 2015).

Destaca-se como limitação deste estudo o fato que esta investigação foi realizada em um município de pequeno porte da Zona da Mata mineira, e possui particularidades relativas a esse cenário. Acredita-se que, em realidades distintas, especialmente de médio e grande porte, elementos diferentes podem ser encontrados. Portanto, os resultados desvelados nessa pesquisa não podem ser generalizados por outros estudos que debruçam sobre o mesmo objeto de investigação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, elucidou-se que a compreensão acerca das pessoas em situação de rua reflete no modo como suas necessidades de cuidado são vislumbradas pelos profissionais de saúde e influencia na tônica conferida às práticas de cuidar.

Nesse sentido, a ótica biologicista ainda perpassa pelos três campos de compreensão investigados -concepção, necessidades e prática-, sendo determinante na visão higienicista sobre as pessoas em situação de rua, na relevância conferida às necessidades agudas de saúde, e na predominância de intervenções e práticas de cuidado pontuais. Contudo, a acolhida foi também apontada como necessidade de cuidado pelos profissionais, que se deparam em seu trabalho com as carências sociais inculcadas na PSR.

Os apontamentos realizados a respeito da Rede de Atenção à Saúde sinalizam a importância da busca constante em cada contexto de saúde por sua melhor articulação, tendo em vista que suas fragilidades, aliadas às vulnerabilidades da população em situação de rua impedem a continuidade da assistência, sendo grande entrave às práticas de cuidado efetivas.

Esta investigação revelou ainda a necessidade de que a humanização perpassasse de forma mais significativa pelo olhar e pelas práticas profissionais direcionadas às pessoas em situação de rua, que ainda vivenciam preconceitos nos serviços de saúde, não sendo acolhidas da maneira adequada e nem sendo compreendidas no aspecto multidimensional das suas necessidades.

Acredita-se que os achados desse estudo devam ser valorizados não apenas no âmbito da pesquisa, mas também no do ensino, para que o olhar dos futuros profissionais de saúde seja qualificado a fim de que, posteriormente, reflitam em humanização na prática assistencial.

Faz-se necessário ainda realizar outras investigações que dediquem-se a essa temática, de modo a contribuir para a compreensão das fragilidades existentes no cuidado em saúde oferecido à PSR, principalmente nos serviços de urgência e emergência, e para o alcance de estratégias de enfrentamento que reflitam na melhoria da assistência prestada a esse grupo social.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pelo apoio financeiro concedido à pesquisa.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. M.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, n.1, p. 115-124, 2012.

ALCANTARA, S. C.; ABREU, D. P.; FARIAS, A.A. Pessoas em Situação de Rua: das Trajetórias de Exclusão Social aos Processos Emancipatórios de Formação de Consciência, Identidade e Sentimento de Pertença. **Revista Colombiana de Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 129-143, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BORYSOW, I. C.; CONILL, E. M.; FURTADO, J. P. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 879-890, 2017.

BRASIL. **Lei nº 13.714, de 24 de Agosto de 2018**. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório Final. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, DF. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Secretaria de Assistência Social, 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/Master/Desktop/Rua_aprendendo_a_contar.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2025.

BROCA, P. V. ;FERREIRA, M. A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.19, n.3, p.467-474, 2015.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

COSTA, P. C. C., GARCIA, A. P. R. F.; TOLEDO, V. P. Expectativa de enfermeiros brasileiros acerca do acolhimento realizado na atenção primária em saúde. **Revista de Salud Pública**, v.18, n.5, p. 746-755, 2016.

DONOSO, M. T. V. et al. Estudo etnográfico sobre pessoas em situação de rua em um grande centro urbano. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.17, n.4, p.894-909, 2013.

FALQUETO, J.; FARIAS, J. Saturação teórica em Pesquisas Qualitativas: Relato de uma experiência de aplicação em estudo na área de administração. In: **5º CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA EM CIÊNCIAS SOCIAIS**. Atas CIAIQ, v.3, 2016. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/1068/1041>>. Acesso em: 01 fev. 2025.

FAZEL, S; GEDDES, J. R; KUSHEL, M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. **Lancet**, v. 384, p.1529–40, 2014.

FERMINO, T. Z.; CARVALHO, E. C. A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 287-289, 2007.

GARBOIS, J. A ; SODRÉ, F.; ARAÚJO, M. D. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 63-76, 2017.

HALLAIS, J. A. S; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 7, 2015.

MARTINS, B. M.; ARAÚJO, T. C. C. F. **Comunicação no contexto de reabilitação: o encontro entre enfermeiro e paciente**. Psicologia Argumento, Curitiba, v. 26, n. 53, p. 109-116, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HucitecAbrasco, 2010.

MOLL, M. F. et al. Enfermeiros no Fortalecimento da Rede de Saúde em uma Cidade do Triângulo Sul/Minas Gerais. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.8, 2018.

MOTTA, B. F. B.; PERUCCHI, J.; FILGUEIRAS, M. S. T. O acolhimento em Saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 17, n. 1, p. 121-139, 2014.

NATALINO, M. A. C. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea, Brasília, 2016.

NETO, D. L. et al. Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 6, p. 627-34, 2007.

PAI, D. D; SCHRANK, G. S.; PEDRO, E. N. R. O Enfermeiro como Ser Sócio-Político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 82-7, 2006.

PAIVA, I. K. S. et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.21, n.8, p. 2595-2606, 2016.

PETERSEN, C. B. et al. Necessidades de saúde e o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.69, n.6, p.1168-71, 2016.

REIS-BORGES, G. C. ; NASCIMENTO, E. N.; BORGES, D. M. Impacto da Política Nacional de Humanização na Estratégia Saúde da Família e na Rede de Saúde. **Revista Distúrbios da Comunicação**, v. 30, n. 1, p. 194-200, abr. 2018.

WIJK, L. B. V.; MANGIA, E. F. O cuidado a Pessoas em Situação de Rua pela Rede de Atenção Psicossocial da Sé. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1130-1142, 2017.

**CAPÍTULO 2 - RISCOS E ENFRENTAMENTOS NA EXPERIÊNCIA LABORAL DE CATADORES E
CATADORAS DE MATERIAIS REICLÁVEIS**
RISKS AND CHALLENGES IN THE WORK EXPERIENCE OF WASTE PICKERS

Paulo Henrique Saramago Costa Souza de Oliveira ¹
Tiago Ricardo Moreira ²
Vanessa de Souza Amaral ³
João Pedro Cruz Colombari ⁴
Bruna Guimarães de Melo ⁵
João Vitor Andrade ⁶
Deíse Moura de Oliviera ⁷

¹ Discente de Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: paulo.saramago@ufv.br

² Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: tiago.ricardo@ufv.br

³ Enfermeira. Doutoranda em Ciência da Nutrição na Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Nutrição e Saúde. E-mail: amaralsvanessa@gmail.com

⁴ Discente de Medicina. Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: joao.colombari@ufv.br

⁵ Enfermeira. Residente em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais. Departamento de Enfermagem. E-mail: bruna.g.melo@ufv.br

⁶ Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem na Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais. Escola de Enfermagem. E-mail: jvma100@gmail.com

⁷ Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: deise.oliveira@ufv.br

RESUMO

Objetivo: identificar os riscos e os enfrentamentos dos catadores em relação à sua prática laboral. **Métodos:** pesquisa qualitativa realizada com 18 catadores de uma associação do interior de Minas Gerais. Os dados foram coletados por meio de entrevista com questões abertas, orientadas por um roteiro semiestruturado, e analisados pela análise de conteúdo do conteúdo e literatura temática. **Resultados:** dentre os riscos pontuam-se os de acidente com materiais perfurocortantes e maquinários de trabalho, exposição ao sol e adoecimento mental. As estratégias de enfrentamento variam entre automedicação e resolução doméstica de lesões e uso parcial de EPIs. Conflitos interpessoais no ambiente laboral intensificam o estresse, contribuindo para o adoecimento dos trabalhadores. Muitos evitam buscar serviços de saúde, potencializando os impactos desses riscos. **Considerações Finais:** considerando os riscos e os enfrentamentos realizados pelos catadores depreende-se que a integração de políticas públicas em saúde e meio ambiente é essencial para promover segurança, apoio psicossocial e maior valorização a esse grupo. Intervenções devem considerar as necessidades específicas dos catadores, promovendo sua dignidade e visibilidade, além de reconhecer sua contribuição para a sustentabilidade do planeta.

Palavras-chave: Catadores de Materiais Recicláveis. Riscos Ocupacionais. Saúde Mental. Estresse Psicológico. Enfrentamento.

ABSTRACT

Objective: to identify the risks and challenges faced by waste pickers in relation to their working practices. **Methods:** qualitative research carried out with 18 waste pickers from an association in the interior of Minas Gerais. The data was collected through interviews with open questions, guided by a semi-structured script, and analyzed using content analysis and thematic literature. **Results:** Among the risks were accidents involving sharps and work machinery, exposure to the sun and mental illness. Coping strategies varied from self-medication to home remedies and partial use of PPE. Interpersonal conflicts in the workplace intensify stress, contributing to workers becoming ill. Many avoid seeking health services, increasing the impact of these risks. **Final Considerations:** considering the risks and challenges faced by waste pickers, it is clear that the integration of public health and environmental policies is essential to promote safety, psychosocial support and greater appreciation for this group. Interventions must consider the specific needs of waste pickers, promoting their dignity and visibility, as well as recognizing their contribution to the sustainability of the planet.

Keywords: Recyclable Waste Pickers. Occupational Hazards. Mental Health. Psychological Stress. Coping Strategies.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de saúde (SUS) possui como responsabilidade fomentar a saúde no contexto dos trabalhadores, reconhecendo que as condições de trabalho podem ser indicadores de possíveis doenças em certos segmentos da sociedade (Brasil, 1990).

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS) foi instituída através da Lei nº 12.305/10, estabelecendo diretrizes e estratégias que dizem respeito à produção, gestão e gerenciamento dos resíduos urbanos, com o objetivo de diminuir o impacto ambiental da produção de lixo no país, tendo como ênfase o reuso e a reciclagem como assuntos mais relevantes (Brasil, 2010).

Uma estratégia da PNRS é a implementação de um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos (PGRS). Trata-se de um documento gerencial essencial para um manejo eficiente dos resíduos sólidos, de forma a contribuir com a limpeza urbana, baseado nos ideais da não geração e na minimização da geração de resíduos (Brasil, 2010).

Dentro desse cenário, a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), instituída pela Resolução nº 588 de 12 de julho de 2018, em seu Artigo 5º, enfatiza a necessidade premente de dar prioridade a áreas geográficas, pessoas e grupos com maior vulnerabilidade. Essa abordagem visa a superar desafios e desigualdades sociais,

com o objetivo de assegurar equidade de oportunidades para toda a população (Brasil, 2018b).

Segundo dados do Ministério da Saúde, a área da Saúde do Trabalhador abarca um conjunto de medidas na esfera da Saúde Coletiva que possuem como objetivo promover e resguardar a saúde das pessoas, por meio da sinergia de estratégias da Vigilância Sanitária e Epidemiológica, no intuito de auxiliar na recuperação e reabilitação daqueles que enfrentam riscos e lesões relacionados às suas condições de emprego (Brasil, 2018a).

Assim, a Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora se embasa em um conjunto de estratégias cujo objetivo é promover a saúde, evitar doenças e mortes, e diminuir os riscos e vulnerabilidades enfrentados pelos profissionais. Isso é concretizado por meio da execução de medidas que não apenas lidam com as enfermidades e problemas de saúde, mas também abordam as raízes relacionadas aos determinantes sociais de saúde, modelos de desenvolvimento, processos produtivos e condições de trabalho (Brasil, 2018b).

De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), aqueles que se dedicam à coleta e seleção de materiais recicláveis são oficialmente designados como "Trabalhadores da coleta e seleção de material reciclável" (Brasil, 2013), vitória alcançada pelo Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis (MCNR), na luta pela regulamentação da profissão e da sua inclusão no rol de profissões da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (Magalhães; Rocha, 2021).

Esse grupo desempenha um papel crucial na promoção da sustentabilidade e se envolve em atividades que têm relevância para a Saúde Pública. No entanto, vale ressaltar que os catadores sofrem com estigmatização e marginalização, o que os deixa desprotegidos perante a legislação, sem oportunidades de emprego e carentes de formação especializada para exercer sua ocupação de maneira segura. Isso, por sua vez, expõe esses trabalhadores a riscos à sua própria saúde (Vasconcelos; Guimarães; Zaneti, 2018).

Atualmente, a má administração dos resíduos sólidos urbanos se configura como um dos problemas ambientais mais graves, acarretando sérias implicações para o meio

ambiente, a saúde da população e, de maneira mais específica, para os trabalhadores que interagem diretamente com esses materiais, como é o caso dos catadores de materiais recicláveis. Esses profissionais não apenas enfrentam a exclusão social ao longo de suas vidas e carreiras, mas também estão expostos a diversos perigos, que englobam tanto a contaminação química e biológica, quanto os acidentes decorrentes das condições precárias nas quais realizam a coleta (Moura; Dias; Junqueira, 2018).

Conforme as orientações fornecidas pelo Ministério do Trabalho e Emprego na Norma Regulamentadora número 15, a ocupação exercida pelos catadores de materiais recicláveis pode ser classificada como extremamente insalubre (Brasil, 2020). Isso se deve, em grande parte, ao fato da maioria desses profissionais trabalhar, na maior parte do tempo, desprovidos de equipamentos individuais adequados, o que eleva o risco de acidentes e contribui para a ocorrência de doenças (Gouveia, 2012).

Nesse sentido, as seguintes questões nortearam a pesquisa: Quais os fatores de adoecimento presentes no cotidiano de trabalho desse público? Como os catadores e catadoras atuam sobre estes riscos a que são submetidos?

A obtenção de dados sobre o estado de vida e saúde dos catadores de materiais recicláveis é de suma importância, uma vez que fornecerá subsídios que podem auxiliar na criação de políticas e ações públicas que orientem a prestação de cuidados de saúde direcionados a esse grupo específico da população (Vasconcelos, Guimarães, Zaneti, 2018).

Estabelecido isso, e considerando que a produção de estudos a respeito da promoção e manutenção da saúde de catadores e catadoras ainda é escassa, objetiva-se identificar os riscos à saúde a que são submetidos e como enfrentam tais riscos.

2. MÉTODOS

Esta investigação compõe uma pesquisa maior, intitulada “Experiências e necessidades de cuidado de catadores e catadoras”. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, pois busca compreender as experiências e vivências humanas por meio dos significados e expressões atribuídos a elas. É um método flexível e interativo que busca capturar a complexidade e a riqueza dos dados, sem quantificá-los numericamente. O objetivo é explorar, descrever e interpretar fenômenos sociais,

culturais e políticos de maneira profunda e detalhada considerando seu contexto (Minayo, 2017).

Essa abordagem reconhece a subjetividade, os aspectos simbólicos e a interação entre indivíduos nas relações. Ainda que realizada em contextos microsociais, sua relevância transcende, pois não apenas desvenda a profundidade da realidade, mas também os consensos, as contradições sociais e históricas, além de indicar possíveis caminhos para transformações (Medeiros; Teixeira, 2016).

A pesquisa se deu em um município localizado na Região da Zona da Mata, no interior do estado de Minas Gerais, cuja população estimada é de 79.910 habitantes (Brasil, 2021). O cenário da pesquisa foi uma associação de catadores de materiais recicláveis criada em 2002, composta por 18 associados, sendo 10 mulheres e 8 homens. Foram incluídos no estudo todos os catadores e catadoras inscritos. Foram excluídos aqueles que estavam afastadas do trabalho no momento da coleta de dados.

A coleta de dados aconteceu entre outubro e dezembro de 2023, momento em que os pesquisadores obtiveram informações ao contatar os membros registrados nas associações de reciclagem. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas individuais, orientadas por um roteiro semiestruturado com questões abertas. As perguntas estavam relacionadas ao entendimento de saúde e as práticas de autocuidado adotadas pelos catadores. Antes das entrevistas, foram levantados dados sociodemográficos como sexo, idade, escolaridade e tempo em que atua na associação. As entrevistas, com média de 40 minutos, foram gravadas e transcritas na íntegra, para análise detalhada dos resultados.

Os dados coletados passaram por análise de conteúdo de Bardin, incluindo etapas como pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Isso envolveu leitura inicial, análise detalhada para esclarecer significados e categorização para revelar os aspectos estudados sobre o fenômeno (Bardin, 2016).

A pesquisa em questão recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, registrada sob o parecer n. 5.851.759/CAAE: 65363222.4.0000.5153. As diretrizes éticas estipuladas pela Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2012) foram estritamente seguidas.

Os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa e solicitados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como expressão de concordância em participar do estudo. No caso de participantes analfabetos, foi disponibilizado um carimbo para registro da digital no TCLE, garantindo a confirmação de sua participação no estudo e preservando sua condição como sujeito.

Para manter o anonimato, os participantes foram identificados com a letra "E" (de entrevistado) seguido do número correspondente à ordem das entrevistas.

3. RESULTADOS

3.1 Caracterização dos participantes

A Associação é composta por 18 associados, sendo 10 mulheres e 8 homens, com idade mínima de 19 anos e máxima de 72 anos. Quanto ao grau de escolaridade, 1 era analfabeta, 11 possuíam ensino fundamental completo ou incompleto; 5 cursaram o ensino médio completo ou incompleto e 1 estava concluindo os estudos pela Educação de Jovens e Adultos (EJA). Quanto ao tempo dedicado à associação, 6 possuíam até cinco anos, 10 entre 5 e 10 anos de experiência e 2 acima de 10 anos.

A análise das entrevistas realizadas permitiu a emergência de duas categorias temáticas: “Riscos que atravessam o cotidiano de catadores e catadoras de materiais recicláveis” e “Estratégias de enfrentamento diante dos riscos vivenciados”.

3.2 Riscos que atravessam o cotidiano de catadores e catadoras de materiais recicláveis

Os participantes relataram que os riscos vivenciados no trabalho estão relacionados a acidentes com materiais perfurocortantes instrumentos utilizados no trabalho, exposição constante ao sol e ambiente de trabalho estressante e adoecedor.

No tocante a acidentes com materiais perfurocortantes os participantes destacaram o risco relacionado ao contato com caco de vidro, seringas, prensa (para reduzir o volume do material reciclável), entre outros:

Já furei o pé, duas vezes. [com caco de vidro] O fundo do pé, né? Fui pular do caminhão, pulei em cima do caco de vidro. (E2)

Com vidro já. Seringa também, mas só uma vez, que espetou meu dedo. (E3) Com seringa, já. Tava na mesa, aí eu furei o dedo. (E8)

Ah eu já cortei a perna num vidro. Com vidro. Eu furei o dedo uma vez, foi com a seringa de insulina. (E10)

[...] queria acabar rápido, pra eu poder ir embora, né? Aí eu descuidei da mão, a mão foi embora pra dentro da prensa. (E11)

[...] foi descuido na empilhadeira lá dentro. Fui pisar nela, estava distraído. O cara baixou e escorreguei, bati a coluna na ponta dela. Ralou as costas inteira. (E14)

A exposição ambiental, com destaque para a solar, foi algo referido como um risco presente no cotidiano dos trabalhadores e trabalhadoras que atuam na associação:

Eu fico debaixo do sol o dia inteiro. [...] nosso serviço é pesado. (E2)

Aqui a gente fica no sol o tempo todo. Pode estar uma lua, a gente trabalha do mesmo jeito. Tem dia que só Jesus. (E6)

[...] Aqui é sol o dia inteiro na carcunda da gente. No caminhão, na associação, em tudo quanto é lugar. (E10)

Outro elemento identificado como risco relacionado ao trabalho diz respeito às relações interpessoais, dotadas de situações de conflito geradoras de estresse. As falas subsequentes expressam como este ambiente repercute na saúde mental dos trabalhadores e trabalhadoras da associação:

Fiquei demais, muito mais estressado [quando trabalha] é um ambiente estressante [...] o convívio aqui é o pior. (E2)

Porque é muito estresse, né? Tem dia aqui que a gente fica bem estressado com muita coisa. E você ficar chateada demais, isso tudo atrapalha na sua saúde. Eu dou dor de cabeça, né? Eu dou dor de cabeça e meu olho fica tipo assim...Muito... Fica embaçado, fica escuro. (E8) Ah, geralmente tem muito conflito [no ambiente de trabalho]. Porque uma turma trabalha dum lado, uma turma trabalha do outro, as vezes um fica com raiva de um, um fica com raiva do outro, acaba dificultando as coisas. Na própria produção do trabalho a gente também fica entre 4 paredes, entendeu? Acaba interferindo na saúde da gente [...]. (E10)

[...] querendo ou não, a briga aqui dentro mexe com o seu psicológico, mexe com o seu dia-a-dia. (E11)

Aqui você fica estressada, leva o estresse pra casa, leva pro seu coração. Que aqui é muito, tipo assim, falazada né? A gente fica chateada, né? Dependendo do motivo, a gente não quer comer [...] parece que leva pro coração, a gente não consegue nem pegar na colher pra comer. (E17)

3.3 Estratégias de enfrentamento diante dos riscos vivenciados

Considerando os riscos aos quais estão expostos no trabalho como catadores e catadoras de materiais recicláveis, os participantes sinalizaram como atuam diante dos mesmos. Neste contexto destacam o uso parcial ou não uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), a utilização ou negação do protetor solar e de bonés e as estratégias que adotam para lidar com o ambiente estressor do trabalho.

Com relação ao enfrentamento aos riscos biológicos e relacionados ao processo de trabalho, os participantes referiram usar parcialmente os EPIs. Alguns relataram também o não uso dos mesmos, naturalizando o risco dos acidentes laborais:

[...] Eu só me previno mesmo andando sempre de bota e luva. Não uso máscara, que deveria usar também, mas fora isso, me previno mais não. (E5)

Usar a gente usa, né? Até porque que não pode trabalhar sem luva. A gente tá trabalhando, mas é contra a lei, não pode. [...] eu não tô usando bota porque pra mim até hoje não achou. (E6)

A gente trabalha sem a luva. A luva atrapalha a gente bastante, porque a gente tem que colher todos os papelzinho miudinho, né? Então não tem como a gente pegar ele com a luva. É uma proteção? É. Mas só que atrapalha um pouco o trabalho. Nosso tipo de trabalho. (E7)

Se eu ver um vidro, se eu ver uma coisa, tipo assim, eu não vou caçar passar ali pra me poder machucar, entendeu? Mas muitas vezes, igual ali [na gaiola]. O dia que eu machucar, dentro da gaiola, quem tá protegendo a gente ali é Deus. (E7)

Eu não me protejo. A regra aqui é usar o EPI completo, né? A luva, bota, isso é obrigatório ser usado. Só que nós mesmos que quebramos a regra aqui da associação. (E8)

[...] a gente usa luva, bota, tudo. [Usa] Por gosto mesmo. Geralmente mais eu uso calça, evito muito trabalhar de bermuda. (E10)

Aqui só protege mesmo com essa botina. Na mão não tem jeito de usar luva. Atrapalha. (E11) Tem vez que tem carga, a gente usa a cinta. Pra proteger a coluna, que é bom. (E12)

Eu não gosto de usar luva nem nada não... Eu gosto de trabalhar com a mão livre. (E15) [...] eu ponho luva, tem gente que não trabalha de luva não. Mas eu só que protejo aqui, eu. Que ninguém protege aqui. (E18)

Os participantes destacaram ainda que diante da ocorrência de acidentes tendem a buscar assistência à saúde e/ou resolver a situação de maneira doméstica, conforme evidenciado nos relatos abaixo:

[...] quando eu tive acidente com a seringa eu fui no hospital, né?! Eles passaram o coquetel, mas a verdade é que eu não usei. Eu fiz o teste, né? E deu negativo. Não vi necessidade de fazer o uso do coquetel não, porque pelo que a moça falou, dava enjoo, dava isso, dava aquilo, eu tinha que trabalhar. (E8)

[...] Eu lavo o local, passo um pouco de álcool, passo remédio. Rapidinho fecha. (E8)

[...] Eu joguei álcool. Não procurei hospital, não. Só joguei álcool e lavei. (se referindo a quando furou o dedo com uma seringa de insulina). (E10)

[...] Quando acontece alguma coisa assim eu não vou no hospital não. Melhora sozinho. (E14)

Em relação à exposição solar, apenas um participante referiu o uso do protetor solar. Os demais afirmaram não o utilizar. Alguns referiram uso de outros artefatos para protegerem do sol, como bonés:

[...] Eu me cuido, eu tenho um protetor solar ali, eu passo. Quando o sol tá muito quente, eu passo. (E2)

[...] uso nada para me proteger do sol. (E3)

[...] agora, com relação ao sol, não uso nada para me proteger. (E8)

[...] É bom trabalhar de boné também, né? Por causa do sol, mesmo que não ajuda muito, mas é bom. (E9)

Não tem essa necessidade de usar nada não. Acho que minha pele já ajuda, bobo. Ela é mais escura (risos). (E12)

Acerca dos enfrentamentos envidados para conter o estresse no contexto do trabalho os participantes referiram buscar medicamentos, ajuda de profissionais e evitar o afetamento diante dos conflitos vivenciados na associação:

[...] O estresse que eu vivo aqui sobe a minha pressão. Aí eu tomo remédio. (pressão alta por estresse) (E8)

[...] eu evito muito, eu procuro mais ficar no meu canto. Não me envolvo muito com briga, com confusão. Evito bastante, o máximo que eu puder. (E10)

[...] O médico já falou muito comigo sobre isso [...] estava com uma psicóloga também, aí ela mandou eu evitar o estresse. Eu tento. As vezes consigo, as vezes não. (E11)

[...] várias vezes a pressão subia, ficava chateada, só que agora não ligo mais não. No começo eu ficava mais sentida, mas agora, não ligo. Passo mal por causa disso, mais não. (sobre estresse no ambiente de trabalho). (E12)

4. DISCUSSÃO

De acordo com Centenaro et al. (2021a), os catadores “constituem uma população vulnerável aos determinantes sociais de saúde, pois convivem, muitas vezes, sob precárias condições de saúde, trabalho e alimentação”. Essa condição de vulnerabilidade contribui para a criação e perpetuação das disparidades sociais, refletindo no acesso à assistência médica e aumentando ainda mais o cenário de desigualdade social.

Apesar de sua extrema importância, a catação ocorre frequentemente em lugares perigosos. Entre os riscos a que esses trabalhadores estão expostos, destacam-se os riscos ambientais, químicos, físicos, biológicos e ergonômicos. As longas horas de trabalho, o esforço físico significativo, a manipulação manual de cargas pesadas e a exposição a substâncias químicas e condições ambientais precárias estão associados a

acidentes de trabalho frequentes. Esses fatores resultam em uma maior taxa de morbidade e mortalidade entre os catadores (Zolnikov et al., 2018).

A intensa carga física exigida pela catação, acrescida do trato dos materiais e a própria rotina de trabalho são determinantes para doenças relacionadas à atividade laboral como dores no corpo, problemas na estrutura óssea e articulações e hipertensão, além do acesso precário aos serviços de saúde e da rotina de trabalho, que é entendida como penosa pois precisam cruzar longas distâncias a pé por longos períodos de tempo, empurrando um carrinho pesado (Rode; Stoffel; Moura, 2021; Ferreira, 2021).

O processo de catação está associado à riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes como danos osteomusculares e à coluna, contato e inalação de produtos tóxicos, acidentes com materiais perfurocortantes e o contato com matérias em decomposição (Moura; Dias; Junqueira, 2018). A exposição à radiação solar (Alves et al. 2020), à ruídos, variações de temperatura, mordedura e arranhadura de cães e gatos, diarreia e infecções bacterianas e virais (Gomes, 2022) também são condicionantes da saúde dessa população.

No presente estudo alguns destes riscos foram pontuados pelos participantes, a exemplo do risco de acidentes com materiais perfurocortantes e os relacionados à natureza do trabalho da catação. Os acidentes com cacos de vidro e seringas foram os mais destacados na presente pesquisa.

Estudos apontam que seringas, agulhas, vidros e outros objetos pontiagudos são os principais causadores de acidentes entre os catadores, com seringas e agulhas se destacando como os mais comuns (Zolnikov et al., 2019; Made et al., 2020; Carvalho et al., 2016).

Neste sentido, destaca-se a alta prevalência de acidentes de trabalho envolvendo danos físicos entre catadores (Sangkham; Thongtip; Sakunkoo, 2021), com uma alta frequência de acidentes com objetos perfurocortantes durante a atividade laboral (Sperandeo; Srinivasan, 2020; Mamuya e Badi, 2019), sendo o vidro o material mais frequentemente envolvido nesses incidentes (Mlotwshwa et al., 2022).

Ainda no tocante aos riscos, destaca-se os de natureza ambiental com ênfase para a exposição solar extenuante presente no trabalho de catadoras e catadores. A exposição ambiental desempenha um papel crucial na saúde e no adoecimento dos catadores, diretamente relacionada à natureza do trabalho (Zolnikov et al., 2019). Cruvinel et al. (2020) trazem achados que transcendem os emergidos no presente estudo, como a alta prevalência de doenças transmitidas por vetores, como a dengue, especialmente entre esses trabalhadores. O uso de roupas adequadas funciona como uma barreira física eficaz contra picadas de insetos.

A baixa adesão ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) é destacada como um fator de risco significativo para os catadores. O uso de camisas de mangas compridas, calças compridas e botas funcionam como uma barreira física eficaz, contra os elementos ambientais, contribuindo para a redução de riscos à saúde desses trabalhadores (Cruvinel et al., 2020)

Estudos também revelam que catadores frequentemente apresentam problemas de saúde mental, como estresse ocupacional, sendo este um dos principais fatores que impactam a sua saúde (Tolera et al., 2023). Tal evidência foi reportada no presente estudo, em que os participantes identificaram o ambiente da associação como dotado de conflitos interpessoais geradores de estresse, causando até mesmo adoecimento físico e mental a essa parcela da população.

Além dos riscos supracitados, foi também identificado o risco relacionado aos instrumentos/maquinários implicados na catação. Acidentes na prensa foram relatados, reforçando a necessidade de uma atenção para a ergonomia e prevenção de acidentes no trabalho. Cruvinel et al. (2019) apontam que os riscos de aprisionamento nos equipamentos de processamento do material catado são recorrentes.

Somado a este contexto postula-se que os catadores geralmente enfrentam dificuldades para acessar serviços de saúde, com uma baixa cobertura vacinal contra doenças infectocontagiosas (Black et al., 2019). Isso amplia e causa sobreposições de vulnerabilidades a este público, acentuando ainda mais as desigualdades que os atravessam.

Diante dos riscos vivenciados os catadores e catadoras buscam enfrentamentos a estes riscos, por meio de ações que visem superá-los ou pela ausência de ações, que os naturalizam na prática laboral. O uso de EPIs é orientado para que se protejam com relação aos riscos de acidentes com materiais perfurocortantes, no entanto os participantes alegam o não uso do mesmo ou o uso parcial.

Sobre isso, os catadores, em grande parte, não utilizam esses EPIs de forma adequada acrescida da ausência de capacitação e treinamento para a execução das atividades laborais de catação (Casellato; Candiani, 2023). A ausência de uma gestão eficiente dos rejeitos urbanos e a fraca participação social na coleta seletiva agravam essa situação (Rode; Stoffel; Moura, 2021).

No cenário estudado evidenciou-se que os participantes têm consciência da necessidade do uso correto dos EPIs, porém se negam a usá-los, numa perspectiva de naturalização dos riscos aos quais estão expostos.

Neste contexto, são destacados déficits no autocuidado dos catadores, como dificuldades no uso e manutenção dos EPIs, consumo inadequado de alimentos, automedicação e falta de higiene, como a lavagem inadequada das mãos antes das refeições (Centenaro et al., 2021a) Alguns destes déficits foram também evidenciados no presente estudo. A automedicação também foi reafirmada por Owusu-Sekyere (2014) em sua análise. O não uso adequado dos EPIs por catadores é reportado na literatura, justificado pelo fato destes equipamentos atrapalharem o desempenho no trabalho desse público (Zolnikov et al. 2021), o que também foi evidenciado no presente estudo.

Neste contexto, os achados desta investigação sinalizam que alguns catadores adotam práticas de autocuidado, como o uso parcial de EPIs, enquanto outros minimizam os riscos, priorizando o trabalho em detrimento da saúde. Essa negligência, somada à baixa procura por serviços de saúde intensifica ainda mais a vulnerabilidade desses trabalhadores.

Ainda no tocante ao enfrentamento relacionado a acidentes com materiais perfurocortantes que ocorrem no ambiente de trabalho, foi possível identificar que os participantes comumente não acessam o serviço de saúde para a realização dos

cuidados e quimioprofilaxia adequados e, quando acessam, não aderem à prescrição adotada, banalizando os riscos aos quais são expostos.

Nesta perspectiva, Made et al. (2020) e Centenaro et al. (2021b) apontam baixa procura e adesão aos serviços de saúde por parte dos catadores, quando algum tipo de injúria. Apesar dos riscos a que estão expostos, Filipak et al. (2020) reforçam que os catadores buscam o serviço de saúde apenas como atendimento emergencial.

No que se refere aos enfrentamentos aos riscos a que são expostos, evidenciou-se nesta investigação que os participantes referiram exposição aos fatores ambientais, como a radiação solar, como um risco constante. Sobre isto, Zolnikov et al (2021) apontam que catadores trabalham em diversos períodos do dia como manhã, tarde, noite e madrugada, sofrendo com a exposição ao sol durante o período diurno, assim como o frio durante a noite, podendo ficar por mais de nove horas seguidas na busca de materiais - seja no sol ou na chuva

Sobre a exposição ambiental, Schenck et al. (2019) relatam que catadores construíram suas próprias estruturas para se protegerem, a exemplo de guarda-chuvas improvisados com papelão, para proteção contra chuvas e exposição ao sol no momento da catação.

A estratégia de enfrentamento à exposição e aos riscos ambientais que os catadores participantes desse estudo envolveram o uso de bonés por alguns trabalhadores e apenas um referiu o uso de protetor solar.

No que se trata ao ambiente estressante e adoecedor evidenciado pela presente pesquisa, Karki et al (2022) afirmam que problemas de saúde mental não são incomuns entre os profissionais da catação, refletindo na qualidade de vida dessas pessoas. Uhunamure, Edokpayi e Shale (2021) apontam que problemas de saúde mental de maneira significativa no contexto laboral dos catadores, enquanto Cruvinel et al. (2019) trazem a irritabilidade como um problema frequente neste público.

Da mesma forma que foi evidenciada nesta pesquisa, Gutberlet et al (2013) e Owusu-Sekyere (2014) também apontam que as relações interpessoais entre os membros da cooperativa podem ser conflitantes e estressantes, sendo um fator chave para a saúde mental deles.

O modo de enfrentar as situações de estresse, pelos catadores, foi aprender a conviver com elas sem deixar-se abalar, além do uso de medicações anti-hipertensivas, para controle da pressão arterial alterada em decorrência do estresse vivenciado.

A presente pesquisa apresentou o recorte de uma realidade social e público específicos, dotado de singularidades em relação à forma de organização do trabalho (associação) e ao contexto em que atuam. Isso impede que os resultados sejam generalizados, porém evidencia as diversas facetas de vulnerabilidade a que são expostos os catadores e catadoras de materiais recicláveis, dando visibilidade a um problema de saúde pública ainda negligenciado nas práticas e políticas de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou os riscos e enfrentamentos dos catadores e catadoras de materiais recicláveis de uma associação. Neste contexto aprofundou os desafios enfrentados por este público, revelando condições de trabalho marcadas por precariedade, vulnerabilidade e exclusão social.

A pesquisa destacou riscos ocupacionais recorrentes, como acidentes com materiais perfurocortantes, exposição prolongada ao sol e um ambiente de trabalho frequentemente estressante, reforçando a importância de compreender essas adversidades para embasar

políticas públicas inclusivas. Apesar dos riscos a que estão expostos, os catadores frequentemente os subestimam, naturalizando os danos causados pelo trabalho.

As estratégias de enfrentamento identificadas incluem o uso parcial de equipamentos de proteção individual, a naturalização dos riscos e a adoção de métodos individuais para lidar com o estresse. Essas práticas refletem a falta de orientações e suporte adequados, além de uma cultura que prioriza a produtividade em detrimento da segurança. A relevância científica deste estudo é evidente, ao contribuir para o conhecimento sobre a saúde e a segurança desses trabalhadores, abrindo possibilidades de reflexão que se traduzam em ações para o desenvolvimento de programas educacionais e preventivos que ampliem a proteção e o bem-estar da categoria.

A investigação sobre a saúde e as condições de trabalho dos catadores de materiais recicláveis revela-se essencial para a formulação de políticas públicas e

práticas inclusivas. Esses trabalhadores desempenham um papel indispensável na sustentabilidade ambiental e na economia circular, mas enfrentam riscos significativos e exclusão social. A baixa produção de estudos aprofundados nessa área destaca a necessidade de mais pesquisas que abordem as vulnerabilidades e potencialidades desse grupo.

Portanto, conclui-se que a articulação entre políticas públicas de saúde e ambiente é essencial para promover um ciclo de proteção e bem-estar para os catadores, respeitando sua dignidade e garantindo que sua contribuição para a sociedade seja adequadamente reconhecida. Logo, a implementação de programas educativos, preventivos e de apoio psicossocial pode ser uma solução eficaz para reduzir os riscos a que estão expostos, melhorando as condições de saúde e segurança dessa população vulnerável e fortalecendo sua inclusão social.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro concedido à pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALVES, K. A. N. et al. Condições socioeconômicas, de saúde e hábitos de vida dos catadores de material reciclável. **Saúde e Pesquisa**, v. 13, n. 1, p. 75–82, 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70. 2016.

BLACK, M. et al. The health risks of informal waste workers in the Kathmandu Valley: a cross-sectional survey. **Public Health**, v. 166, p. 10–18, 1 jan. 2019.

BRASIL. **Decreto 11.414 de 13 de fevereiro de 2023**. Brasília, DF, 13 de fev. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11414.htm. Acesso em 16 de jan. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 10.473, de 24 de agosto de 2020**. Brasília, DF, 25 de ago. 2020b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10473.htm. Aceso em 16 de jan. 2025.

BRASIL. Governo Federal. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dez. 2012**. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>. Aceso em 16 de jan. 2025.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População Viçosa: 2021**. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/vicosa/panorama>. Acesso em 16 de jan. 2025.

BRASIL. **Lei 12.305, de 2 de agosto de 2010**. Política Nacional de Resíduos Sólidos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12305.htm. Acesso em: 15 de jan. 2025.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm. Acesso em 16 de jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 588**. 2018b. Governo Federal. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>. Acesso em 16 de jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**, 1986. BRASIL. Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República (I PND- NR), 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em 16 de jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Trabalhador**. Governo Federal 2018a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/saude-do-trabalhador>. Acesso em 16 de jan. 2025.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora nº 15**. 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/norma-regulamentadora-no-15-nr-15>. Acesso em 16 de jan. 2025.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Classificação Brasileira de Ocupações**. 2013. Disponível em: <http://www.mteco.gov.br/cbsite/pages/downloads.jsf>. Acesso em 16 de jan. 2025.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_atencao_basica_vigilancia.pdf. Acesso em 16 de jan. 2025.

BRASIL. **Portaria 1.823 de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em 22 de jan 2025.

CARVALHO V.F. et al. Riscos ocupacionais e acidentes de trabalho: percepções dos coletores de lixo. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 4, p. 1185–1193, 2016.

CASELLATO, T. F. L.; CANDIANI, G.. Catadores de resíduos recicláveis: riscos ocupacionais e aspectos de saúde coletiva. **Scire Salutis**, v.13, p.177-183, 2023.

CENTENARO, A. P. F. C. et al. Autocuidado de catadores de material reciclável: ações de Enfermagem à luz da Pesquisa Convergente-Assistencial. **Escola Anna Nery**, v. 26, 19 nov. 2021a.

CENTENARO, A. P. F. C. et al. Recyclable waste pickers: life and work in light of the social determinants of health. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021b.

CRUVINEL, V. R. N. et al. Health conditions and occupational risks in a novel group: waste pickers in the largest open garbage dump in Latin America. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, 16 maio 2019.

CRUVINEL, V. R. N. et al. Vector-borne diseases in waste pickers in Brasilia, Brazil. **Waste Management**, v. 105, p. 223–232, mar. 2020.

FERREIRA, M. **A rede de apoio dos catadores de material reciclável no município de Guaratuba/PR.** Ufpr.br, 2021. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/handle/1884/74317>. Acesso em 10 dez. 2024.

FILIPAK, A. et al. “O motor é a gente mesmo”: cuidado em saúde dos trabalhadores da reciclagem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, n.1, 2020.

GOMES, W. DA S. N.; FORTES NETO, P. Resíduos sólidos urbanos: uma análise sistemática relacionada aos riscos para o meio ambiente e saúde dos catadores. **Revista Ibero-Americana de Ciências Ambientais**, v. 13, n. 1, p. 10–23, 2 jul. 2022.

GOUVEIA, N. Resíduos sólidos urbanos: impactos socioambientais e perspectiva de manejo sustentável com inclusão social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 6, p. 1503–1510, 1 jun. 2012.

GUTBERLET, J. et al. Participatory Research Revealing the Work and Occupational Health Hazards of Cooperative Recyclers in Brazil. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 10, n. 10, p. 4607–4627, 27 set. 2013.

KARKI, A. et al. Mental Health Risks Among Informal Waste Workers in Kathmandu Valley, Nepal. **Inquiry**, v. 59, 19 out. 2022.

MADE, F. et al. Illness, Self-Rated Health and Access to Medical Care among Waste Pickers in Landfill Sites in Johannesburg, South Africa. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 7, p. 2252, 27 mar. 2020.

MAGALHÃES, S. M.; ROCHA, J. G. Políticas Públicas de Proteção aos Catadores de Materiais Recicláveis no Brasil, 2021. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/92617/politicas-publicas-de-protecao-aos-catadores-de-materiais-reciclaveis-no-brasil>. Acesso em 15 de jan. 2025.

MAMUYA S.; BADI S. Factors contributing to occupational injuries among solid waste collectors: across sectional study in a municipal in Tanzania. **MOJ Public Health**, v. 8, n. 6, p. 237-241, 2019.

MEDEIROS, H. P.; TEIXEIRA, E. Metodologia da pesquisa para a enfermagem e saúde: Resenha de livro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 1000–1001, out. 2016.

MINAYO, M. C. DE S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1–12, 2017.

MLOTSHWA, N. et al. Working with Waste: Hazards and Mitigation Strategies Used by Waste Pickers in the Inner City of Durban. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 19, 12986, 2022.

MOURA, L. R.; DIAS, S. L. F. G.; JUNQUEIRA, L. A. P. Um olhar sobre a saúde do catador de material reciclável: uma proposta de quadro analítico. **Ambiente e Sociedade**, v. no 2018, p. 01-20, 2018.

OLIVEIRA, S. A. et al. A perspectiva de catadores de materiais recicláveis sobre seu trabalho: incentivos e desafios em uma cidade de um país em desenvolvimento. **Revista de Gestão Social e Ambiental**. v. 16. n. 2. p. 1-17. 2022.

OWUSU-SEKYERE, E. Scavenging for wealth or death? Exploring the health risk associated with waste scavenging in Kumasi, Ghana. **Ghana Journal of Geography**, v. 6, p. 63–8063–80, 2014.

RODE, G. F.; STOFFEL, J.; MOURA, G. S.. Análise do perfil de catadores de materiais recicláveis do município de Laranjeiras do Sul, Paraná. **Interações**, v.22, n.2, p.609- 621, 2021.

SCHENCK, C. J. et al. Exploring the Potential Health Risks Faced by Waste Pickers on Landfills in South Africa: A Socio-Ecological Perspective. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 11, p. 2059, 11 jun. 2019.

SPERANDEO L, SRINIVASAN S. The heroes behind sanitation - an insight into faecal sludge management workers in Zambia. **Zambia-Borda**, 2020. Disponível em: <https://p-uwayc3.project.space/en/knowledge-hub/resources-and-publications/library/details/3762?pgrid=1>. Acesso em: 1 dez. 2024.

TOLERA S. T. et al. Global systematic review of occupational health and safety outcomes among sanitation and hygiene workers. **Frontiers in Public Health**, v. 11, 19 dez. 2023.

UHUNAMURE, S. E.; EDOKPAYI, J. N.; SHALE, K. Occupational Health Risk of Waste Pickers: A Case Study of Northern Region of South Africa. **Journal of Environmental and Public Health**, v. 2021, p. e5530064, 31 ago. 2021.

VASCONCELOS, J. P. R.; GUIMARÃES, S. M F.; ZANETI, I. C. B. Condições de vida de catadores de resíduos sólidos recicláveis. **Sustentabilidade em Debate**, v. 9, n. 1, p. 187–197, 30 abr. 2018.

ZOLNIKOV, T. R. et al. A systematic review on informal waste picking: Occupational hazards and health outcomes. **Waste Management**, v. 126, p. 291–308, 2021.

ZOLNIKOV, T. R. et al. Continued Medical Waste Exposure of Recyclable Collectors Despite Dumpsite Closures in Brazil. **Journal of Health & Pollution**, v. 9, n. 23, p. 190905, 23 jul. 2019.

ZOLNIKOV, T. R. et al. Ineffective waste site closures in Brazil: A systematic review on continuing health conditions and occupational hazards of waste collectors. **Waste Management**, v. 80, p. 26–39, out. 2018.

**CAPÍTULO 3 - EXPERIÊNCIAS E NECESSIDADES DE SAÚDE DE CATADORES E CATADORAS DE
MATERIAIS REICLÁVEIS
*EXPERIENCES AND HEALTH NEEDS OF WASTE PICKERS***

Tayane Naraiane de Freitas ¹
Bruna Guimarães de Melo ²
Tiago Ricardo Moreira ³
Vanessa de Souza Amaral ⁴
João Pedro Cruz Colombari ⁵
João Vitor Andrade ⁶
Deíse Moura de Oliveira ⁷

¹ Enfermeira. Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: tayane.freitas@ufv.br

² Enfermeira. Residente em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais. Departamento de Enfermagem. E-mail: bruna.g.melo@ufv.br

³ Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: tiago.ricardo@ufv.br

⁴ Enfermeira. Doutoranda em Ciência da Nutrição na Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Nutrição e Saúde. E-mail: amaralsvanessa@gmail.com

⁵ Discente de Medicina. Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: joao.colombari@ufv.br

⁶ Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem na Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais. Escola de Enfermagem. E-mail: jvma100@gmail.com

⁷ Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: deise.oliveira@ufv.br

RESUMO

Objetivo: compreender as experiências e necessidades de saúde de catadores e catadoras de materiais recicláveis. **Métodos:** pesquisa qualitativa cujo cenário foi uma associação de materiais recicláveis localizada em um município da Zona da Mata de Minas Gerais. Participaram do estudo 18 associados. A coleta dos dados foi realizada através de entrevista individual, sendo analisada a partir da análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** a experiência dos catadores e catadoras de materiais recicláveis foram marcadas pela satisfação, orgulho e reconhecimento da importância do seu trabalho para o meio ambiente, como também pelo preconceito, discriminação e exclusão social que vivenciam. Foram identificadas necessidades de saúde fisiológicas e psicossociais no grupo estudado, bem como as necessidades de assistência à saúde. A multidimensionalidade das necessidades identificadas estão relacionadas aos aspectos estruturais, culturais e laborais presentes no cotidiano dos catadores e catadoras, produzindo impacto no processo saúde-doença e cuidado desse público. **Considerações Finais:** as experiências e necessidades de saúde do grupo estudado evidenciam a vulnerabilidade social, condições precárias e desigualdade de acesso à saúde vivenciado por catadores e catadoras. Isso implica em um aumento das iniquidades para essa população e reforça a importância de políticas públicas que possam responder às necessidades apresentadas nesta investigação.

Palavras-chave: Catadores. Assistência Integral à Saúde. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Objective: to understand the experiences and health needs of waste pickers. **Methods:** a qualitative study was carried out in an association of recyclable materials located in a municipality in the Zona da Mata region of Minas Gerais. Eighteen members took part in the study. Data was collected through individual interviews and analyzed using Bardin's content analysis. **Results:** the experience of waste pickers was marked by satisfaction, pride and recognition of the importance of their work for the environment, but also by the prejudice, discrimination and social exclusion they experience. Physiological and psychosocial health needs were identified in the group studied, as well as health care needs. The multidimensionality of the needs identified is related to the structural, cultural and labor aspects present in the daily lives of waste pickers, which have an impact on the health-disease process and care of this public. **Final Considerations:** the experiences and health needs of the group studied show the social vulnerability, precarious conditions and unequal access to health experienced by waste pickers. This implies an increase in inequalities for this population and reinforces the importance of public policies that can respond to the needs presented in this investigation.

Keywords: Waste Pickers. Comprehensive Health Care. Health Promotion.

1. INTRODUÇÃO

A Lei nº 12.305/10, que instituiu a Política Nacional de Resíduos Sólidos, estabeleceu diretrizes referentes à gestão dos resíduos sólidos, fundamentais para o processo de trabalho de catadores e catadoras de materiais recicláveis. Um dos objetivos dessa lei foi impulsionar a organização desses trabalhadores em cooperativas e associações (Magalhães; Rocha, 2021). Este tipo de organização de trabalho se estrutura “sobre princípios e valores morais bastante nobres, como os da igualdade, dignidade humana, ajuda mútua, solidariedade e autogestão participativa” (Conselho Nacional do Ministério Público, p. 23, 2014).

Dessa maneira, ao se organizarem coletivamente, os trabalhadores desenvolvem princípios da autogestão e autonomia de classe, ao unirem diversas forças para um objetivo comum conduzirem o seu próprio trabalho de forma organizada e democrática.

As políticas públicas buscam também assegurar a inclusão socioeconômica e os direitos básicos aos catadores e catadoras de materiais recicláveis, além da inclusão dessa atividade na Classificação Brasileira de Ocupações, o catador de material reciclável se enquadra como Trabalhador da coleta e seleção de material reciclável (Brasil, 2013).

Tal público exerce um papel importante na garantia da sustentabilidade, se engajando com atividades de interesse da Saúde Pública. Entretanto, o catador ainda possui o estigma de marginalizado, fazendo com que se encontrem desprotegidos pela legislação brasileira. Ademais, estes não possuem muitas vezes uma qualificação para o exercício seguro da profissão, o que oferece riscos à sua própria saúde (Vasconcelos; Guimarães; Zaneti, 2018).

Portanto, os catadores “constituem uma população vulnerável aos determinantes sociais de saúde, pois convivem, muitas vezes, sob precárias condições de saúde, vida, trabalho e alimentação” (Centenaro *et al.*, 2022, p. 7). No que tange às condições de trabalho, os catadores e catadoras atuam em um ambiente atravessado por riscos ocupacionais, o que aumenta o risco de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho (Centenaro *et al.*, 2022).

Segundo Centenaro *et al.* (2021, p.2) estudos revelam que esta população apresenta “trajetórias de vida marcadas pela exclusão do mercado de trabalho e pela falta de oportunidades, além de estarem vulneráveis a potentes agentes de sofrimento relacionados ao preconceito e ao estigma por trabalhar com o que a sociedade denomina “lixo”.

Para discutir e reconhecer as necessidades de saúde é necessário compreender a aplicação do termo vulnerabilidade, que se refere a:

“grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia dos seus direitos de cidadania, estando vinculado a situações de iniquidade e desigualdade social, expressas por meio de potenciais de enfrentamento ou de adoecimento (fortalecimento e desgaste) relacionados a indivíduos, grupos e coletividades” (Egry *et al.*, 2009, p. 1182).

Considerando essas premissas é necessário conhecer e compreender as necessidades de saúde desse grupo social, as quais se referem “tanto à singularidade dos fenômenos de saúde ou doença que afetam os indivíduos e suas famílias, quanto às particularidades dos processos de produção e reprodução dos distintos grupos sociais” (Oliveira; Egry, 2008, p. 25).

A observação empírica da prática evidencia um distanciamento e/ou inexistência de práticas de saúde que alcancem a realidade de catadores e catadoras de materiais

recicláveis. Portanto, faz-se necessário conhecer as experiências e necessidades de saúde desse grupo social, de modo que ações de prevenção de agravos e promoção da saúde estejam presentes no cotidiano dessa população.

Parte-se do pressuposto que existe uma inobservância do Estado com relação às necessidades específicas desses atores, o que exige uma aproximação com a realidade que vivenciam e um diálogo permanente com eles, de modo a conhecer suas concepções de saúde e doença e os riscos aos quais estão expostos, de modo a atuar assertivamente sobre as necessidades de saúde dessa clientela.

Consonante com o exposto acima, as seguintes questões nortearam a pesquisa: como é a experiência do cotidiano de trabalho de catadores e catadoras de materiais recicláveis inscritos em uma associação? Quais as suas necessidades de saúde?

Nesta perspectiva, a produção de conhecimentos sobre as condições de vida e saúde do trabalhador catador de material reciclável se mostra de suma importância, uma vez que poderá auxiliar a criação de políticas e ações públicas norteadoras da abordagem no cuidado em saúde pertinente a esta parcela da população (Vasconcelos; Guimarães; Zaneti, 2018).

Assim, o presente estudo teve por objetivo compreender e intervir sobre o processo saúde-adoecimento e cuidado de catadores e catadoras de materiais recicláveis que atuam em associações do interior de Minas Gerais.

2. MÉTODOS

A presente pesquisa possui natureza qualitativa, pois compromete-se a compreender os sujeitos em seu universo de sentidos, crenças, valores e atitudes diante das situações vivenciadas (Minayo, 2017).

O delineamento metodológico deste estudo foi orientado pelo Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ), validado para a língua portuguesa (Souza et al., 2021).

O cenário da pesquisa se deu em uma associação de materiais recicláveis criada em 2006, localizada em um município situado na zona da Mata do estado de Minas Gerais, e, composta por 18 associados, sendo 10 mulheres e 8 homens. Foram incluídos todos os catadores/catadoras inscritos na associação, independentemente do tempo de

serviço no local. Estabeleceu-se como critérios de exclusão os catadores/catadoras que, no momento da coleta de dados, estivessem afastados do trabalho por qualquer motivo, não havendo situações dessa natureza. Assim, participaram do estudo os 18 catadores e catadoras de materiais recicláveis inscritos no cenário do estudo.

A coleta dos dados foi realizada por uma estudante de iniciação científica previamente treinada para condução de entrevistas. Estas se deram de maneira individual, no período de fevereiro a maio de 2023. A entrevista individual foi guiada por um roteiro semiestruturado, contendo questões abertas, relacionadas às experiências de ser catador e catadora, as concepções e necessidades de saúde que apresentam, onde buscam e como têm sido assistidos nos serviços de saúde e como têm cuidado da sua saúde.

Cabe ressaltar que previamente à realização das entrevistas os participantes foram caracterizados pelas iniciais do seu nome, sexo, idade, escolaridade, se possui alguma doença (se sim, qual), tempo em que atua na associação e se já teve algum acidente no atual trabalho (se sim, qual). As entrevistas foram gravadas em arquivos de áudio e transcritas integralmente, permitindo uma análise cuidadosa da fala. A entrevista teve uma duração média de 40 minutos. Não houve repetição de entrevistas, as transcrições não foram devolvidas para os entrevistados.

Os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo de Bardin (Bardin, 2016). Esta consta das seguintes etapas: pré-análise: momento em que a pesquisadora realizou uma leitura flutuante dos dados; exploração do material: ocasião que incluiu uma leitura mais aprofundada, vertical e horizontalmente, de modo a elucidar os sentidos e significados oriundos dos depoimentos; e tratamento dos resultados: momento em que foram agrupadas as falas que se assemelham, formando categorias temáticas que desvelaram o fenômeno estudado.

Foram tantos codificadores de dados, as categorias emergiram através dos dados obtidos. Os participantes não forneceram feedback sobre os resultados. As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar as categorias e subcategorias, sendo identificadas pelo número do participante. Os principais achados foram apresentados

nos resultados, possibilitando identificar as principais necessidades dos entrevistados, bem como a presença de necessidades secundárias.

O presente estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Viçosa (UFV), sendo o mesmo inscrito no parecer n. 5.851.759 (CAAE 65363222.4.0000.5153) (Anexo I).

Os participantes da pesquisa foram orientados sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para preservação do anonimato, eles foram identificados com a letra inicial E, de entrevistado, precedido do número correspondente à ordem em que forem realizadas as entrevistas.

3. RESULTADOS

3.1 Caracterização dos participantes

A Associação é composta por 18 associados, sendo 10 mulheres e oito homens, com idade mínima de 19 anos e máxima de 72 anos. Quanto ao grau de escolaridade, uma era analfabeta, onze possuíam ensino fundamental completo ou incompleto; cinco cursaram o ensino médio completo ou incompleto e uma, estava concluindo os estudos pela Educação de Jovens e Adultos (EJA). Quanto ao tempo dedicado à associação, 6 possuíam até cinco anos, 10 entre cinco e 10 anos de experiência e 2 acima de 10 anos.

A análise das entrevistas realizadas permitiu a emergência de duas categorias temáticas no presente estudo: “Ser catador(a) de materiais recicláveis” e “Necessidades de saúde de catadores(as)”.

3.2 Ser catador (a) de materiais recicláveis

Nesta categoria evidenciou-se que a experiência de ser catador(a) é atravessada por diversos sentidos e sentimentos, como satisfação com o trabalho, orgulho, realização, além da importância deste trabalho para o meio ambiente. Pontuam também que ser catador é viver permeado pelo preconceito social, expresso em diversos contextos e grupos sociais.

3.2.1 Satisfação, orgulho e realização

O ser catador(a) é fonte de orgulho e realização para os participantes, sendo associado a prazer, amor ao ofício, conquistas e desejos alcançados por meio do trabalho que realizam:

(...) Hoje eu tenho muito orgulho de ser uma catadora. Hoje eu gosto muito do que eu faço. Eu fico pensando assim, até se um dia acabar ou parar, entendeu? Ou terceirizar, porque vem muitas coisas, né?!(...) eu amo muito o que eu faço. Hoje eu amo de paixão. (E1)

Gosto, gosto desse trabalho e agradeço muito a Deus esse trabalho (...) Consegui fazer minha cobertura lá em casa, consegui comprar minha televisão 50 polegadas, que eu tinha vontade de ter. E arrumei meus dentes, né? Então pra mim é ótimo. Não é um serviço fácil não, vou te falar, não é fácil. Mas eu gosto do que eu faço aqui, entendeu?(...) (E3)

Adoro trabalhar desse jeito. Eu gosto de fazer meu serviço. Assim, eu... A gente tem que fazer o que a gente gosta, né?! Eu escolhi trabalhar como catadora porque, desde nova, eu vivia sonhando com lixo. É. Sem brincadeira, desde nova. Antes eu catava latinha na rua. Aí, depois apareceu essa oportunidade deu entrar aqui. (...) eu já gostava de fazer esse tipo de serviço mesmo. Aí tô aqui até hoje. (E8)

Comecei em 2002. Sem ser associação. Catar na rua, né? Eu tenho orgulho de ser catadora, recicladora. Eu sou orgulhosa com isso. Eu gasto meu dinheiro com uma alegria danada. Tenho muito orgulho de mim. E minhas netas e minha filha também têm, né?(...) (E18)

3.2.2 Contribuição ao meio ambiente

Os participantes relataram que ser catador é ser alguém que presta uma grande contribuição ao meio ambiente, reafirmando a importância das atividades por eles realizadas:

Eu acho que é uma profissão importante, né? Que ajuda o meio ambiente, a saúde também, dá uma melhorada bastante. Imunidade, esses trem.. Eu acho que têm umas qualidades boas. (E5)

(...) Desde a idade de 18 anos que eu faço esse tipo de trabalho. É muito bom, né? Que a gente separa, pro meio ambiente, que também agradece. E é muito bom ser catadora. (E6)

Ah, é um prazer ajudar a cidade, né. Poder tá ajudando o meio ambiente também. É bom ajudar, né? Que isso polui o mundo. A gente ajuda o meio ambiente, né? Ser um catador é uma coisa privilegiada. Nem todos faz isso. Se todos fizesse, seria um mundo melhor. (E12)

(...) Pra mim é importante, né?(...) Porque ajuda o meio ambiente, além de tá ajudando o meio ambiente, evita de ir materiais, coisa pro lixo e ficar acumulando, né? No aterro. (E16)

3.2.3 Preconceito

Apesar de compreenderem a importância do seu papel para o meio ambiente e de valorizarem a profissão que atuam, os participantes relatam viver preconceito social pelo fato de serem catadores:

(...) eu acho assim, quando as pessoas te vêem mexendo no lixo, as pessoas te olham como se você tivesse passando fome, né? Mas a gente não passa fome, a gente tem necessidades, as contas da gente, claro, a gente vai comprar os alimentos da gente também, né? (E1)

Uai, eu me sinto no serviço igual os outro memo. Apesar que a gente é bem humilhado, né? (...) sempre parece alguém que humilha a gente, parece. Eu sinto que as outras pessoas acham que é feio, né? Mexendo com lixo. (E4)

Ah, tipo... Não vou falar 100%. Tem uma parte que vê da forma que a gente vê, tem uma parte que já não aceita muito, entendeu? (como a sociedade enxerga a sua profissão). É, isso é de lei, né? (sente preconceito da sociedade com os catadores). A mesma coisa que tem o pessoal do SAAE, eis acha que a gente mexe com o lixo, mas eles não sabe que é um reciclável. (E7)

É ruim porque, dependendo, se você for na rua, e, por exemplo, cê bater numa casa, se cê tiver suja, os outros já olha com olho torto, entendeu? Tem, que nem, quando nós vão fazer mobilização, tem gente que nem atende nós, fala que não, que não que sabe de

reciclagem, assim, tem hora que é muito ruim. Não, eu acho que tipo assim, em termo de roupa, se tiver suja, tem muita gente que não abre a porta. (E17)

3.3 Necessidades de Saúde

Essa categoria detalhou as necessidades de saúde física e psicossocial que permeiam o cotidiano dos catadores e catadoras. Revelou também suas vivências e enfrentamentos ao buscarem a assistência multiprofissional que necessitam nos serviços de saúde.

3.3.1 Necessidades fisiológicas

As necessidades de saúde física dos participantes são expressas ao relatarem necessidades fisiológicas em relação a hidratação, alimentação/nutrição, assim como a vontade de parar de fumar, fragilidades para o autocuidado e questões de saúde originadas de aspectos ergonômicos, como cansaço físico e lombalgia:

Não, eu já bati na tecla aqui, igual porque ques não põe um filtro aqui. (E2)

Como pouco. Geralmente eu como muito pouco. Não, quando não tem, né, praticamente a gente não come mas quando tem, praticamente todo dia (consumo de carne). Verdura... é raro eu comer muita verdura e muito legumes. Gostar eu gosto, mas geralmente não, como muito não. Fruta é raro, é raro eu comer uma fruta, só quando tem memo. Exato, é complicado (por causa da questão financeira). (E10)

Dói. É esforço físico demais. Bastante. (Se a coluna dói por conta do trabalho) (E10)

(...) Então é só o cigarro memo. Só a droga minha memo é o cigarro. Que eu não consigo parar. Então não interfere tanto, mas pra se for pegar assim um jogo de bola, jogar a bola, igual uma vez eu fiz um teste no SAAE também, teste físico, assim, eu fui bem, mas não fui tão bem assim na hora de fazer o, de correr, mas por causa do cigarro memo. (E14)

Eu cuido mais ou menos de mim. Eu acho, né? Não, eu cuido do jeito que eu... do jeito que dá, né? (E15)

Tem hora que eu não sinto fome, nem sede. Tem dia que eu fico dois, três dias sem beber água. Sério. Não consigo. Tipo assim, tem hora que eu dou muita dor, assim, porque eu já di, eu dou muita infecção de urina. É por isso. (E17)

3.3.2 Necessidades psicossociais

Os participantes expressaram diversas necessidades psíquicas e sociais. Na primeira dimensão dá-se destaque para os sintomas de estresse, ansiedade e baixa autoestima, reverberando em sintomas físicos. Já na dimensão social está associada tanto a necessidades fisiológicas e psíquicas quanto a identificação de conflitos entre catadores e catadoras, desdobrando-se na ocorrência de desentendimentos entre eles:

[...] é muito estresse, né? É, tem dia aqui que a gente fica bem estressado com muita coisa. E... Eu já ouvi assim, pelo que eu já li, eu sei que o estresse, você ficar chateada demais, isso tudo atrapalha na sua saúde. Eu dou dor de cabeça e meu olho fica tipo assim... Muito... Fica embaçado, fica escuro. [...]eu fico com muita coisa na cabeça, sabe? Assim, eu sou uma pessoa que eu fico pensando o tempo todo no que aconteceu. Ou no que eu tenho que fazer, sabe? Então tipo assim, eu mesma falo, meu cérebro ele parece que não descansa. Mesmo se eu deitar de noite assim... Ali o tempo que eu... Se acontecer alguma coisa no momento assim, aí eu fico o tempo só pensando naquilo. Eu não paro de pensar. (E8)

Deixa a gente triste, chateado, né? Com as coisas que vai acontecendo aqui. Como se diz, vai adoecendo, né? Cê vai adoecendo, vai acumulando aquilo ali, o corpo vai adoecendo. É, já ouvi falar que sim, né? Quanto mais cê guarda raiva, mágoa, essas coisas, vai trazendo problemas, né? Não sei se é verdade (risos). Mas já ouvi dizer. (E13)

Porque o dente, assim, a sua autoestima vai lá embaixo, né, cê não pode conversar com a pessoa, que a pessoa, assim, não é por querer da pessoa, mas a pessoa olha seu dente. Já tem três, quatro ano que eu tô sozin, por causa da autoestima, entendeu? Eu num consigo conversar com a pessoa, assim, com o dente quebrado, entendeu? É ruim demais. O dente tá, o dente tá bastante. (atrapalhando a sua vida social) (E14)

Os desentendimentos entre catadores e catadoras interferem nas necessidades psicossociais e provocam desunião entre os trabalhadores, divisão em grupos, isolamento de atividades coletivas, adoecimento, preocupações fora do ambiente de trabalho e discussões no domicílio:

Às vezes, alguém aqui me agride, a gente fica nervoso, quer matar, né? Porque aqui todo mundo é bravo. Aí tu quer matar, vem que eu pingo também, né? É assim que a gente faz. (E1)

Fiquei demais, muito mais estressado. Isso tá afetando, igual eu falei, não que eu queira levar o problema daqui pra minha casa, mas eu chego lá estressado, aí desconto na minha muié que não tem nada a ver. Aí minha muié fala, “E2, não tenho nada a ver com isso não”. O problema do seu serviço, você deixa pra lá”, até eu voltar a minha mente de novo. Até isso eu já chego nervoso, já chego com cara fechada e está afetando sim. A minha mente, é, tá afetando em tudo. (E2)

[...] não precisa me amar, mas sim só me respeitar. Acho que é esse o dilema aqui. O dilema que tem aqui dentro é esse. Ninguém ama ninguém aqui, não. Tem as panelas, né? Mas tem que respeitar. É difícil, complicado. Semana passada memo. Deu até briga aí dentro aí. (E2)

Com certeza. É porque, tipo assim, ocê trabalhando, vamos supor, eu tô trabalhano num lado, ocê tá trabalhano no outro, né? Mas nós tão no mesmo ambiente, aí um fica ofendendo o outro. Que união que vai ter? Que tá teno dento do setor de serviço? Nenhuma. (E10)

Sim. Eu acho que sim, porque, tipo assim, quereno ou não, a briga aqui dentro, mexe com o seu psicológico, mexe com o seu dia-a-dia, porque a sua rotina, quereno ou não, que nem antes da briga que teve aqui. Todo mundo conversava, todo mundo brincava, todo mundo era unido. Depois da briga, tipo assim, cê não dá bom dia pra alguns, cê dá bom dia pra outros, aí se tiver a pessoa ali no meio da roda que cê não conversa, cê já não quer brincar. Então, tipo assim, eu acho que interfere bastante. (E13)

3.3.3 Necessidade de assistência multiprofissional nos serviços de saúde

Os participantes mencionaram a busca pela assistência multiprofissional para questões específicas, em alguns pontos de atenção à saúde, como acompanhamento de doenças crônicas, realização de exames laboratoriais e de imagem para prevenção, controle e diagnóstico precoce de doenças. Todavia, sinalizam o descontentamento com o longo tempo de espera por exames e consultas no SUS, bem como o sentimento de exclusão e negligência dos serviços de saúde:

[...] eu não procuro médico, não. Eu precisava, que eu tenho uma dor de cabeça insuportável. Dia sim, dia não. Mas eu num procuro, não. Porque, hoje em dia, tudo na saúde é difícil. Cê vai hoje, daqui três mês que cê consegue o exame. Então, se não for particular, num, na verdade falar com cê, não vale a pena, não. SUS deixa a desejar muito. (E13)

Uma vez eu fui, mas a médica simplesmente não ia atender. É umas coisas que vai desanimano, entendeu? Quereno ou não, cê acaba deixano pra lá, cê vai se acostumano com a dor porque cê não tem o atendimento que cê precisa. Já tentei procurar pra me olhar porque eu tenho tanta dor de cabeça, se é uma sinusite, que que é, alguma coisa. Mas eu nunca consegui um médico, ué. Então, aí cê vai desanimano, cê vai deixano de lado. (E13)

Aqui não vem ninguém, não. Aqui a gente que tem que procurar o posto, que o posto não procura não. (E6)

A maioria aqui evita de ir ne médico pra não dar atestado, pra não dar falazada. Porque, por exemplo, eu vou, se eu dou 15 dias, na hora que eu volto, todo mundo joga na cara. “Ah, mas cê ficou 15 dias em casa. Todo mundo aqui evita fazer isso. se tivesse um médico aqui, cê consultava aqui mesmo e já voltava a trabalhar. Não tem a possibilidade de ter. Mas se tivesse, seria bom. (E13)

O que era pra ter era isso aqui, né? Pelo menos de um a um ano fazer, tipo, um exame geral. Porque caso cê tiver, qualquer doença você já tá sabendo. Tem como cê poder tratar, poder correr atrás. Agora não tem recurso, a gente num consegue fazer, é foda. Quando cê vai saber já vem um problema, muitas vezes não dá pra ser resolvido, porque já agravou. (E7)

É. Eu gosto, é costume. Todo ano eu vou, faço um check-up pra ver como é que tá a saúde. E geralmente a gente trabalha o ano todo, a gente praticamente não tem aquele tempo adequado pra ir no médico. Aí eu preciso. Eu gosto de ir. E geralmente eu não tenho tempo, aí não tem como sair. Porque igual agora ué, tá muito apertado aqui, então não tem como a gente sair. Dificulta. Eu paro meio dia hoje, mas eu vou em casa, almoço, descanso um pouco, a noite eu tenho que voltar pro caminhão. Aí dificulta bastante. (E10)

4. DISCUSSÃO

A presente pesquisa compreendeu a experiência de ser catador e catadora de materiais recicláveis e as necessidades de saúde desse público.

No tocante à experiência de ser catador(a) de materiais recicláveis evidenciou-se que esta é permeada por diversos sentidos e sentimentos, como a satisfação e o orgulho ao alcançarem melhores condições de vida, conquistas e desejos advindos de necessidades individuais por intermédio do trabalho. A literatura reporta que a satisfação no trabalho da catação decorre do sentido positivo atribuído subjetivamente por eles ao desempenhar a catação e por possibilitar realizar sonhos e conquistas pessoais (Coelho et al., 2017).

Nessa perspectiva, o trabalho é capaz de gerar o sentimento de realização, por permitir concretizar sonhos, vivenciar o prazer nas atividades desenvolvidas no cotidiano e conquistar uma retribuição financeira pelo trabalho realizado. Esse sentimento foi também identificado na pesquisa de Coelho et al. (2016), ao compreender que as catadoras encontram satisfação ao serem retribuídas financeiramente pela atividade laboral desempenhada.

Em contrapartida, estudos revelam que o trabalho com materiais recicláveis envolve baixa remuneração, precariedade, condições insalubres, sem benefícios trabalhistas e previdenciários e alto risco ocupacional (Coelho et al., 2016; Oliveira, 2016; Lima; Trindade, 2018), o que não impediu os participantes desta pesquisa de expressarem sentimento de orgulho e amor pelo trabalho que realizam.

A partir das falas dos participantes, identificou-se os sentidos de dignidade e autorreconhecimento a partir da conscientização em relação à importância social da atividade que desenvolvem, a exemplo da contribuição que prestam ao meio ambiente. Tal fato é reiterado pela literatura, ao afirmar que os catadores possuem uma identidade social positiva sobre seu papel como catador, atribuindo valor a seu trabalho ao atuarem no campo da reciclagem (Matos; Maia; Maciel, 2012).

Observa-se a compreensão dos catadores ao atuarem em prol da sustentabilidade, por desempenharem uma função capaz de diminuir os impactos ambientais ao reaproveitar resíduos sólidos por meio da reciclagem, contribuir com a

limpeza urbana e bem estar coletivo. Além disso, percebe-se o entendimento do seu ofício ao distinguirem quais resíduos podem ser realmente descartados como rejeito e quais podem ser reutilizados, permitindo colaborar com o maior reaproveitamento dos resíduos, impedindo que toneladas de materiais recicláveis sejam descartados em aterros sanitários (Oliveira; Casagrande Júnior, 2013; Frota et al., 2016).

Ainda que a trajetória dos catadores seja marcada pela ausência do reconhecimento social, precariedade das condições de trabalho, estereótipos negativos que os estigmatiza e os humilha (Matos; Maia; Maciel, 2012), nota-se através dos depoimentos dos participantes, apenas sentidos positivos em relação à atividade laboral ao colaborar no combate aos problemas ambientais e de saúde pública resultantes da disposição inadequada dos resíduos sólidos (Lima; Trindade, 2018).

Contudo, as experiências dos catadores são atravessadas por uma contradição: por um lado, há compreensão da importância social do seu trabalho, da contribuição para o meio ambiente, da geração de renda e o orgulho pela profissão. Por outro, o cotidiano desses trabalhadores é marcado por preconceito, discriminação, invisibilidade, violência e injustiças sociais e econômicas (Oliveira, 2016; Sousa et al., 2019).

Por meio das vivências retratadas pelos catadores de materiais recicláveis é possível identificar como o processo de exclusão social envolve a profissão, a partir do reconhecimento do estigma enfrentado diariamente por este grupo social, tal como episódios de discriminação que potencializam a marginalização e segregação socioespacial produzidos por fatores sociais e políticos (Lins et al., 2017).

Neste contexto, os discursos dos participantes expressam ações discriminatórias da sociedade ao executarem etapas do seu processo de trabalho, por meio da reprodução de estereótipos sociais negativos e da desumanização. Notou-se também sentimento de rejeição, humilhação e vergonha através do tratamento preconceituoso, discriminatório e excludente da população, o que, de forma implícita, afeta a autoestima e a valorização social dos catadores. Nesta perspectiva, é reportado na literatura uma associação negativa do objeto com o sujeito do trabalho, correlacionando a pessoa que o exerce como lixo, sujo e sem valor (Oliveira; Fernandes; Almeida, 2012).

Com relação às necessidades de saúde identificadas no presente estudo evidenciou-se as necessidades que afetam a saúde física, psíquica e social que permeiam o cotidiano dos catadores e catadoras. Em vista das necessidades reveladas pôde-se evidenciar suas vivências e enfrentamentos ao buscarem a assistência à saúde.

Baseado no paradigma biopsicossocial, que considera as dimensões do ser humano e os determinantes sociais de saúde, emergiu - através das falas dos catadores - a organização das necessidades de saúde fisiológica, psíquica e social.

As necessidades fisiológicas dos catadores identificadas no presente estudo perpassam sobretudo necessidades alimentares, em que é possível identificar a presença de uma insegurança alimentar atrelada à condição financeira – ou pela falta de apetite associada ao tabagismo ou ao consumo exacerbado da cafeína. Através dos depoimentos, nota-se que o consumo alimentar também se relaciona com a ansiedade, a falta de horário, a quantidade e a qualidade dos alimentos.

Essa relação se assemelha ao estudo de Arcain et al. (2018), no qual a maioria dos catadores apresentaram situação de insegurança alimentar, compreendendo que as condições alimentares estão diretamente relacionadas a uma baixa remuneração e à baixa escolaridade. A partir disso destaca-se que direitos constitucionais, como ter acesso a uma alimentação adequada e saudável, comumente não são assegurados a este grupo social.

Como foi evidenciado nos resultados deste estudo, notou-se um reduzido consumo de água pelos catadores. Ademais, quando consomem água foi identificado o uso de água da torneira, por ausência de filtro na associação.

A precariedade das condições no ambiente de trabalho também é percebida no estudo de Vasconcelos et al. (2020), que reportam o convívio com insetos e animais peçonhentos, a presença de entulhos nos locais utilizados para realizar refeições, além de relatos de catadores que passaram mal ao consumirem a água disponível no local de trabalho. Tais condições refletem no processo saúde-doença, gerando riscos de adoecimento e agravos à saúde nesse público.

Alguns catadores do presente estudo afirmaram realizar ações para o autocuidado, como o cuidado com a alimentação e o controle das doenças

preexistentes. No entanto, a maioria dos relatos refletem um autocuidado negligenciado, marcado pela banalização e ausência pela busca do cuidado, como a não procura por atendimento de saúde e a falta de exames. Tal fragilidade no autocuidado também é reconhecida por Centenaro et al. (2022), a partir do pouco conhecimento da relação entre saúde e trabalho, expressos em desconhecimento dos riscos laborais e, por vezes, a negação deles.

A maioria dos participantes fazem uso do tabaco, porém alguns revelam a vontade de parar de fumar pois reconhecem os malefícios do tabagismo para a saúde, interferindo até mesmo no próprio condicionamento físico. A atividade laboral é também geradora de desgaste físico. Alguns participantes relataram sentir cansaço, dores musculoesqueléticas e câimbras nas pernas, necessidades presentes no cotidiano. Tal fato é reiterado pela literatura ao identificar um potencial esgotamento pelo esforço físico exigido pelo serviço, sendo habituais e por vezes nem mesmo sentidas pelos catadores (Basso et al., 2020).

Considerando as necessidades psíquicas dos participantes, foram expressos sintomas de estresse, ansiedade, fragilidades na autoestima e autoconfiança como manifestação do adoecimento psíquico. A ansiedade é identificada pelo excesso de pensamentos e preocupação com eventos passados e futuros, bem como o imediatismo pelo desejo por resultados imediatos, produzindo estafa mental e insônia.

Alencar, Cardoso e Antunes (2009) evidenciou a sobrecarga mental causada pelo trabalho através da prevalência de sintomas como insônia e ansiedade e por apresentarem baixa autoestima, permitindo reconhecer o risco de sofrimento mental associado a essa atividade laboral.

Dá-se destaque, no âmbito das necessidades psicossociais, para a identificação de conflitos entre catadores e catadoras, desdobrando-se na ocorrência de desentendimentos entre os mesmos e produzindo estresse, chateação e exaustão mental. Tais conflitos impactam diretamente no processo de adoecimento psíquico deste grupo social. Alguns relatam a perda de apetite após desentendimentos, risco de emergir doenças psicossomáticas por guardarem sentimentos como mágoa e raiva, além do risco de agudização das doenças crônicas.

Coelho et al. (2016) aponta que os problemas de relacionamento interpessoal representaram um importante elemento de sofrimento para esse público, por meio de sentimentos negativos e da fragilização das relações entre eles, o que pode levar a um risco de adoecimento psíquico e social.

O conflito entre os catadores ocorre de forma generalizada e é um elemento presente no cotidiano da associação, provocando desunião entre os trabalhadores, divisão em grupos e isolamento de atividades coletivas, resultando ainda em uma diminuição da produtividade do trabalho. O estresse e o descontentamento decorrentes dos conflitos e desentendimentos, refletem na vida social dos catadores, levando preocupações para o domicílio e discussões familiares. Coelho et al. (2016) observaram que essa sobrecarga mental, causada pelo desgaste do relacionamento interpessoal no trabalho, pode interferir na vida social desse grupo, prejudicando as suas relações familiares.

No tocante às necessidades empreendidas no âmbito de assistência à saúde, evidenciou a ocorrência de práticas de automedicação, uso irregular de medicação e a não adesão ao tratamento de doenças crônicas pelos participantes desse estudo.

Essa banalização envolve alguns fatores também reconhecidos na pesquisa de Coelho et al (2016), como a falta de informação e o presenteísmo que, segundo a literatura, reflete o medo dos catadores de perder o emprego resultante do afastamento por motivo de doença. Logo, evidencia-se uma negligência do autocuidado e da percepção de quando é necessário buscar uma avaliação profissional da condição de saúde.

Outra necessidade apontada pelos catadores deste estudo é o desejo de realizar exames laboratoriais e de imagem para prevenção, controle e diagnóstico precoce de doenças, porém o longo tempo de espera por exames e consultas através do SUS é gerador de intensa insatisfação e afastamento dos serviços de saúde pública. Essa relação é evidenciada também no estudo de Coelho et al (2016) que reporta que este público, ao buscar os serviços públicos para responderem às suas necessidades de saúde, enfrentam barreiras que os aproximam do serviço privado, ainda que não

tenham condições financeiras, pois é visto como a única alternativa resolutive e acolhedora.

Apesar de explicitar a necessidade por cuidados de diversas naturezas, as vivências dos catadores ao buscarem o serviço público de saúde revelam descontentamento, principalmente com a abordagem dos profissionais de saúde. Os catadores relatam a falta de acolhimento, a insensibilidade, a ausência de escuta e invisibilidade, elementos presentes durante a assistência desses profissionais. A literatura reporta que tais experiências negativas geram o afastamento desse grupo das redes de atenção à saúde, o que os levam a buscar o serviço de saúde apenas em casos de urgência, situações de agudização ou consideradas graves (Vasconcelos et al., 2020)

A presente pesquisa analisou as experiências e necessidades de saúde de catadores e catadoras de materiais recicláveis em uma realidade social específica, o que não permite generalizar os resultados para outras realidades e sujeitos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou que a experiência dos catadores e catadoras de materiais recicláveis são marcadas pela satisfação, orgulho e reconhecimento da importância do seu trabalho para o meio ambiente, porém vivenciam o preconceito, a discriminação e exclusão social pelo fato de serem catadores. As necessidades de saúde física, psíquica, social e as vivências ao buscarem assistência à saúde encontradas nesse grupo social estão interrelacionadas a diversos aspectos estruturais, culturais e laborais e produzem impactos no processo saúde-doença e cuidado deles.

A vulnerabilidade social, condições precárias, problemas de saúde física e psicossociais, bem como a desigualdade de acesso à saúde vivenciado por catadores e catadoras deste estudo deflagram as iniquidades inscritas nesta população, reforçando a importância de políticas públicas que possam responder às necessidades apresentadas nesta investigação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro concedido à pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, M. C. B.; CARDOSO, C. C. O.; ANTUNES, M. C. Condições de trabalho e sintomas relacionados à saúde de catadores de materiais recicláveis em Curitiba. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. v. 20, n.1, p. 36-42, 2009.

ARCAIN, J. R. *et al.* Condições de vida: trabalho, saúde e alimentação de catadores de material reciclável na região metropolitana de Curitiba. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 13, n. 4, p. 1023-1039, 29 dez. 2018.

BACKES, D. S. *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 223-230, jan. 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edições 70. Lisboa: 2016.

BASSO, C. *et al.* 'Já me acostumei': interfaces entre trabalho, corpo e saúde de catadores de materiais recicláveis. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, p. 1-14, 2020.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Classificação Brasileira de Ocupações. **Ministério do trabalho**, 2013. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/downloads.jsf>. Acesso em: 28 set. 2024.

CENTENARO, A. F. C. *et al.* Autocuidado de catadores de material reciclável: ações de enfermagem à luz da pesquisa convergente-assistencial. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. 1-9, 2022.

CENTENARO, A. F. C. *et al.* Recyclable waste pickers: life and work in light of the social determinants of health. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 6, p. 1-8, 2021.

COELHO, A. P. F. *et al.* Work risk related to illness and defensive strategies of collectors women's waste recyclable. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 20, p. 1-8, 2016.

COELHO, A. P. F. *et al.* Mulheres catadoras de materiais recicláveis: condições de vida, trabalho e saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 3, p. 1-8, set. 2016.

COELHO, A. P. F. *et al.* Satisfaction and dissatisfaction in the work of recyclable solid waste segregators: convergent-care research. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 2, p. 384-391, abr. 2017.

FROTA, A. J. A. *et al.* Coleta seletiva: perspectivas de sustentabilidade nas associações de catadores de resíduos sólidos na cidade de Fortaleza (ce). **Revista Ibero-Americana de Ciências Ambientais**, v. 7, n. 3, p. 125-143, 30 nov. 2016.

LIMA, M. E. A.; TRINDADE, I. B. O sentido do trabalho no contexto da atividade do catador de material reciclável. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 21, n. 1, p. 33-43, 12 set. 2018.

LINS, A. E. B. *et al.* Resíduos sólidos urbanos, metrópole e periferia: a segregação socioespacial dos catadores de material reciclável na comunidade frei damião, em palhoça, santa catarina. **Oculum Ensaio**, v. 14, n. 1, p. 81, 21 jun. 2017.

MATOS, T. G. R.; MAIA, L. M.; MACIEL, R. H. Catadores de Material Reciclável e Identidade Social: uma visão a partir da pertença grupal. **Interação em Psicologia**, v. 16, n. 2, p. 239-247, 31 dez. 2012.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1–12, 2017.

OLIVEIRA, E. D.; CASAGRANDE JUNIOR, E. F. O desenvolvimento local e a sustentabilidade da associação de catadores de materiais recicláveis de Colombo (RESOL). **Revista Brasileira de Planejamento e Desenvolvimento**, v. 2, n. 1, p. 98-111, 26 dez. 2013.

OLIVEIRA, F. G. Do “trabalho sujo” à bela obra: O que é triar materiais recicláveis? Um estudo em Psicossociologia do Trabalho. 2016. 180 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-AQGHQR/1/tese_psicologia_fabiana_goulart_de_oliveira.pdf. Acesso em: 28 set. 2024.

OLIVEIRA, J. A.; FERNANDES, S. C. S.; ALMEIDA, S. S. M. Análise das representações sociais de catadores de lixo de Sergipe acerca de sua realidade social. **Psico**, v. 45, n. 1, p. 55-68, 2012.

OLIVEIRA, M. A. C. Marcos teóricos e conceituais de necessidades. In: EGRY, Emiko Yosikawa. **As necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores**. São Paulo: Dedone, 2008. p. 25-29. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o/Egry_EY_2008.pdf. Acesso em: 28 set. 2024.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS**. Boletim do Instituto de Saúde - BIS, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 109–114, 2010. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33772>. Acesso em: 28 set. 2024.

SOUSA, R. R. *et al.* MEMÓRIAS DO LIXO: luta e resistência nas trajetórias de catadores de materiais recicláveis da asmare1. **Read. Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre)**, v. 25, n. 3, p. 223-246, dez. 2019.

SOUZA, V. R. S. *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. 1-9, 2021.

VASCONCELOS, J. P. R. *et al.* Agência, redes de cuidado e o cotidiano no trabalho de catadores de materiais recicláveis no Distrito Federal. **Saúde & Transformação Social**. v.11, n.2, p.098-109, 2020. Disponível em:

VASCONCELOS, J. P. R. *et al.* Condições de trabalho e saúde de uma associação de catadores de materiais recicláveis de Ceilândia/Distrito Federal. **Jangwa Pana**, v. 19, n. 3, p. 364-389, 5 jun. 2020.

VASCONCELOS, J. P. R. *et al.* Condições de vida de catadores de resíduos sólidos recicláveis. **Sustentabilidade em Debate**, v. 9, n. 1, p. 187-197, 30 abr. 2018.

CAPÍTULO 4 - A SAÚDE MENTAL DE DOCENTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DE MINAS GERAIS *THE MENTAL HEALTH OF TEACHERS AT A PUBLIC UNIVERSITY IN MINAS GERAIS*

Clayver Viktor Moreira de Azevedo ¹

Amanda Morais Pollati ²

Erica Toledo de Mendonça ³

Tiago Ricardo Moreira ⁴

João Vitor Andrade ⁵

Vanessa de Souza Amaral ⁶

Deíse Moura de Oliveira ⁷

¹ Enfermeiro. Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: clayver.viktor@gmail.com

² Enfermeira. Doutoranda em Medicina de Família e Cuidados Primários na McGill University, Montreal – Canadá. E-mail: amandapolati07@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Ciência da Nutrição. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: erica.mendonca@ufv.br

⁴ Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: tiago.ricardo@ufv.br

⁵ Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem na Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais. Escola de Enfermagem. E-mail: jvma100@gmail.com

⁶ Enfermeira. Doutoranda em Ciência da Nutrição na Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Nutrição e Saúde. E-mail: amaralsvanessa@gmail.com

⁷ Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: deise.oliveira@ufv.br

RESUMO

Objetivo: compreender como a experiência de ser docente impacta a saúde mental de docentes inscritos em uma Universidade Pública de Minas Gerais. **Métodos:** pesquisa qualitativa, desenvolvida com 13 docentes efetivos, de ambos os sexos, que já tenham passado pelo período probatório. Os dados foram coletados nos meses de abril e maio de 2019 por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado com questões abertas e analisados a partir da análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** emergiram no presente estudo três categorias temáticas: “Impactos negativos à saúde mental do docente”, a qual foi dividida nas subcategorias “Sobrecarga de trabalho”, “Relações interpessoais entre os pares”, “Reverberações do contexto macropolítico no fazer docente” e “O corpo fala...”; “Processo de enfrentamento do docente na proteção da sua saúde mental”; e “Expectativas docentes para a promoção da saúde mental. **Considerações Finais:** o adoecimento mental do docente está posto, porém é invisibilizado pelas instituições de ensino, pelos colegas de trabalho e muitas vezes por ele mesmo. Por isso é importante pensar em estratégias de visibilizar e atuar nesta dimensão, considerando o efeito que o adoecimento mental do docente pode produzir na sociedade.

Palavras-chave: Saúde Mental. Docentes. Universidades. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Objective: to understand how the experience of being a teacher impacts on the mental health of teachers enrolled at a public university in Minas Gerais. **Methods:** this was a qualitative study carried out with 13 permanent teachers of both sexes who had already completed their probationary period. Data was collected in April and May 2019 using a semi-structured interview script with open-ended questions and analyzed using Bardin's content analysis. **Results:** Three thematic categories emerged in this study: "Negative impacts on teachers' mental health", which was divided into the subcategories "Work overload", "Interpersonal relationships between peers", "Reverberations of the macro-political context in teaching" and "The body speaks..."; "Teachers' coping processes to protect their mental health"; and "Teachers' expectations for promoting mental health". **Final Considerations:** the mental illness of teachers is there, but it is made invisible by educational institutions, by work colleagues and often by teachers themselves. That's why it's important to think about strategies for making this dimension visible and acting on it, considering the effect that teachers' mental illness can have on society.

Keywords: Mental Health. Teachers. Universities. Qualitative research.

1. INTRODUÇÃO

A palavra sofrer, do latim *suffere*, significa suportar a dor física ou moral. O sofrimento, estado de sofrer, é uma experiência individual e singular do ser humano e pode ser vivenciada de modo físico, psíquico e/ou religioso. Este estado pode ser causado por danos físicos, psíquicos, morais e sociais; por perda dos papéis sociais e relacionamentos; por eventos estressantes de vida e/ou pelos efeitos de doenças. O sofrimento está intimamente relacionado com a saúde mental, pois perpassa desde transtornos mentais graves (como esquizofrenia e a depressão) até os transtornos mentais comuns, como insônia, falta de concentração, falta de apetite etc. (Brasil, 2013; Cassell, 1982 *apud* Lacerda, 2002).

No estudo de revisão sobre doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, publicada por Schimidt *et al.* (2011), evidencia-se que aproximadamente 30% da população adulta brasileira apresenta transtornos mentais comuns, com destaque para a prevalência de depressão na região metropolitana de São Paulo.

Em relação a questão ocupacional, a literatura evidencia impactos na saúde mental dos trabalhadores relacionados ao processo de trabalho. Um estudo realizado em São Paulo por Cruz *et al.* (2011) evidenciou que cerca de 30% dos afastamentos ocupacionais se deram em função de transtornos mentais. Tal estudo foi corroborado

por uma pesquisa que investigou os afastamentos do trabalho por transtornos mentais, onde 40,4% dos afastamentos ocupacionais foram causados por transtornos mentais e psiquiátricos (Silva-Junior; Fisher, 2015).

Nesse contexto, salienta-se a importância de investigações que elucidem as repercussões à saúde mental de docentes universitários. Barros e Gradela (2017) apontam que transtornos como ansiedade, estresse, depressão e síndrome de Burnout acometem frequentemente docentes. Além disso, o desânimo e desinteresse pela profissão tem se mostrado comum, definindo um quadro de “mal-estar docente”, influenciado por questões como más condições de trabalho; aumento de cobranças; falta de espaço apropriado para pensar seu local de prática enquanto docente; extensão da jornada de trabalho; deslegitimidade e falta de reconhecimento de seu papel social perante a sociedade, desdobrando em esgotamento físico, mental, psicológico e assédio moral no trabalho, impactando na saúde mental deste público.

No que tange ao docente universitário, Coutinho, Magro e Budde (2011) apontam a jornada de trabalho elevada, a carga de trabalho que extrapola a carga horária formal e as relações hierarquizadas e competitivas das instituições como causadoras de sofrimento mental neste público. Além destas, peculiaridades como a exigência de produção científica expressiva pelos professores credenciados em cursos de pós-graduação, assim como o elevado número de aulas ministradas também são citados como geradores de sofrimento em docentes.

Assume-se como pressuposto que o processo de trabalho do docente universitário, caracterizado por múltiplas atividades que envolvem ensino, pesquisa, extensão e gestão acadêmica, gera uma sobrecarga de atividades que podem impactar na saúde mental deste público. Diante deste contexto, as seguintes questões nortearam essa pesquisa: como a experiência de ser docente de uma universidade pública impacta na saúde mental desse público? Como o docente age diante dessa realidade? O que o docente universitário compreende que poderia ajudar a sua saúde mental no seu exercício profissional?

Destarte, o presente estudo objetivou compreender como a experiência de ser docente impacta a saúde mental de docentes inscritos em uma Universidade Pública de Minas Gerais.

2. MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa. Participaram do presente estudo docentes de uma universidade pública do interior de Minas Gerais que obtiveram o diagnóstico de sofrimento mental e/ou predição para transtorno de ansiedade e depressão, identificado em uma investigação prévia realizada pela equipe de pesquisadores que conduziu a presente pesquisa.

Foram incluídos no estudo os docentes efetivos, de ambos os sexos e que já finalizaram o período probatório. Foram excluídos os docentes que estavam afastados do seu exercício profissional por qualquer motivo no período da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada nos meses de abril e maio de 2019 e se deu por meio de entrevistas individuais e abertas, orientadas por um roteiro semiestruturado. O contato inicial com os participantes se deu via e-mail, no qual foi realizada a devolutiva da pesquisa que antecedeu esta, sugestionando, por meio dos dados coletados anteriormente, que os docentes apresentavam valores positivos para predição de depressão e/ou ansiedade e/ou sofrimento mental. Na ocasião todos os docentes que se enquadravam nestes resultados foram convidados a participar da etapa qualitativa do estudo, sendo 13 os participantes que desejaram compor a presente pesquisa.

As entrevistas ocorreram em local reservado, à escolha dos participantes. Elas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, viabilizando o processo de análise dos dados. Esta ocorreu segundo a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, considerando as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Bardin, 2016).

O presente estudo seguiu rigorosamente as normas éticas para pesquisas que envolvem seres humanos, conforme estabelecido pela Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, obtendo parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres

Humanos da universidade à qual os investigadores estão vinculados, inscrito sob o CAAE nº 91939318.7.0000.5153/ Parecer nº 2.804.503.

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto ao objetivo e os procedimentos implicados na mesma e solicitados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), manifestando a concordância em serem inseridos no estudo. Para preservação do anonimato os participantes foram identificados com a letra inicial D, de docente, precedido do número correspondente à ordem em que as entrevistas foram realizadas.

3. RESULTADOS

3.1 Caracterização dos participantes

Participaram do presente estudo 13 docentes do ensino superior, em exercício ativo da profissão, com idade entre 27 a 54 anos, sendo seis homens e sete mulheres. O tempo de docência em instituições públicas variou de 2 a 27 anos. Apenas sete docentes haviam lecionado em instituições privadas, por um período de oito meses a oito anos. Seis docentes exerciam cargo administrativo. Sete atuavam na pós-graduação. O tempo de vínculo na pós-graduação como professores e/ou orientadores variou entre 2 e 19 anos.

No que diz a respeito à saúde mental do docente, emergiram no presente estudo três categorias temáticas. A primeira categoria, “Impactos negativos à saúde mental do docente”, se refere às repercussões negativas que a experiência da docência produz à saúde mental deste público, exemplificado nas subcategorias: “A sobrecarga de trabalho”; “Relações interpessoais entre os pares”; “Reverberações do contexto macropolítico no fazer docente”; “Quando o corpo fala...”. A segunda categoria, “Processo de enfrentamento do docente na proteção da sua saúde mental”, remete ao enfrentamento docente frente às questões que fragilizam a sua saúde mental, compreendidas como repercussões positivas para a sua proteção. A terceira categoria, “Expectativas docentes para a promoção da saúde mental”, traz as ações que os participantes acreditam figurar como promotoras da saúde mental docente, seja no contexto universitário ou fora dele.

3.2 Aspectos que impactam negativamente a saúde mental do docente

3.2.1 A Sobrecarga de trabalho

Em relação às repercussões negativas à saúde mental do docente, os entrevistados apontaram alguns impactos produzidos em virtude da experiência de ser docente. Uma das questões que emergiram se refere à sobrecarga de trabalho do docente e à cobrança institucional/autocobrança associada, que gera nele um sofrimento mental em virtude de perceber que não está dando conta das atividades que precisa realizar, culminando em uma sensação de falta de tempo, cansaço físico e mental e pendência constante, que afeta a sua vida pessoal e sua saúde mental, com impactos também no sono e repouso:

“[...] a mente está cansando [...], a gente está cada vez mais açodado sendo que o corpo está falando: ‘pô, pera aí! Eu tenho que dar uma relaxada...’, né? ‘Tem que dormir mais, tem que desacelerar...’. Eu gostaria [de desacelerar], gostaria sim... muito! Mas eu não consigo...” (D2)

“São coisas pequenas que vão somando [...], além de cansaço físico e mental. E vai te sobrecarregando de frustrações também [...]. Aí você pensa: qual o tempo que a gente consegue dormir? Muito pouco. Eu acho que meu problema mais estressante é a falta de dormir [...]” (D6)

O contexto de sobrecarga, ausência de tempo e pendência constante faz com que o docente adentre a vida pessoal com atividades que deveriam ser realizadas na universidade, gerando sentimentos de angústia e culpa, que afetam a sua saúde mental:

“[...] eu não consigo sair dessa porta aqui e falar assim: ‘não, meus problemas acadêmicos ficaram aqui e vou para casa’ [...], não dá para eu chegar em casa e desligar, [...] os problemas me acompanham. E é claro que esses problemas me acompanhando, eles afetam a minha saúde mental.” (D4)

“[...] eu acho impossível a gente separar o pessoal do profissional [...] seria ótimo se a gente conseguisse, né? Eu sinto muito angústia, as vezes fico com muita ansiedade [...]. Às vezes a gente quer estar com a família, quer participar das coisas, mas aí você tem muitas atividades para fazer [...]” (D10)

3.2.2 Relações Interpessoais entre os pares

Ainda no que tange às repercussões negativas à saúde mental dos docentes, esses relatam dificuldades referentes às relações interpessoais no ambiente de trabalho, as quais desencadeiam um estado de estresse e sofrimento mental:

“[...] ter que lidar com esses melindres da relação interpessoal. E isso é o que me tira o sono as vezes, isso que [...] me perturba muito [...]. A pessoa que não veste a camisa da instituição e quer ficar brigando por qualquer coisa, isso acaba comigo, me tira do sério [...]” (D2)

“[...] as questões das relações elas estão ficando cada vez mais tóxicas, sabe. Cada vez menos eu tenho prazer de interagir com os novos colegas [...]” (D7)

Também no âmbito das relações interpessoais tecidas no ambiente acadêmico entre os pares, os docentes sinalizam a competitividade como algo que impacta a saúde mental no cotidiano profissional:

“[...] o tempo inteiro tem alguém se comparando a você [...], aí você começa a se cobrar para ter resultados para sempre estar entre os bons para ser comparado [...]. Isso é o que maltrata mais [...]. Não tem essa cobrança de cima pra baixo, ela é feita paralelo [...]. Então você tá sempre tentando se comparar aos melhores, mas pode ser que você não esteja ainda no patamar deles.” (D4)

Outro aspecto que emergiu como repercussão negativa à saúde mental do docente foi a carência de relações estabelecidas entre os colegas de trabalho no contexto acadêmico, exemplificado pela carreira solitária entremeada ao contexto de sobrecarga de atividades inerente ao fazer docente:

“[...] um desconforto que eu tenho, eu quase não encontro os meus colegas de trabalho. A gente trabalha muito solitário. A nossa rotina é tão maluca [...] tendo que dar conta de um monte de coisa, em tantos lugares, que é muito difícil a gente trabalhar junto.” (D11)

3.2.3 Reverberações do contexto macropolítico no fazer docente

Outro aspecto que impacta na saúde mental do docente refere-se à falta de envolvimento dos colegas no que tange ao papel de educador que exercem,

secundarizando este em detrimento das atividades de pesquisa, que sustentam a lógica produtivista na qual está inscrita a educação superior:

“[...] os fatores que [...] afetam negativamente a minha saúde mental é quando eu vejo que dentro da universidade, o sentido da universidade se perde [...] me incomoda muito uma universidade que vai ganhando uma forma de disputa [...] se render à lógica capitalista [...] achar que o mais importante é eu produzir [...] e enquanto isso eu não estou pensando no fazer docente, não estou pensando no aluno [...]. Me afeta estar nesse contexto, quando eu vejo negligência com o ensino, [...] tanto estrutural como negligência do colega [...].” (D11)

Os docentes revelam em seus discursos certa desmotivação com a carreira docente relacionadas ao contexto macropolítico, relações com os discentes e colegas de trabalho e desvalorização da profissão, o que repercute negativamente na saúde mental:

“[...] esse ambiente macro do país [...] é um momento estranho da docência. Essa semana eu estava conversando com uns colegas: ‘oh, estou desencantado, desanimado com a docência...’ entendeu? ‘... com essa falta de respeito’. Não precisa te valorizar, mas pelo menos te respeite. Eu te falo: eu hoje não entraria para a docência. Com essas experiências que eu tive eu me desiludi muito, principalmente na pós-graduação.” (D5)

3.2.4 Quando o corpo fala...

Os depoentes também relataram que a prática docente no ensino superior, ao impactar sobre a saúde mental produz repercussões também à saúde física, evidenciadas nos depoimentos a seguir:

“[...] eu sinto que o negócio pesa um pouquinho: eu tenho muita dor nas costas, muito problema e tal... que eu percebo que eu somatizo.” (D2)

“[...] sempre no final do período, eu já observei que a minha imunidade baixa, porque eu faço hemograma e vejo [...], aí sempre começam alguns problemas de imunidade.” (D13)

Evidenciou-se que quando o corpo manifesta sinais de colapso a mente já está adoecida. Neste sentido, o docente adoecido mentalmente ora se autocobra não poder

adoecer física e mentalmente e ora sente-se cobrado por isso, amplificando o seu sofrimento mental:

“[...] eu sinto que eu não posso [...] ficar doente, passar por situação de estresse, ter algum problema de saúde, problema emocional... eu sinto que eu não posso ter nada. Eu tenho que trabalhar aqui todos os dias e só posso ter alguma coisa nas férias. Isso que eu sinto.” (D9)

“Cinco dias de atestado são cinco dias de atestado. Aí todo mundo te para: ‘nossa, mas que que aconteceu?’ [...] as pessoas te idealizam e você vai vivendo aquilo que as pessoas idealizam de você. Então, eu acredito, que todas essas coisas estão contribuindo para o adoecimento [...]. E eu acredito que muita gente esteja vivendo isso na instituição[...]” (D7).

Considerando a necessidade de manter-se ativo o docente recorre às medicações para conseguir preservar as suas atividades laborais, o que também produz impacto à saúde mental desse público:

“Eu tomo ansiolítico. E o meu uso de ansiolítico se intensifica depois que eu virei professor [...]. Teve um tempo que eu consegui ficar fora, mas quando eu virei coordenador, eu tive no pé da depressão. Então ou eu voltava com o ansiolítico ou eu pirava!” (D5)

3.3 Processo de enfrentamento do docente na proteção de sua saúde mental

Em relação às repercussões positivas compreendidas como meios de enfrentamento para a saúde mental, os docentes relataram terem estabelecido estratégias de proteção da saúde mental frente as experiências desafiadoras que a docência lhes impõe.

No que se refere a tais estratégias, os depoentes afirmam o estabelecimento de limites entre a vida pessoal e profissional como um meio importante de proteger a saúde mental:

“[...] no meu dia-a-dia o problema da universidade não chega à minha casa e o problema da minha casa não chega na universidade. Eu tento separar, mesmo que a gente seja um ser humano único [...]. Consigo [fazer a ruptura entre vida pessoal e

profissional] porque eu entendo que eu só um dia vou ser um bom professor se eu também tiver bem.” (D1)

“Tem aproximadamente uns 8 anos que eu decidi que o que eu conseguia fazer aqui, eu faço aqui, o que eu não conseguir, espera para depois. Isso tem sido muito difícil porque eu sei que é excesso de trabalho depois, mas tenho evitado.” (D7)

“[...] eu falei: [...] ‘Eu não vou trabalhar mais no final de semana. Sábado e domingo é para mim’ [...], eu resolvi parar de fazer isso. Deu sexta-feira às 18 horas eu não respondo e-mail de ninguém da área de trabalho [...]. Eu resolvi fazer isso para mim porque isso começou a interferir no meu dia a dia.” (D8)

Ainda no que tange às estratégias de proteção da saúde mental, os depoentes referem limitar as atividades, visando maior tempo para atividades de lazer e evitando sobrecarga de afazeres que poderia levar ao estado de sofrimento:

“[...] eu não vejo que a universidade consegue superar os limites que eu tenho. Por exemplo, se eu entendo que esse é o meu limite, eu tento respeitar esse limite [...]” (D1)

“Eu saí do programa da pós-graduação [...]. Foi uma opção não voltar [...]. Ter que publicar, ter que ser A1 [...], ter que ter prazo... [...]. Eu não estava dando conta daquela pressão [...]. Aí eu falei ‘tem muita coisa na minha cabeça já, eu não preciso disso!’ (D2)

“[...] eu tenho dois alunos de doutorado. Eu já trabalhei com mais [...] e eu estou querendo trabalhar cada vez menos, e se possível, futuramente, quero sair da pós-graduação também. Por n motivos: um deles é essa situação de estresse [...] somos avaliados em função de produtividade [...], o que importa é publicar... eu estou assim... parando com isso tudo.” (D9)

A proteção da saúde mental do docente é também conferida pela motivação com relação à prática docente, que auxilia no enfrentamento das dificuldades impostas no exercício deste profissional:

“Quando eu vou para uma sala de aula, eu vou muito feliz para fazer aquilo que eu faço [...]. Eu acho que o que me blinda é que eu gosto muito do que eu faço.” (D1)

“[...] eu amo o que eu faço, no sentido profissional [...]. Eu escolhi isso [...]. Então por gostar muito do que eu faço, eu acho que isso me ajuda [...].” (D9)

“[...] o fazer docente é muito produtor de saúde mental, estar com o aluno é uma coisa que me faz muito bem [...] isso me dá força para enfrentar esses lugares [...] que me adoecem dentro da universidade [...].” (E11)

Os depoentes ainda relataram praticar atividades de lazer ou qualquer outra atividade que possa atuar como uma “válvula de escape, no sentido de proteger sua saúde mental:

“[...] Natação, academia... [...] é o jeito que eu consegui encontrar de fazer alguma coisa [...] naquele momento eu me desligo do trabalho, desligo dos problemas da vida [...].” (D8)

“[...] eu tenho minha cachorrinha, então hoje eu levo ela para passear; eu tenho as minhas plantinhas, então eu fico horas cuidando das minhas plantinhas; eu amo ver filme... [...]. Então hoje eu me permito fazer essas coisas, [...] você entendendo que aquele tempo é seu, sabe? [...]. Então eu tento me suprir disso. [...]” (E11)

Outra estratégia de proteção da saúde mental dos docentes é o apoio recebido por colegas de profissão, bem como servidores técnico-administrativos, os quais tem um papel fundamental no enfrentamento do sofrimento mental:

“[...] eu tenho a vantagem de ter uma técnica de laboratório que [...] é muito boa de serviço [...], ela tem nível superior, então ela tem um conhecimento... [...] e ela me ajuda muito com a especificação de equipamentos, coisas assim ela pode me ajudar.” (D2)

Os depoentes também trouxeram a organização pessoal do seu tempo e tarefas como um modo de proteção da saúde mental:

“Eu tento, por exemplo: de manhã é para minha vida pessoal, eu faço minhas atividades físicas [...] e eu tento deixar a tarde e à noite para trabalhar e o sábado [...]. Eu tento deixar o domingo sem trabalhar [...]. Às vezes, mistura, mas eu tento separar sim.” (D3)

“[...] eu me esforço muito antes das aulas começarem. Então por exemplo, antes da aula começar, eu preparei todas as seções da disciplina de pós-graduação e [...] orientei todos os orientandos. [...]. Pronto, então está tudo alinhado, entendeu?” (D12)

Também foi dito pelos depoentes como mecanismo e estratégia de proteção da saúde mental, o estabelecimento de prioridades para a execução do seu trabalho, buscando a realização daquilo que gerará maior satisfação pessoal e profissional:

“[...] depende do quão eu estou empolgado com os outros trabalhos [...]. Se for um trabalho que me motiva, se é uma coisa que eu estou empolgado [...], faço mais rápido [...], me volto um pouco pra aquilo ali que vai me dar uma satisfação a curto prazo, digamos assim.” (D4)

3.4 Expectativas docentes para a promoção da saúde mental

Os docentes entrevistados trouxeram depoimentos que mostrassem certa insatisfação com o sistema de avaliação do profissional e do ensino, demonstrando a necessidade de rever esses critérios no sentido de valorizar o profissional além do ponto de vista quantitativo, ao passo que se estabelecesse métodos mais claros e objetivos de orientação e avaliação:

“[...] não é só número que importa. No currículo não é só número que importa, tem de ter alguma coisa que valorize também o profissional enquanto algo que não seja número [...]. ‘Ah, D9, o mundo é assim’. Concordo, mas para mim não está funcionando. 100%, né? Está funcionando, mas para mim não está 100% [...]. Não sei como seria o ideal [...]” (D9)

“[...] eu acho que na pós-graduação, regras mais claras iriam ajudar, [...] assim, regras mais razoáveis na CAPES. [...] Eu bati a meta de publicação, entendeu? Mas antes era uma coisa, cadê artigo, cadê artigo... Um desespero, entendeu? [...]” (D12)

O docente sugere ações institucionais advindas da gestão superior que ajudariam a sua saúde mental no contexto universitário:

“A universidade não é só ciência, a universidade é o humano, é o acolhimento do humano, a relação do humano que de certa forma nos falta. [...] a universidade poderia ter uma viés um pouco mais humanístico numa proposta de formação dos seus professores [...] ela poderia dar oportunidades de espaços de integração maior, das pessoas se conhecerem, das pessoas compreenderem um pouco os seus dilemas e as suas responsabilidades nesse espaço.” (D1)

“[...] algumas oficinas para tentar mostrar para os docentes [...], estabelecer uma forma de quantificar o que cada um está fazendo para mostrar: ‘olha cara, você está fazendo o suficiente, você não precisa, ficar se matando aí’ [...]” (D4)

“[...] eu acho que teria que ser uma política da instituição: discutir saúde mental na universidade, independente se é na docência, nos estudantes, nos técnicos administrativos... Deveria de ser uma política da instituição [...]. Eu acho que tem que dar visibilidade a situações dessa natureza para quem define as coisas.” (D5)

Ainda no âmbito institucional, os entrevistados referiram a necessidade e readequações que estão sob a governança da micropolítica do processo de trabalho, as quais impactariam na saúde mental do docente:

“[...] se a gente tivesse um número, carga horária correta [...], constante, seria ótimo [...]. Eu acho que deveria ter menos rodízio de disciplina, para a gente não ficar toda hora mudando muito de disciplina, entendeu? [...] Um horário fixo [...], um horário regular.” (D6)

“[...] quando você consegue criar essas relações mais empáticas no seu campo de trabalho, talvez sofra menos de pensar na segunda-feira. Você vai ter um ambiente mais acolhedor [...] esses sentimentos ajudam você viver menos o stress do dia-a-dia do trabalho.” (D7)

“Eu sinto falta, até de algumas atividades mesmo de relaxamento durante o período de trabalho [...] Eu acho que seria muito importante isso [...]. Acho que isso deveria vir do departamento. Agora, se eles não vão fazer isso, eu mesmo vou procurar. ” (D13)

4. DISCUSSÃO

Os resultados da presente investigação desvelaram como a prática docente no contexto universitário impacta na saúde mental deste público. A literatura afirma que a profissão docente se insere em um contexto no qual é exigido desses profissionais uma alta carga física e emocional, dotado de cobranças e pressões sofridas desencadeadoras de estresse, denotando um problema a ser enfrentado pela saúde pública (Ribeiro; Teixeira; Silveira, 2017). No processo de produção do trabalho, a exigência da realização de diversas atividades por um mesmo trabalhador, influenciada pela demanda de produção em um tempo determinando enriquece o trabalho e o empobrece o trabalhador, impactando em sua saúde física e mental (Albuquerque *et al.*, 2018; Marx, 2008 *apud* Albuquerque *et al.*, 2018).

Um estudo realizado por Ferenc, Brandão e Braúna (2015) constatou que os docentes consideram que a intensificação do trabalho docente no âmbito acadêmico se dá pela pesquisa, considerando a pressão e cobrança que a acompanha, sobretudo pelos órgãos de pesquisa e agências de fomento. Isso foi mostrado no presente estudo, onde os docentes citaram alta cobrança e demanda laboral em detrimento dos prazos e tempos para exercê-las.

Tal condição culmina em um aumento excessivo da sobrecarga de trabalho, levando à extensão da jornada de trabalho, a qual invade momentos de relações familiares, de lazer e descanso, impactando no bem-estar do docente (Oliveira; Pereira; Lima, 2017).

O presente estudo também mostrou que os docentes estão submetidos a um paradoxo, no que diz respeito à cobrança para a realização de suas tarefas frente à necessidade de descanso. Essa situação conflituosa gera certa perturbação à saúde mental do docente, o que impacta em sua saúde mental, provocando gasto de energias, desvio do foco do pensamento para o trabalho, refletindo também no sono e repouso desses profissionais. Assim, a relação de tempo no trabalho e fora dele entram em confluência, onde os momentos de lazer são diminuídos em função do trabalho, sendo o lazer, as horas livres e o descanso deixados à margem na vida do docente, em função das atividades laborais (Perez, 2016). Relatos de docentes nesse e em outros estudos comprovam tal situação, onde eles referem sacrificar o tempo de lazer, finais de semana e até mesmo as férias para que a demanda exigida no trabalho possa ser cumprida e atender as exigências institucionais (Perez, 2016).

No estudo realizado por Perez (2016), mostrou que o tempo o qual os docentes destinam à realização de seu trabalho ultrapassam o ambiente institucional, onde diversas atividades acabam sendo desenvolvidas além da carga horária formal de trabalho. E como esse trabalho não é contabilizado por ser realizado além da carga horária prevista, ele se caracteriza como um trabalho “invisível”, não sendo reconhecido pela instituição e não sendo remunerado. Assim, para que as exigências possam ser cumpridas, o docente se vê na necessidade de trabalhar além do normal, fazendo com que esse tempo que deveria ser utilizado em outras atividades que não laborais seja

destinado ao trabalho, visto que a carga horária durante a semana é, muitas vezes, insuficiente (Perez, 2016).

Outro fator causador de sofrimento mental o qual resultou do presente estudo foi as relações interpessoais no ambiente acadêmico. Para construir um ambiente harmonioso no local de trabalho, há que se ter esforço coletivo dos atores envolvidos no processo de trabalho (Marinho *et al.*, 2016).

Em um estudo realizado por Marinho *et al.* (2016), evidenciou-se aspectos negativos que se mostram como dificultadores nas relações interpessoais no âmbito profissional dos docentes, dentre as quais se destaca a postura inadequada por partes dos colegas de trabalho, expressa na incompreensão, falta de solidariedade e de humanização entre pares, além da segregação em grupos, resultados que vão ao encontro dos achados do presente estudo.

O mesmo estudo ainda aponta que demonstrar afinidade e sempre buscar manter uma relação harmoniosa com os demais colegas docentes são fatores contribuintes para manter uma relação agradável no ambiente de trabalho, reduzindo o estresse e o sofrimento mental gerado em tal espaço (Marinho *et al.*, 2016). Os autores dizem que na medida que as semelhanças se sobressaem entre os membros de um grupo, esses tendem ter maior apreço pela sua equipe de trabalho, o que favorece a construção de vínculos afetivos e culmina na elaboração e realização de um bom trabalho (Marinho *et al.*, 2016).

No presente estudo, os docentes demonstraram sentir falta de uma maior interação entre os colegas de trabalho, e esse sentimento de haver uma necessidade de maior integração entre os pares, que não acontece em virtude do excesso de trabalho de cada profissional, geram neles certo incômodo. Destaca-se a importância dessa boa relação para que se possa alcançar a harmonia no local de trabalho, considerando o contexto universitário.

Emergiram da presente investigação depoimentos que mostram o desconforto gerado nos docentes no que se refere ao contexto macropolítico. Compreende-se no presente estudo que os docentes, em virtude da lógica produtivista, muitas vezes focam na pesquisa em detrimento do ensino. Isso se dá porque as universidades públicas vêm

sofrendo alterações no que tange a sua identidade social, as quais geram um ambiente onde os indicadores de qualidade se pautam em dados quantificáveis, tal como o mérito do docente, que é vinculado a resultados mensuráveis (Souza *et al.*, 2017). Tal realidade gera incômodo e sofrimento mental na comunidade docente, tanto naqueles professores que enxergam essa entrega dos colegas à lógica produtivista e não se preocupam com o ato de ensinar, quanto nos docentes que se rendem a essa lógica e entram no ambiente de disputa e competitividade imposto pelo sistema. Isso é reforçado pelo modelo avaliativo da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e agências de fomento, que suscitam a competição entre os pesquisadores na disputa por recursos financeiros para o desenvolvimento de suas pesquisas (Souza *et al.*, 2017).

Somado a isso, o próprio ambiente acadêmico se mostra como favorável às situações de assédio moral, visto que o é um lugar onde as relações de trabalho ficam propícias à disputa e competitividade entre os docentes (Souza *et al.*, 2017). No estudo realizado por Souza *et al.* (2017) destacou-se o assédio moral horizontal, isto é, o que se dá entre os próprios pares, acompanhado do assédio moral descendente, ou seja, o que se dá das instâncias superiores sobre os docentes.

Do mesmo modo, o presente estudo trouxe à tona a insatisfação dos docentes com o cenário macropolítico atual, que se mostra desfavorável à prática docente, além de suscitar um ambiente de falta de respeito e perda de autonomia no que tange ao exercício profissional, impactando a prática docente em todos os níveis. Souza, Brasil e Nakadaki (2017) dizem que nas instituições de ensino, percebe-se problemáticas políticas que geram certa contenção da autonomia e liberdade do docente, corroborando o postulado no presente estudo.

A presente investigação também mostrou o sentimento de desmotivação por parte dos docentes, o que também implica em sua saúde mental. No que se refere à desmotivação com a carreira profissional, uma série de fatores que se associam de forma direta ou indireta à desmotivação encontrada entre os docentes, os quais podemos citar o

[...] aumento da carga de trabalho, [...], alta pressão por desempenho e baixo nível de controle das tarefas, desordem em sala de aula, [...],

hostilidade entre alunos, desvalorização pessoal e salarial, problemas institucionais e baixa remuneração, [...] e infraestrutura escolar inadequada para o trabalho (Cortez *et al.*, 2017, p. 116).

Tais fatores reforçam a afirmativa de Silva *et al.* (2018), cujo estudo salientou que diversos fatores contribuem para que a rotina do professor fique pesada e estressante. Tal situação pode se mostrar acentuada dado a fatores como a remuneração não compatível com o grau de formação, fazendo com que o docente tente agregar mais carga horária em sua jornada de trabalho, o que pode gerar cansaço físico e mental. O mesmo estudo mostra que tais aspectos evidenciam a desvalorização do professor hodiernamente e que isso também repercute em sua saúde mental, dada à deterioração da imagem do professor no contexto educacional, levando a visões de que a profissão docente não tem valor ou importância social.

Tal realidade, acrescida em um ambiente onde se expressa relações interpessoais de múltiplas maneiras, as quais se apresentam como relações harmônicas e desarmônicas e são inerentes ao ambiente laboral (Marinho *et al.*, 2016), contribui para o adoecimento mental do docente, levando-o à desmotivação com sua própria prática na perspectiva acadêmica.

No que se refere aos impactos à saúde física, os docentes relataram prejuízos ao seu bem-estar físico, a destacar lombalgias, impactos no padrão de sono e repouso e alimentação, distúrbios gastrintestinais e baixa na imunidade, os quais de acordo com os docentes, estão ligados ao exercício docente. Segundo Leite (2017), atualmente se nota no cotidiano dos docentes um aglomerado de sintomas que desencadeiam complicações que podem ser confundidas com outras de etiologias difusas, sendo os sintomas mais comuns apresentados:

[...] síndromes de ansiedade; depressão, incluindo apatia, insônia, pensamento introvertido, problemas de concentração, perda de interesse por coisas ou situações que antes lhe despertavam, insegurança, [...], melancolia; mudanças de humor (ciclotimia); e irritabilidade (distímia). Evoluindo para manifestações físicas e comportamentais de: hipertensão arterial; ataques de asma brônquica; úlceras estomacais; enxaqueca; perda de equilíbrio (labirintite ou síndrome de Menière); torcicolos; lombagos; queda de cabelo (alopecia); dores musculares e/ou articulares de origem tensional; estresse; agressividade (consigo ou com outras pessoas); transtornos alimentares; aumento do consumo de álcool e/ou drogas;

aumento do tabagismo; [...]; isolamento social; [...]. (Leite, 2017, p. 212-213).

Sendo assim, muitas vezes mesmo vivenciando um contexto de adoecimento, os docentes se veem impedidos de reconhecer que estão adoecidos e se veem muitas vezes impedidos de adoecer, qual sentimento é internalizado pelos docentes. A literatura aponta que os aparecimentos de alguns problemas são ocultados pelos docentes, deixando apenas que sejam tecidos comentários, *in off*, a respeito. De maneira particular, em especial o aumento no consumo de álcool e aparecimento de síndromes hipertensivas são negadas pelos próprios docentes, sendo que o efeito mais deletério de tal circunstância é a própria negação e não aceitação do problema (Leite, 2017). Sendo assim, eles se veem acuados em aceitar condições de adoecimento, também, temendo comentários tecidos e idealizados. Estudos mostram que o professor, cada vez mais, se acostuma a suportar e lidar com o cansaço e exaustão, visto que muitas vezes, o afastamento de suas atividades acadêmicas pode levar a perdas (de oportunidades de projetos, produções científicas etc.) (Leite, 2017).

Há de se destacar, também, o uso de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos pelos docentes, em que esses se veem na necessidade de aplicar a terapia medicamentosa tendo em vista o impacto gerado pela docência em sua saúde mental. Contudo, o uso desses medicamentos nem sempre são capazes de resolver o problema em seu contexto gerador, tendo sua ação apenas com foco nos sintomas. A literatura aponta que a utilização de medicamentos para transtorno mental, como depressão e ansiedade, está em ascensão no público docente universitários (Leite, 2017).

No que se refere às estratégias de enfrentamento das quais os docentes operam para a proteção de sua saúde mental, foi identificado como mecanismo de proteção a definição de limites entre a vida pessoal e profissional, no intuito de proteger a saúde mental de quaisquer repercussões negativas advindas desse ambiente. De fato, a literatura aponta que o excesso de atividades profissionais, de maneira especial quando extrapola a carga horária formal, se enquadra como um fator causador de sofrimento, visto que o trabalho invade a vida do docente, em detrimento a outros momentos de lazer e/ou com familiares, fazendo com que tais momentos sejam ocupados com

atividades referentes ao trabalho (Coutinho; Magro; Budde, 2011). Nesse sentido, as estratégias apontadas pelos docentes se referem à imposição de limites nas atividades laborais, evitando assim que o trabalho traga repercussões negativas à sua saúde mental ao invadir esse espaço.

Destarte, com o objetivo de disponibilizar mais tempo para o trabalho, os docentes adotaram a estratégia de limitar as atividades de labor, visto que a cobrança por produtividade e a flexibilização dos horários de trabalho, dentre outros fatores, reverberam na intensificação e ampliação do tempo de trabalho desses profissionais (Coutinho; Magro; Budde, 2011). Segundo Coutinho, Magro e Budde (2011), um dos elementos causadores de cansaço e esgotamento físico e mental é a sobrecarga de trabalho, sendo comum se observar relatos de sensação de cansaço e exaustão física e mental.

O presente estudo também mostrou que mesmo com todas as dificuldades encontradas no ambiente acadêmico, os docentes se sentem realizados pela profissão e expressam carinho e apreço por sua prática, o que atua a favor de sua saúde mental. Em um estudo realizado por Vivian *et al.* (2019) em uma universidade do oeste do estado de Santa Catarina, identificou a satisfação do docente na possibilidade de agregar conhecimento diferenciado à sociedade com o intuito de gerar transformações em diferentes contextos. O mesmo estudo ainda aponta que a docência possui características particulares que gera satisfação nos docentes. Momentos em que se permite compartilhar conhecimentos, aperfeiçoamento profissional e pessoal, oportunidades de escrever, conhecer novas pessoas, novos lugares, descobrir coisas novas pela pesquisa, dentre outras características da docência, é para os profissionais dessa categoria profissional, motivo de prazer e apreço pela profissão (Vivian *et al.*, 2019).

Dentre as estratégias de enfrentamento dos docentes às dificuldades encontradas no ambiente acadêmico, destaca-se também a práticas de atividades de lazer, atuando nesse processo como uma forma de evasão da extenuação causada pelo trabalho docente. Desta forma, a literatura aponta que algumas formas de enfrentamento usualmente praticadas dizem respeito a práticas de atividades culturais e

religiosas, prática de atividades físicas, descanso, relaxamento, manter laços com a família, entre outras. Isso denota a valorização do ambiente externo ao trabalho por parte dos docentes como forma de lidar com o esgotamento em função do ambiente laboral (Araújo *et al.*, 2016).

Além dos já citados, outro modo de enfrentamento encontrado pelos entrevistados para driblar o sofrimento mental causado pelo fazer docente se pauta no estabelecimento de vínculos e formação de redes de apoio no ambiente de trabalho. A literatura reitera que o convívio com colegas é uma característica intrínseca do trabalho e um importante determinante para alcançar uma qualidade de vida no trabalho e formar um ambiente harmonioso entre os pares, visto que influencia diretamente no ambiente da micropolítica do processo de trabalho (Boas *et al.*, 2018).

Boas *et al.* (2018) afirmam que o exercício profissional deve proporcionar a criação de um ambiente colaborativo e que mantido por bons relacionamentos, onde os indivíduos atuam em uma ajuda mútua na superação de suas dificuldades no ambiente laboral. Ao contrário, a qualidade de vida no trabalho pode ser afetada em ocorrência de crises no relacionamento entre os pares, influenciando sobremaneira no processo de trabalho desse público.

O presente estudo também mostra que os depoentes pontuaram a organização de seu tempo de trabalho e o estabelecimento de prioridades como estratégias para enfrentar as dificuldades encontradas na docência. A organização do próprio processo de trabalho aliado à priorização das atividades que vai lhe causar maior satisfação, se dá pela autonomia que o docente encontra no ambiente acadêmico, aprimorando o seu trabalho e desenvolvimento pessoal da forma que considera melhor em dado momento (Boas *et al.*, 2018).

Salienta-se que a autonomia concerne ao processo de auto responsabilização pelo próprio trabalho. Essa autonomia dada ao indivíduo em seu ambiente laboral, o permite criar sua própria identidade e organizar o seu processo de trabalho atribuindo nele significados inerentes do seu próprio ser, reverberando em um processo de auto realização na organização do seu fazer docente (Boas *et al.*, 2018).

Como forma de contribuir com sua saúde mental no ambiente laboral, os docentes expuseram a necessidade de uma revisão dos métodos de avaliação do profissional e do ensino, pautando-os em ferramentas que não avaliam exclusivamente os dados quantificáveis, valorizando também a subjetividade do ensino e reconhecendo a prática docente. A literatura reitera que se faz necessário que haja a participação de toda a comunidade científica no processo de formulação dos critérios de avaliação dos profissionais, de modo a constituir um método claro e justo de avaliação do público docente (Vogel; Kobashi, 2015).

Apesar de a produção intelectual não se mostrar como forma exclusiva de avaliação, esse método ainda vigora como método medular no que tange os processos avaliativos de pós-graduação. Isso reverbera no agravo do produtivismo, trazendo consequências negativas ao campo acadêmico, ressoando na sobreposição da quantidade sobre a qualidade (Vogel; Kobashi, 2015). Assim, os docentes trazem a necessidade de haver mais diálogo visando o aperfeiçoamento dos processos de produção e avaliação no ambiente acadêmico, para que se possa haver a atribuição de métodos mais justos de avaliação do profissional docente, contribuindo sobremaneira para promoção da saúde mental deste público.

Os docentes também expuseram a necessidade de haver políticas institucionais advindas da gestão superior que abordem a questão da saúde mental do docente, de modo a atender a necessidades desse público. A literatura reitera que a questão da saúde mental do trabalhador em seu ambiente laboral é uma demanda urgente aos serviços que atuam com a saúde do trabalhador. Tal demanda se mostra na premência de proporcionar uma ampliação das intervenções, implementando estratégias que elucidem os fenômenos envolvidos no processo de sofrimento e adoecimento docente, de modo a identificar, reconhecer e agir perante o sofrimento mental desse público (Leão; Gomez, 2014).

Ademais, os participantes da presente investigação pontuaram a necessidade de readequações que estão sob a governança da micropolítica do processo de trabalho, os quais inferiram que ajudaria na proteção e promoção de sua saúde mental. No que se refere ao processo organizacional do fluxo de trabalho, se há maior cooperação e divisão

das demandas laborais, isso se firma como um modo de potencializar a saúde dos profissionais atuantes naquele local (Mendes, 2008 *apud* Tundis; Monteiro, 2018). Todavia, o aumento no número de demandas concomitante à diminuição do número de profissionais docentes sem que haja o preenchimento da lacuna deixada, faz com que tenha uma deficiência de recursos humanos para a realização das atividades exigidas, levando à sobrecarga dos professores que ali atuam (Tundis; Monteiro, 2018).

Os docentes pontuaram também a importância de uma relação harmoniosa no ambiente profissional, o que contribuiria sobremaneira para sua saúde mental, gerando satisfação e prazer em ir ao trabalho. A literatura reitera que é de extrema importância manter um ambiente laboral em que possa estimular a construção de relações empáticas, de modo a gerar maior satisfação no trabalho, além de promover aperfeiçoar a comunicação, produtividade acadêmica e qualidade de vida (Silva *et al.*, 2008 *apud* Santos *et al.*, 2018).

A presente investigação mostrou também o desejo dos docentes em que haja atividades de relaxamento entre os grupos de professores, de modo a atuar na proteção e promoção de sua saúde mental, além de diminuir o estresse e ansiedade gerados pelo ambiente acadêmico. No que tange a tais atividades de relaxamento, destaca-se a valorização das tecnologias leves atuando na promoção e proteção da saúde mental, por meio das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. As práticas integrativas e complementares atuam de maneira significativa atuando como promotora de saúde, a qual conduz o indivíduo a se ver como protagonista de sua própria saúde, despertando nele o interesse de manutenção e promoção da própria saúde (Lima; Silva; Tesser, 2014 *apud* Filho *et al.*, 2018).

Um exemplo é a prática de Yoga. Em um estudo realizado por (Fava *et al.*, 2019) mostrou que a prática do Yoga no ambiente de trabalho trouxe diversos benefícios relatados pelos participantes: benefícios para o corpo, como redução de dores e aumento da flexibilidade; benefícios para a mente, como a redução do estresse e provocação de sentimentos de calma e tranquilidade; diminuição do cansaço e aumento da disposição para realização das atividades; e interesse em manter-se assíduo em próximas sessões.

Pautado no estudo de Fava *et al.* (2019), é possível inferir que o uso de tais práticas gera grandes impactos positivos para a saúde, trazendo mais energia, saúde e bem-estar, se mostrando como uma possível estratégia de implementação nos ambientes universitários, visando proteger e promover a saúde mental do público docente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostrou que o ambiente universitário se mostra como um local de intenso prazer e sofrimento, podendo levar o docente tanto ao bem-estar e à obtenção de qualidade de vida, quanto ao sofrimento e adoecimento mental.

Os discursos mostraram que a saúde mental do docente é afetada pela sobrecarga de trabalho, pelas relações que estabelece entre os pares e pelo contexto macropolítico. Tais situações repercutem negativamente em sua vida pessoal e profissional, levando-o ao esgotamento físico e psíquico.

Destacou-se como meios de enfrentamento utilizados pelo docente para proteger sua saúde mental, a imposição de limites para as atividades da docência e entre a vida pessoal e profissional. O estabelecimento de vínculos com colegas de trabalho e o sentimento de prazer e satisfação com a docência também se mostraram promotores de saúde mental. Somado a isso depreende-se que a autonomia para fazerem a gestão do seu processo de trabalho, por um lado pode conduzi-los à sobrecarga e por outro pode lhes favorecer no enfrentamento dos desafios vivenciados na docência.

Como expectativas para a proteção e promoção de sua saúde mental, deram destaque para a reformulação dos métodos de avaliação do docente e para a valorização deste pelos órgãos de pesquisas e agências de fomento. Anseiam também por ações e políticas institucionais visando identificar, reconhecer e agir acerca da realidade de sofrimento e adoecimento mental entre a comunidade docente; além de reorganizações na micropolítica do processo de trabalho, incluindo a implementação de atividades de relaxamento para com os grupos de docentes em nível departamental.

Destarte, é importante destacar que o adoecimento mental do docente está posto, porém é invisibilizado pelas instituições de ensino, pelos colegas de trabalho e muitas vezes por ele mesmo. Por isso é importante pensar em estratégias de visibilizar e

atuar nesta dimensão, considerando os desdobramentos que o adoecimento mental do docente pode gerar, para si, seus colegas, educandos e para a educação como um todo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro concedido à pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. S. C. et al. Exploração e sofrimento mental de professores: um estudo na rede estadual de ensino do paraná. **Trab. educ. saúde**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1287–1300, 2018.

ARAÚJO, L. M. N. et al. Estresse no cotidiano universitário: estratégias de enfrentamento de docentes da saúde. **J. res.: fundam. care. online**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 2733–2739, 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edi es 70. 2016

BARROS, C. A. F. S.; GRADELA, A. Condi es de trabalho docente na rede pública de ensino: os principais fatores determinantes para o afastamento da atividade docente. **REVASF**. Petrolina, v. 7, n. 13, p. 75–87, 2017.

BOAS, A. A. V. et al. Fatores de qualidade de vida no trabalho dos docentes de institui es federais das regiões sudeste, centro-oeste e Distrito Federal. **Braz. J. of Develop.**. Curitiba, v. 4, n. 5, p. 2458–2482, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Aten o Básica: **Saúde mental**. Brasília, Distrito Federal, 2013.

CORTEZ, P. A. et al. A saúde docente no trabalho : apontamentos a partir da literatura recente Teachers health in the workplace : evidence from recent literature. **Cad. de Saúde Colet.**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 113–122, 2016.

COUTINHO, M. C.; MAGRO, M. L. P. D.; BUDDE, C. Entre o prazer e o sofrimento: um estudo sobre os sentidos do trabalho para professores universitários Maria. **Psicol. Teor. e Pr t.**. São Paulo, v. 13, n. 2, p. 154–167, 2011.

CRUZ, C. R. B. et al. Transtornos mentais como causa de absente simo entre servidores públicos em São Paulo Mental. **Rev. Psiq. Clín.**. São Paulo, v. 38, n. 6, p. 265–266, 2011.

LEÃO, L. H. C.; GOMEZ, C. M. The issue of mental health in occupational health surveillance. **Cienc. Saude Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4649–4658, 2014.

FAVA, M. C. et al. Percep es sobre uma prática de yoga: impactos no estresse diário e

na saúde do trabalhador. **Revista Aletheia**, v. 52, n. 1, p. 37–49, 2019.

FERENC, A. V. F.; BRANDÃO, A. C. P.; BRAÚNA, R.C. A. Condições de trabalho docente em uma universidade pública. **Revi. Eletrônica Pesquiseduca**. Santos, v. 7, n. 14, p. 358–384, 2015.

FILHO, J. A. D. S. et al. Assistência em Saúde Mental para além da Medicalização: Revisão Integrativa. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, v. 12, n. 42, p. 641–658, 2018.

LACERDA, A. Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corporemente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública. [**Dissertação de Mestrado**] Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 92p. 2002. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5089>>. Acesso em: 13 fev. 2025

LEITE, J. L. Publicar ou perecer: a esfinge do produtivismo acadêmico. **R. Katál.** Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 207–215, 2017.

MARINHO, F. P. et al. Relacionamento interpessoal de docentes de enfermagem: conflitos e desafios. **J. res.: fundam. care. online**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 4609–4615, 2016.

OLIVEIRA, A. S. D.; PEREIRA, M. S.; DE LIMA, L. M. Trabalho, produtivismo e adoecimento dos docentes nas universidades públicas brasileiras. **Psicol. Esc. Educ.**, v. 21, n. 3, p. 609–619, 2017.

PEREZ, K. V. Jornada de trabalho real e invisível: uma análise sobre o cotidiano de docentes em instituições de ensino superior. **IV Congresso Brasileiro de Estudos Organizacionais**, Porto Alegre, p. 21, 2016. Disponível em: <<https://anaiscbeo.emnuvens.com.br/cbeo/article/view/99>>. Acesso em: 13 fev. 2025.

RIBEIRO, I. K.S.; TEIXEIRA, G. S.; SILVEIRA, R. C. P. Percepções de docentes sobre os riscos ocupacionais no contexto de trabalho universitário. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**. Montes Claros, v. 6, n. 1, p. 45–58, 2017.

SANTOS, V. L. P. et al. Estudo da qualidade de vida no trabalho de professores do ensino superior. **Revista Intersaberes**, v. 11, n. 13, p. 187–197, 2018.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949–1961, 2011.

SILVA-JUNIOR, J. S.; FISCHER, F. M. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. **Revi Bras Epidemiol**, v. 18, n. 4, p. 735–744, 2015.

SILVA, L. M. S. et al. Relação entre a desvalorização profissional e o mal-estar docente. **RELACult - Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade**. Rio de Janeiro, v. 4, n. ed. especial, p. 1–10, 2018.

SOUZA, J. B. R.; BRASIL, M. A. J. S.; NAKADAKI, V. E. P. Desvalorização docente no contexto brasileiro: entre políticas e dilemas sociais. **Ensaio Pedagógico**. Sorocaba, v. 1, n. 2, p. 59–65, 2017.

SOUZA, K. R. et al. A nova organização do trabalho na universidade pública: consequências coletivas da precarização na saúde dos docentes. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3667–3676, 2017.

TUNDIS, A. G. O.; MONTEIRO, J. K. Ensino superior e adoecimento docente: um estudo em uma universidade pública. **Revista Psicologia da Educação**. São Paulo, v. 1, n. 46, p. 1–10, 2018.

VIVIAN, C. et al. Prazer e Sofrimento no Trabalho do Docente da Pós-Graduação: contribuições do referencial da Psicodinâmica do Trabalho. **Livro de Actas CIAIQ2019 vol.2**, v. 2, p. 237–242, 2011.

VOGEL, M. J. M.; KOBASHI, N. Y. **Avaliação da pós-graduação no Brasil: seus critérios**. In.: XVI Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação (XVI ENANCIB). **Anais...João Pessoa-PB: 2015. Disponível em:** <<http://200.20.0.78/repositorios/bitstream/handle/123456789/2767/3124-7024-1-PB.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 13 fev. 2025.

**CAPÍTULO 5 - PREDIÇÃO PARA DEPRESSÃO EM DOCENTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DE
MINAS GERAIS**
PREDICTION OF DEPRESSION IN TEACHERS AT A PUBLIC UNIVERSITY IN MINAS GERAIS

Ariadne Ribeiro Borges dos Santos ¹
Erica Toledo de Mendonça ²
Tiago Ricardo Moreira ³
Valéria Lopes de Miranda Rosa ⁴
João Vitor Andrade ⁵
Vanessa de Souza Amaral ⁶
Deíse Moura de Oliveira ⁷

¹ Enfermeira. Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: ariadneribeiro0696@gmail.com

² Enfermeira. Doutora em Ciência da Nutrição. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: erica.mendonca@ufv.br

³ Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: tiago.ricardo@ufv.br

³ Psicóloga. Mestranda em Ciências da Saúde na Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: valeria.rosa@ufv.br

⁵ Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem na Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais. Escola de Enfermagem. E-mail: jvma100@gmail.com

⁶ Enfermeira. Doutoranda em Ciência da Nutrição na Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Nutrição e Saúde. E-mail: amaralsvanessa@gmail.com

⁷ Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: deise.oliveira@ufv.br

RESUMO

Objetivo: este estudo tem como objetivo identificar a predição para depressão em docentes de uma universidade pública do interior de Minas Gerais, bem como sua associação com variáveis sociodemográficas e ocupacionais. **Métodos:** trata-se de um estudo transversal realizado com 180 docentes de uma universidade pública da Zona da Mata Mineira. O instrumento utilizado para avaliação da predição de depressão foi o Inventário de Depressão de Beck- BDI. As variáveis sociodemográficas utilizadas foram idade, sexo, cor e as variáveis ocupacionais foi centro de conhecimento, atuação na pós-graduação, ocupação em cargo administrativo. E para analisar o cuidado em saúde mental foi coletada a variável acompanhamento psicológico. Para a análise das associações entre variáveis foram empregados a Razão de Prevalência, Odds Ratio e Qui-Quadrado. O programa SPSS 10.1 foi utilizado nas análises. **Resultados:** a prevalência de depressão foi de 17,7 %, sendo maior em docentes de 29 a 39 anos, do sexo feminino, autodeclarados pretos, pardos e outros, da área de Ciências Humanas, não atuantes na pós-graduação, ocupantes de cargo administrativo e que realizam acompanhamento psicológico. Observou-se relação significativa na associação de depressão com acompanhamento psicológico com $p < 0,05$. Os sintomas de depressão mais prevalentes foram “mais cansado que o habitual” (96,87%), “não sente prazer nas atividades” (96,87%), “se culpa por suas falhas” (90,62%), “não desempenha um trabalho bom como antes” (90,62%) e “não consegue tomar decisões” (90,62%) se Desafios e Experiências no Cuidado e na Promoção da Saúde Coletiva

Thesis Editora Científica 2025

comparados àqueles que não possuem a depressão. Possuindo associação significativa entre acompanhamento psicológico e a maioria dos sintomas, entre o sintoma “perder o interesse por sexo” em relação a variável sexo com $p= 0,003$ e “se sentir punido”, “ideias de me matar” e “perda de apetite” com a variável centro de Ciências Humanas com $p < 0,05$. **Conclusão:** a prevalência de depressão foi alta entre os docentes, indicando a necessidade de um olhar para essa causa da saúde mental do trabalhador.

Palavras-chave: Saúde Mental. Docentes. Depressão. Universidade.

ABSTRACT

Objective: this study aims to identify the prediction for depression in faculty members of a public university in the interior of Minas Gerais, as well as its association with sociodemographic and occupational variables. **Methods:** this is a cross-sectional study conducted with 180 faculty members from a public university in the Zona da Mata region of Minas Gerais. The instrument used to assess the prediction of depression was the Beck Depression Inventory (BDI). The sociodemographic variables included age, sex, and race, while the occupational variables included knowledge area, involvement in graduate programs, and holding an administrative position. To analyze mental health care, the variable psychological follow-up was collected. Prevalence Ratio, Odds Ratio, and Chi-Square tests were used to analyze the associations between variables. The SPSS 10.1 software was used for statistical analyses. **Results:** the prevalence of depression was 17.7%, being higher among faculty aged 29 to 39 years, female, self-declared Black, Brown, or other racial groups, from the Humanities area, not involved in graduate programs, holding administrative positions, and undergoing psychological follow-up. A significant relationship was observed between depression and psychological follow-up ($p < 0.05$). The most prevalent depressive symptoms were "more tired than usual" (96.87%), "does not enjoy activities" (96.87%), "feels guilty for failures" (90.62%), "does not perform work as well as before" (90.62%), and "cannot make decisions" (90.62%) compared to those without depression. There was a significant association between psychological follow-up and most symptoms, as well as between the symptom "losing interest in sex" and sex ($p = 0.003$) and between "feeling punished," "suicidal thoughts," and "loss of appetite" and the Humanities knowledge area ($p < 0.05$). **Conclusion:** the prevalence of depression was high among faculty members, indicating the need for attention to this issue in workers' mental health.

Keywords: Mental Health. Teachers. Depression. University.

1. INTRODUÇÃO

A depressão é considerada um transtorno mental caracterizado por sintomas agrupados com alterações corpóreas e cognitivas que interferem diretamente na função do indivíduo, comumente diminuindo seu interesse, prazer em todas ou na maioria de suas atividades diárias¹. Os sintomas que podem acometer o indivíduo referente a esse transtorno são a presença do humor vazio, irritável e triste, sentimento de culpa ou

baixa autoestima, padrão de sono e alimentar prejudicados, sensação de cansaço e falta de concentração (American Psychiatric Association, 2014; World Health Organization, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, em nível global, a depressão teve aumento de 18,4 % entre 2005 e 2015. Calcula-se que existem no mundo 322 milhões de pessoas que sofrem deste transtorno e que aproximadamente metade deste quantitativo encontra-se na região do Pacífico Ocidental e do Sudeste Asiático. Sendo classificada como a maior colaboradora para a perda de saúde não fatal, correspondendo a 7,5 % da população (World Health Organization, 2017).

Os parâmetros mundiais reportam a depressão como mais comum entre mulheres (5,1%) do que homens (3,6%). A prevalência da doença varia de acordo com a localidade, a exemplo da região do Pacífico Ocidental, cuja prevalência é de 2,6% entre os homens e 4,2 % entre as mulheres, e na região africana com prevalência de 4,9 % entre homens e 5,9% entre as mulheres (World Health Organization, 2017).

De acordo com a OMS o Brasil, em 2017, alcançou o primeiro lugar da América Latina, abrangendo cerca de 17 milhões de pessoas com depressão, o equivalente a uma prevalência de 7% da população (Organização Pan-Americana da Saúde, 2018). Correlacionado a esse distúrbio, nas últimas três décadas o consumo de antidepressivos aumentou em todo o mundo. Estudo reportou que, entre funcionários públicos de seis municípios brasileiros, a prevalência do uso destes fármacos foi de 6,9% (Vicente et al., 2015), emergindo como uma questão que merece destaque no âmbito da vigilância em saúde do trabalhador e da trabalhadora. A ocorrência da depressão requer, de fato, que ações de vigilância sejam realizadas, haja vista que transtornos mentais – inclusive a depressão – podem ocasionar o suicídio (Rosa et al., 2016; World Health Organization, 2017) a consequência mais temida advinda deste agravo.

No que se refere à relação entre fatores psicossociais e repercussões no trabalho, a depressão pode se apresentar duradoura ou recorrente, prejudicando substancialmente a capacidade de um indivíduo, sofrendo limitações em suas atividades habituais e psicossociais (Silva et al., 2014; Silva; Carvalho, 2016). No Brasil, entre 2012 e 2016, evidenciou-se que 9 % de pessoas receberam auxílio-doença ou se aposentaram

devido a transtornos mentais, ocupando a terceira causa de concessão de auxílio-doença no país. No ano de 2014, no âmbito do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), 47,7 % dos afastamentos foram devidos a transtornos de humor, incluindo a depressão (Fernandes et al., 2019).

A prevalência de morbidade por depressão, têm se mantido alta e crescente, tornando indivíduos depressivos menos produtivos e com taxas mais altas de absenteísmo, o que tem um impacto negativo na economia de seu corpo social⁶. A literatura tem se atentado para esta questão no mundo do trabalho, no qual a docência se inscreve. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) considera a docência como uma das profissões que causam níveis mais elevados de estresse (Diehl; Marin, 2016), o que pode figurar como um fator de vulnerabilidade para depressão neste público.

No contexto universitário as evidências têm sido reveladoras dessa vulnerabilidade. O absenteísmo dos docentes universitários vem como consequência do desgaste físico e mental, sendo a depressão a maior causadora comprovada desse afastamento (Silva; Carvalho, 2016).

Estudo realizado no Brasil evidenciou que 52 % dos professores universitários de uma instituição pública afastaram do seu trabalho devido à depressão, sendo este afastamento relacionado à sobrecarga de trabalho, desvalorização profissional e condições de trabalho precárias (Batista et al., 2016).

Tal panorama é expresso pela cobrança institucional e pessoal do docente, sua exigência de qualificação, falta de motivação, exigência de produtividade, tarefas fora do ambiente de trabalho, reuniões, orientações acadêmicas, produção de artigos, livros e atividades adicionais, que se revelam como típicas no trabalho docente (Diehl; Marin, 2016; Silva; Carvalho, 2016) e que podem impactar sobremaneira a saúde mental desse público.

Com essas exigências e condições de trabalho o docente universitário prediz um perfil profissional que não é somente responsável por lecionar aulas, mas, sobretudo por desenvolver pesquisas, extensões e participar de espaços de gestão, o que gera uma sobrecarga física e emocional implicada no fazer docente (Santos et al., 2016).

Os desdobramentos dessa sobreposição de atividades recaem não somente sobre o próprio docente, quando acometido por depressão. Este, ao voltar-se para o sentido de ser professor/educador – o estudante – acaba por tornar a sua prática educativa prejudicada e desprovida de motivação, ocupando o trabalho um sentido mais relacionado à necessidade financeira. Tal fato contribui ainda mais para o seu adoecimento, deixando de ser algo prazeroso e realizado com satisfação (Batista et al., 2016; Silva; Carvalho, 2016).

Apesar de toda a problemática envolta ao docente universitário evidencia-se que este não tem sido alvo de estudos, especialmente considerando sua vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos psíquicos, incluindo a depressão. Diante do exposto, levantou-se o seguinte questionamento: qual a predição para depressão em docentes de uma universidade pública? Este estudo tem como objetivo identificar a predição para depressão em docentes de uma universidade pública do interior de Minas Gerais, bem como sua associação com variáveis sociodemográficas e ocupacionais.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, derivado de uma pesquisa maior intitulada “Saúde mental e à docência universitária: rastreamento e compreensão de psicopatologias em docentes de uma universidade pública”. A pesquisa foi desenvolvida em uma instituição de ensino superior pública localizada na Zona da Mata Mineira. Esta possui três campi, quatro centros de ciências, 47 cursos de graduação e 46 cursos de pós- graduação (stricto sensu) e cerca de 20 mil estudantes matriculados. Trata-se de uma universidade destaque em rankings educacionais, estando três vezes como as 100 melhores universidades de ensino superior do mundo (Universidade Federal de Viçosa, 2019).

A seleção dos participantes se deu por conveniência, considerando que o público- alvo desta investigação atua no cenário onde a equipe de pesquisadores trabalha/estuda. O convite foi enviado por e-mail entre os meses de dezembro de 2018 a abril de 2019. Como critérios de inclusão foram definidos: ser docente da universidade pública cenário do estudo, de ambos os sexos, e ser efetivo. Já como critérios de exclusão foram definidos aqueles em afastamento por quaisquer motivos, bem como

professores efetivos convidados, com alocação temporária na instituição cenário do estudo.

Os dados foram coletados via plataforma online de captação de dados, sendo essa construída utilizando a ferramenta “Google Forms”, onde cada docente recebeu em seu e-mail institucional cadastrado, o link para acesso a um questionário semiestruturado, com variáveis ocupacionais e sociodemográficas.

Foram coletadas as variáveis ocupacionais correspondentes à “área de concentração de conhecimento (ciências humanas, agrárias, exatas ou biológicas e saúde)”, “atuação na pós- graduação (sim ou não)” e “ocupação de cargo administrativo (sim ou não)”. As variáveis sociodemográficas foram referentes à “idade (em anos)”, “sexo (masculino/ feminino)”, “raça/cor (branco, preto, pardo e outro)”. E para analisar o cuidado em saúde mental foi coletada a variável “realiza acompanhamento psicológico (sim/ não)”.

A avaliação do desfecho de predição para depressão foi investigada através do Inventário de Depressão de Beck – BDI, uma escala desenvolvida e publicada por Beck e colaboradores, em 1961 na Filadélfia, que teve sua adaptação no Brasil em 2011, sendo mundialmente utilizada e traduzida em diversos idiomas para fins de predição para a depressão. O score utilizado como predição é composto por 21 itens que abarcam os componentes comportamentais, afetivos, somáticos e cognitivos da depressão (Terra, 2010; Gorenstein; Andrade, 2015; Argimon, et al., 2016).

Neste instrumento, para cada categoria de resposta no score é atribuída uma nota referente aos níveis de gravidade dos sintomas da depressão, sendo 0 (zero) a ausência de sintomas depressivos e 3 (três) a presença mais grave do sintoma depressivo. A pontuação mínima é de 0 pontos e a máxima de 63 pontos (Kendall et al., 1987).

Para a interpretação é considerado o somatório de pontos. Para fins de classificação para predição da depressão têm-se que valores de 0 a 15 denominam-se sem depressão; de 16 a 20 como depressão leve; de 21 a 29 como depressão moderada e acima de 30 pontos como depressão grave 16. Para os participantes que obtiverem

predição para a depressão de acordo com o resultado da escala, foi oferecido um serviço psicossocial institucional, conforme preceitos éticos da pesquisa.

Os dados foram tabulados, armazenados e processados pelo Microsoft Excel versão 2010, foram posteriormente transportados para análise no Statistical Package for the Social Sciences- SPSS. Inicialmente foi realizada uma análise descritiva, obtendo-se frequências para as variáveis qualitativas, razão de prevalência (RP) e odds ratio (OR) para analisar a associação de um desfecho com as variáveis de exposição, quando a prevalência e chances de doenças nos expostos excede a dos não expostos ($>1,0$), com margem de erro de 7%. Para as comparações das proporções foi aplicado o teste Qui-quadrado de Pearson com nível de significância adotado por 5%.

A pesquisa não contou com nenhum financiamento para sua realização. Respeitando os preceitos éticos e legais, foi solicitada aos participantes a assinatura online do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A presente pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da instituição cenário do estudo CAAE 91939318.7.0000.5153.

3. RESULTADOS

A pesquisa contou com um grupo total de 180 docentes, sendo a prevalência maior de participação, de docentes do sexo masculino (52,22%), com idade entre 29 a 39 anos (42,2%), cor branca (72,77%), pertencentes ao Centro de Ciências Biológicas-CCB (29,44%), atuantes na pós-graduação (56,66%), que não ocupam cargo administrativo (58,33%) e não realizam acompanhamento psicológico da sua saúde mental (78,88%).

A prevalência de predição para depressão foi de 17,7 % (n= 32), sendo o somatório da predição leve, moderada e grave. Realizando o recorte por graus de depressão, 53,12 % (n= 17) dos docentes apresentaram depressão leve, 40,62% (n= 13) depressão moderada e 6,25% (n= 2) depressão grave. Associação significativa perante o qui-quadrado foi observada somente na variável acompanhamento psicológico ($p<0,05$). Referente à associação de RP e OR com as variáveis segundo a prevalência e chance de predição para depressão ($>1,0$), foi maior no sexo feminino, de 40-59 anos, do CCH, ocupantes de cargo administrativo, atuantes na pós-graduação e que realizam

acompanhamento da saúde mental. A Tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis sociodemográficas e profissionais e sua relação com o desfecho predição para depressão.

Tabela 1 – Prevalência de predição da depressão de acordo com variáveis sociodemográficas e ocupacionais em docentes de uma universidade pública de Minas Gerais.

Variáveis sociodemográficas e ocupacionais	Docentes		Prevalência da Depressão		Razão de prevalência	Odies Ratio	Valor de p
	N	%	N	%	RP	OR	X ²
Sexo							
Masculino	94	52,22	12	12,76	1,82	2,070	0,080
Feminino	86	47,77	20	23,25			
Raça							
Branca	131	72,77	26	19,84			
Preto e outros	49	27,22	6	50,69	0,616	0,56	0,167
Idade							
29- 39	76	42,22	14	18,42	1,06	1,07	
40- 59	46	25,55	17	36,95	3,29	4,65	0,917
60 ou mais	58	32,22	01	1,72	0,066	0,091	
Centro							
CCB	53	29,44	10	18,86	1,03	1,10	
CCH	49	27,22	10	20,40	1,22	1,27	0,899
CCA	38	21,11	06	15,78	0,86	0,84	
CCE	40	22,22	06	15,0	0,81	0,77	
Cargo							
Administrativo	75	41,66	16	21,33	1,40	1,50	0,326
Sim	105	58,33	16	15,23			
Não							
Pós-Graduação							
Sim	102	56,66	14	13,72	1,67	1,33	0,118
Não	78	43,33	18	23,07			
Aco. Psicológico							
Sim	38	21,11	15	39,47	3,31	4,79	< 0,05
Não	142	78,88	17	11,97			

Fonte: Autoria própria.

O inventário BDI fornece além da prevalência, os principais sintomas de depressão. Na Tabela 2 são representados os principais sintomas observados no grupo estudado, sendo eles, “mais cansado que o habitual” (70 %), “irritação” (56,11 %), “me culpo por minhas falhas” (52,22%) e “perder o interesse pelas pessoas” (49,44%) como os mais prevalentes dentre os demais. Os sintomas mais prevalentes no grupo com predição para depressão foram “mais cansado que o habitual” (96,87%), “não sente prazer nas atividades” (96,87%), “me culpo por minhas falhas” (90,62%), “não desempenho um trabalho bom como antes” (90,62%) e “não consigo tomar decisões” (90,62%).

Tabela 2 – Prevalência dos sintomas mais frequentes de Depressão, de acordo com escala de BDI, em docentes de uma universidade pública em Minas Gerais.

	Sintomas de Depressão BDI		Predição para Depressão	
	N	%	N	%
Mais cansado que o habitual	126	70,0	31	96,87
Irritação	101	56,11	25	78,12
Culpo-me por minhas falhas	94	52,22	29	90,62
Perder o interesse pelas pessoas	89	49,44	27	84,37
Mudança no interesse por sexo	83	46,11	27	84,37
Não desempenho um bom trabalho como antes	83	46,11	29	90,62
Não sente prazer nas atividades	81	45,0	31	96,87
Não consigo tomar decisões	75	41,66	29	90,62
Desânimo	74	41,11	28	87,5
Não durmo bem	73	40,55	27	84,37
Preocupado com problemas físicos	69	38,33	25	78,12
Sinto- me com aparência ruim	67	37,22	27	84,37
Sente Tristeza	54	30,0	27	84,37
Sinto culpa	42	23,33	23	71,87
Sinto-me decepcionado	34	18,88	20	62,5
Choro mais que o habitual	33	18,33	22	68,75
Apetite diminuído	30	16,66	13	40,62
Estou sendo punido	27	15,0	13	40,62
Fracassado	20	11,11	16	50,0
Tenho ideia de me matar	14	7,77	10	31,25
Perdi peso	09	5,0	03	9,37

Fonte: Autoria própria.

Ao realizar a associação entre os sintomas e as variáveis, associações estatisticamente significantes foram observadas em “sentir tristeza”, “fracassado”, “não sentir prazer nas atividades”, “se sentir culpado”, “decepção”, “chorar mais que o habitual”, “perder o interesse pelas pessoas”, “me culpo por minhas falhas”, “irritação”, “ideias de me matar”, “dificuldade em tomar decisões”, “se sentir com a aparência ruim”, “perda de interesse por sexo”, “não consigo trabalhar tão bem quanto antes” com a variável acompanhamento psicológico (valor de $p < 0,05$).

Houve significância entre o sintoma “perder o interesse por sexo” em relação a variável sexo feminino com $p = 0,003$ e “se sentir punido”, “ideias de me matar” e “perda de apetite” com a variável área de conhecimento de Ciências Humanas com $p < 0,05$.

4. DISCUSSÃO

São escassas as pesquisas acerca da temática depressão com docentes inscritos em universidades públicas. Em um estudo que buscou os riscos ocupacionais psicossociais em professores universitários situada no interior de São Paulo, encontrou uma prevalência da depressão de 7,4 % (Caran et al., 2011). Outro estudo documental do setor de perícia médica com docentes universitários evidenciou uma prevalência de 52% de depressão entre os investigados (Batista et al., 2016). Uma pesquisa com intuito de conhecer as condições de trabalho, saúde e voz de docentes universitários encontrou prevalência de 14,3 % com depressão (Servilha; Pereira, 2008), e em outra que buscou investigar o processo de saúde- adoecimento de docentes encontrou uma prevalência próxima ao último com 16,8% (Lima; Filho, 2009). Por fim, outro estudo que buscou identificar o adoecimento e sofrimento de docentes por busca de livros de licença médica e junta médica de distintas universidades, obteve 28,08% de prevalência para depressão (Silva, 2015). Embora a literatura demonstre prevalências amplas, alguns estudos apresentam prevalências próximas ao encontrado em nosso estudo, demonstrando uma consonância com a literatura.

No que se refere à classe docente, um estudo que avaliou a taxa do absenteísmo de uma instituição pública no Ceará, obteve que a incidência de depressão entre professores está associada ao esgotamento profissional (Bastos et al., 2018). Outro estudo que realizou um levantamento bibliográfico acerca dos principais transtornos mentais que acometem a classe docente encontrou uma prevalência de depressão de 16,8%, alertando para indícios de comprometimento da saúde mental desses indivíduos. O autor chama a atenção para o fato de as intuições e os próprios docentes não buscarem estratégias de enfrentamento da patologia, mesmo quando estes já cometeram o absenteísmo, o que pode colaborar mais ainda esse adoecimento (Fiusa, 2013). Aliando esta observação aos dados encontrados em nossa pesquisa podemos notar um número reduzido de docentes que realizam acompanhamento psicológico, demonstrando a negligência do autocuidado pessoal e institucional com a saúde mental no meio ocupacional.

O estudo de Silva e Carvalho (2016) explica que a depressão no público docente pode ser causada por políticas educacionais falhas que contribuem para desvalorização profissional e outros fatores como a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho a que são impostos como falta de recursos pedagógicos e materiais, a competitividade no trabalho, cobranças de pesquisas ao mesmo tempo em que ele deve atuar no ensino, baixo reconhecimento profissional, falta de serviços de apoio com resolutividade referente a questões profissionais e pessoais.

Na perspectiva de gênero, em nosso estudo observou que docentes do sexo feminino possuem maior prevalência e chances da doença (23,25%, RP= 1,82 OR= 2,07) quando comparado ao grupo de docentes do sexo masculino. Alguns estudos trazem que a depressão no sexo feminino, pode ser justificada por apresentarem períodos em que ela possa se intensificar ou apresentar as alterações hormonais, como em períodos da gestação, pré-menstruais, puerpério e climatério, relacionando também esse distúrbio à sobrecarga de responsabilidades e tarefas envolvendo o trabalho e os afazeres domiciliares, filhos, perfazendo a dupla jornada de trabalho (Rosa; Campos, 2012; Feitosa; Bohry; Machado, 2011).

Uma pesquisa realizada utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Brasil sobre autorrelatos da depressão, não especificando área trabalhista, encontrou que 10,9% foram de mulheres sendo justificado pela maior percepção delas para sua saúde e maior procura dos serviços (Stopa et al., 2015). Outro estudo ao abordar 1021 professores do ensino público do Paraná, encontrando 44,04% de depressão entre esses professores, sendo ela maior nas mulheres do que nos homens (20%) (Tostes et al., 2018), indo de encontro aos resultados encontrados em nosso estudo.

Ainda em nosso estudo, em relação ao gênero feminino, houve significância entre a variável sexo feminino e o sintoma “perder interesse por sexo”, demonstrando que docentes mulheres perdem mais libido do que os docentes homens. A literatura traz que nas mulheres depressivas, pode haver sintomas de baixo desejo, podendo ele ser prejudicado por dificuldades emocionais. Às vezes pelo seu conhecimento de que possui alguma perda do desejo sexual, ela pode se sentir retraída, e para enfrentar a situação, ela se abstém do sexo (Curti, 2010).

Não foi encontrado nesse estudo associação estatisticamente significativa entre a variável raça/cor e depressão. Porém, um estudo que avaliou 14 artigos a fim de correlacionar a raça/ cor da pele com transtorno mental no Brasil (Smolen; Araújo, 2017), obteve resultados semelhantes ao encontrado nessa pesquisa, com uma prevalência maior da depressão em morena (12%), mulata (15,7%), e preta 11,2% em comparação com os brancos que foram 9,4%. Outra revisão obteve maior prevalência da depressão em mulheres negras com 52,8 % comparada a mulheres brancas (42,3%), e outro estudo encontrou uma prevalência maior nos afros brasileiros, com 46,5% e nos multirraciais com 45,7%, comparando com os brancos com prevalência de 37,8%. Estes dados nos fazem refletir sobre como o determinante social de saúde raça/cor está intimamente ligada às questões de saúde mental e ocupacional.

Em relação a variável idade, nosso estudo demonstrou que a predição para depressão é maior nos docentes que possuem de 40 a 59 anos ($P=36,95\%$, $RP= 3,29$), possuindo 4,65 vezes mais chances de desenvolvê-la se comparada aos outras faixas etárias. Em um estudo documental desenvolvido no setor de perícia médica da instituição pública de João Pessoa, com docentes universitários, apresentou maior

frequência entre docentes na faixa etária de 40 e 49 anos com 48,48%, indo de encontro ao evidenciado em nossa pesquisa. A maior prevalência nessa faixa etária pode ser devido ao fato, que nessa fase o professor do ensino superior alcança uma maior maturidade no trabalho e, conseqüentemente, aumenta a sua demanda com relação às responsabilidades e aos compromissos, principalmente no que se refere a fatores relacionados à produção e ao desenvolvimento de projetos de pesquisa. Além disso, advém do contexto do trabalho que o docente está inserido como a sobrecarga, multi tarefas, cobranças, ampliação de pesquisas, prazos curtos, impecilhos no quesito financeiro de pesquisas, passando a não existir o sentido do trabalho (Batista et al., 2016).

Em relação à área de conhecimento, no Centro de Ciências Humanas foi encontrada a maior prevalência (P=20,40%, RP=1,22), possuindo 1,27 de chance maior de desenvolver a patologia se comparada aos outros centros. Em um estudo realizado com docentes de onze universidades particulares de São Paulo, obteve uma maior prevalência da depressão (92,9%), desses 45% pertenciam ao Centro de Ciências Humanas, se assemelhando ao nosso estudo (Inocente et al., 2007). Nesse estudo também encontrou significância referente aos docentes do centro de conhecimento de Ciências Humanas com os sintomas “se sentem punidos”, “tem mais ideias de se matar” e “perda de apetite” em relação aos docentes dos outros centros. A literatura não traz evidências que apontem ou justifiquem explicações para tal ocorrido, sendo evidenciada uma lacuna literária que posteriormente pode ser aprofundada.

Uma pesquisa bibliográfica que realizou uma análise da organização do trabalho dos docentes universitários relacionado com a sua saúde expõe que a atual configuração do trabalho nas universidades possui algumas características, uma delas é a concorrência entre os departamentos e centros, por recursos e poder de influência, predominando a individualidade sobre a coletividade, podendo trazer sentimentos e prejuízos psicossociais (Souza et al., 2017). Cassandre (2011) evidencia os impactos na saúde psicossocial em docentes que atuam na pós- graduação stricto- sensu, traz que docentes do Centro de Ciências Humanas possuem maior insatisfação com seu desempenho no trabalho, não se sentem apoiados, tem menos prazer em trabalhar,

possuem maiores problemas físicos e de insônia, e fazem mais uso de medicações para manter sua qualidade de vida que docentes de outras áreas de conhecimento.

Em relação a variável ser docente na pós-graduação, evidenciou-se que docentes que não lecionam na pós-graduação possuem maior prevalência ($P=23,07\%$, $RP=1,67$) e 1,33 vezes de chances de ter a depressão se comparada a aqueles que lecionam. Em contraponto ao encontrado nesse estudo, a literatura aponta que docentes ligados à pós-graduação sofrem quanto à exigência do aumento da produção científica, com cobranças de publicação de artigos, sendo submetidos a um ritmo intenso de produção acadêmica, sob o risco de serem excluídos do quadro de docentes permanentes das suas instituições. Com a alta exigência de eficiência os docentes da pós-graduação tem sentimentos de estresse, podendo levar a insônia e depressão, gerando maiores impactos na saúde (Cassandre, 2011; Souza et al., 2017).

Ainda como resultado, houve significância entre o sintoma “se sentir culpada” e a variável pós-graduação demonstraram que os docentes que não estão na pós-graduação se sente mais culpados do que aqueles que estão na pós-graduação. A este despeito não foram encontrados estudos na literatura que correlacionasse o sentimento de culpa e a pós-graduação, no entanto infere-se que a cobrança implicada neste contexto pode gerar no docente uma sensação de que não dá conta de cumprir o que está posto pelos programas, o que pode desdobrar em culpa por não responder ao que este contexto lhe impõe.

Em nossa pesquisa obtive que docentes ligados a cargo administrativo possuem maior predição para depressão ($P=21,33\%$, $RP=1,40$) e 1,50 vezes de chances maior de desenvolvê-la se comparado àqueles que não possuem esse cargo. Não foram encontrados na literatura, trabalhos que abordam esta temática, mas podemos ressaltar que docentes que ocupam cargo administrativo, ao mesmo tempo atuam no ensino, pesquisa e extensão, havendo uma intensificação e sobrecarga de seu trabalho. Um estudo exemplifica que na atualidade das instituições de ensino tem-se que os docentes são as pessoas que devem ocupar não apenas cargo de reitoria, mas também o de pró-reitoria e direções acadêmicas, sendo melhor do que os servidores técnicos-administrativos para ocuparem esses cargos. Sendo às vezes o docente, mal preparado,

não havendo competência técnica para desempenho da função, acarretando prejuízos psicológicos, além do aumento de volume de trabalho (Silva, 2015). Consoante, uma pesquisa, que fez a avaliação e análise da situação do trabalho docente no Brasil, abordou que com o aumento do número dos discentes nas universidades federais sem a necessária ampliação das vagas dos docentes para suprir esta demanda, caracterizou uma intensificação do trabalho docente, ou seja, quem possui cargo administrativo sente sobrecarregado, podendo levar o adoecimento mental, como a depressão (Lima et al., 2011).

Referente ao acompanhamento psicológico, nessa pesquisa, docentes que fazem acompanhamento psicológico possuem maior predição para depressão ($P=39,47\%$, $RP=3,31$) e 4,79 de chances maiores de possuí-la do que aqueles em que não realizam tal acompanhamento. Podemos observar algo já esperado em que docentes que possuem depressão fazem acompanhamento psicológico, mas por outro lado vemos algo preocupante, que evidencia a negligência quanto à saúde mental, quando prevalências altas são obtidas em docentes que possui a predição para depressão, mas não realizam nenhum acompanhamento psicológico. Outro ponto a se levantar é o fato de docentes que são autodeclarados pardos, pretos e outros, mesmo possuindo ou não predição para depressão, não realizam acompanhamento psicológico quando comparado aos brancos, levantando a questão racial de desigualdade e determinantes sociais da saúde. Smolen (2017) diz que não há relação biológica entre cor e saúde mental, havendo necessidade de estudos que comprovem os fatores de risco e determinantes para esse desfecho.

Em relação às variáveis estatisticamente significantes com os sintomas, observou-se que os docentes que fazem o acompanhamento psicológico possuem mais tristeza, irritação, ideias de tirar a própria vida, sentimentos de fracasso, culpa, decepção, não sentem prazer nas atividades, choram mais, tem dificuldades em tomar decisões, se sentem com aparência ruim, possuem mais perda da libido e não conseguem trabalhar tão bem do que aqueles que não realizam tal acompanhamento. Uma pesquisa desenvolvida com docentes universitários de Campo Grande mostrou que apenas 3,1% se consultavam com psiquiatra, 4,2% visitava o psicanalista e 6,8%

fazia o acompanhamento com psicólogo, mostrando que esse valor é baixo devido ao professor não ter consciência que pode desenvolver problemas mentais durante a sua atividade profissional, e as condições a que são expostos dentro da universidade não provoca sua reflexão perante a si, suas angústias e saúde (Lima; Filho, 2009).

Inocente²⁹ traz em seu estudo que 65% dos docentes, não realizavam nenhum acompanhamento psicológico, havendo dissonância ao encontrado em nosso estudo, que a prevalência maior foi em docentes que realizam o acompanhamento psicológico. Outro estudo realizado entre outubro de 2009 a março de 2010 com 96 docentes, com objetivo de discutir a intensificação do trabalho e sua consequência nos modos de vida e saúde na universidade, encontrou que 81,3 % procuraram acompanhamento psicológico nos últimos dois anos (Borsoi, 2012), sendo de valor mais alto ao encontrado nesse presente estudo.

Referente à prevalência dos sintomas de depressão, demonstrou-se em nosso estudo que docentes com depressão se sentem “mais cansado que o habitual” (96,87%), “não sente prazer nas atividades” (96,87%), “se culpa por suas falhas” (90,62%), “não desempenha um trabalho bom como antes” (90,62%) e “não consegue tomar decisões” (90,62%) se comparados àqueles que não possuem a depressão. E no grupo geral, nesse estudo obteve que os docentes se sentem “mais cansado que o habitual” (70%), “irritação” (56,11%), “se culpam por suas falhas” (52,22%) e “perdem o interesse pelas pessoas” (49,44%).

Corroborando para os sintomas mais prevalentes, uma tese realizada em duas universidades, na cidade de Alfenas, uma pública e outra privada, avaliaram a ansiedade, autoestima e depressão em docentes de Enfermagem, sendo a última por meio da escala BDI (Terra, 2010). Neste estudo, em relação aos sintomas da escala de BDI, os mais prevalentes nos docentes de forma geral, com nível de significância, foram da instituição privada, sendo a “irritabilidade” com 62,5 %, “perda do interesse pelas pessoas” com 46,9 % e “perda de apetite” com 31,3%.

Dois dos sintomas mais prevalentes nessa pesquisa, também foram os mais prevalentes em nosso estudo, sendo a “irritação” (62,5%) e “me culpo por minhas falhas” (65,7%), sendo as prevalências encontradas mais elevadas se comparados ao

nosso estudo. Ainda, neste estudo é discutido que a irritabilidade acomete os docentes devido à ocupação de seu tempo vago com atividades extras do trabalho, insatisfação com essas atividades, intensificação dessas nos finais de ano letivo, número excessivo de alunos por turno, e por se sentirem responsáveis pela formação ética e moral de seus discentes. Não desempenhar um bom trabalho é enfatizado no estudo devido à acomodação do docente relacionado com o tempo desempenhado pela profissão, em que docentes próximos à aposentadoria não opta por aperfeiçoamento profissional. O sentimento de culpa é expresso pela incapacidade percebida pelo docente para melhorar a educação. E o fato de não sentir prazer nas atividades se deve ao fato da contaminação do seu tempo extra com o trabalho, não havendo uma satisfação para realizá-las (Terra, 2010).

Como limitação do estudo enfatiza-se o processo de seleção da amostra (de conveniência), que pode ter selecionado docentes que, de algum modo, tem alguma implicação com a temática, inclusive experiencial, gerando tendências no processo das análises e das prevalências obtidas na presente investigação. Adiciona também o fato da escala do estudo ser pontual e grande parte do período da coleta ter sido realizado nas férias do docente, apesar de ter mostrado resultados bem prevalentes.

5. CONCLUSÃO

A prevalência de predição para a depressão apresentou-se expressiva nos docentes do ensino público superior, participantes desta investigação. Sendo o acompanhamento psicológico estatisticamente significativo, demonstrando que nesse estudo, os docentes que fazem acompanhamento psicológico possuem a predição para a doença. Tal achado está atrelado a dificuldades no trabalho, absenteísmo e dificuldades de enfrentamento e apoio institucional, afetando a sua vida no contexto pessoal e ocupacional.

Estes achados sinalizam aspectos importantes que merecem ser refletidos no âmbito institucional das universidades públicas, considerando que os fatores preditivos para a depressão se ancoram no processo de trabalho docente. Primeiramente, cabe ao docente identificar os elementos preditivos para a depressão (devolutiva conferida no presente estudo), a fim de que, consciente, busque caminhos para se cuidar.

A presente investigação deve também suscitar nos gestores (reitores/pró-reitores) das Instituições de Ensino Superior políticas institucionais que atuem na vigilância desses aspectos, antevendo e intervindo sobre o adoecimento mental do docente, de modo a evitar que desdobramentos como absenteísmo/afastamento do trabalho se tornem desfechos comuns neste público. Neste sentido, sugere-se que iniciativas como a criação de espaços institucionais para dialogar sobre a saúde mental no contexto universitário e para práticas de promoção à saúde mental do trabalhador (como yoga, mindfulness, práticas de relaxamento, entre outros) sejam incorporadas como políticas institucionais.

A depressão, apesar de ser uma temática atual e recorrente nos cenários de atenção à saúde, é invisibilizada na educação superior, marcada pela mercantilização e produtivismo acadêmico, os quais têm contribuído sobremaneira para o adoecimento do docente. Desse modo, o presente estudo colabora para a visibilidade para a problemática desse grupo que é muito pouco discutida na literatura, podendo fomentar novas discussões e intervenções em nível pessoal e institucional.

Sugere-se o incremento de investigações quantitativas e qualitativas com enfoque nesta temática, haja vista ser um problema presente e ainda velado entre docentes inscritos no ensino superior.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro concedido à pesquisa.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 5-948.

ARGIMON, I. I. L. et al. Aplicabilidade do Inventário de Depressão de Beck-II em idosos: uma revisão sistemática. **Avaliação Psicológica**, v. 15, n. esp, p. 11-17, 2016.

BASTOS, M. L. A. et al. Afastamentos do trabalho por transtornos mentais: um estudo de caso com servidores públicos em uma instituição de ensino no Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 1, p. 53-59, 2018.

- BATISTA, J. B. V. et al. Transtornos mentais em professores universitários: estudo em um serviço de perícia médica. **Journal of Research: Fundamental Care**, v. 8, n. 2, p. 4538-4548, 2016.
- BORSOI, L. C. F. Trabalho e produtividade: saúde e modo de vida de docentes de instituições públicas de Ensino Superior. **Cadernos de Psicologia Social e do Trabalho**, v. 15, n. 1, p. 81-100, 2012.
- CARAN, V. C. S. et al. Riscos ocupacionais psicossociais e sua repercussão na saúde de docentes universitários. **Revista Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 255-261, 2011.
- CASSANDRE, M. P. Saúde dos docentes dos cursos de stricto-sensu: os danos causados por imposições do processo avaliativo. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, v. 11, n. 2, p. 779-816, 2011.
- CURTI, P. A. **Disfunção sexual - inibição do desejo sexual feminino e sintomas depressivos**. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Católica Dom Bosco, Mato Grosso do Sul, 2010.
- DIEHL, L.; MARIN, A. H. Adoecimento mental em professores brasileiros: revisão sistemática da literatura. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 7, n. 2, p. 64-85, 2016.
- FEITOSA, M. P.; BOHRY, S.; MACHADO, E. R. Depressão: família, e seu papel no tratamento do paciente. **Revista de Psicologia**, v. 14, n. 21, p. 127-144, 2011.
- FERNANDES, M. A. et al. Benefícios previdenciários por transtornos mentais e comportamentais em trabalhadores do Piauí em 2014. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 17, n. 1, p. 99-105, 2019.
- FIUSA, D. R. D. **O trabalho docente e os transtornos mentais**. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia em Saúde e Processos Psicossociais) - Universidade Federal de Rondônia, Rondônia, 2013.
- GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. **Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português**. Instituto de Psiquiatria, 2015.
- INOCENTE, N. J. et al. Organizações Universitárias: Avaliação da Depressão em Professores Universitários. In: **XXXI ENCONTRO DA ANPAD**, 2007, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: ANPAD, 2007.
- KENDALL, P. C. et al. Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. **Cognitive Therapy and Research**, USA, v. 11, p. 289-299, 1987.
- LIMA, K. et al. Trabalho docente e do técnico-administrativo na expansão da educação superior brasileira. In: **V JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS**, 2011, São Luís. Anais... São Luís: Campus Universitário de São Luís, 2011.

LIMA, M. F. E. M.; FILHO, D. O. L. Condições de trabalho e saúde do/a professor/a universitário/a. **Ciências & Cognição**, v. 14, n. 3, p. 62-82, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Organização Mundial da Saúde – saúde mental**, 2018. [Internet]. Depressão. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095. Acesso 10 de fev. 2025.

ROSA, L. C. S.; CAMPOS, R. T. O. Etnia e gênero como variáveis sombra na saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 648-656, 2012.

ROSA, N. M. et al. Tentativa de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, n. 3, p. 231-8, 2016.

SANTOS, D. A. S. et al. Docente no contexto de mercantilização do ensino superior. **Revista Docência no Ensino Superior**, v. 6, n. 1, p. 159-186, 2016.

SERVILHA, E. A. M.; PEREIRA, P. M. Condições de trabalho, saúde e voz em professores universitários. **Revista Ciências Médicas**, v. 17, n. 1, p. 21-31, 2008.

SILVA, M. G. Gestão e trabalho nas instituições públicas de ensino. **Revista Posição**, v. 2, n. 6, p. 16-22, 2015.

SILVA, M. T. et al. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 36, n. 3, p. 262-270, 2014.

SILVA, T. R.; CARVALHO, E. A. Depressão em professores universitários: uma revisão da literatura brasileira. **Revista-Uningá**, v. 28, n. 1, p. 133-117, 2016.

SMOLEN, J. R.; ARAÚJO, E. M. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 4021-4030, 2017.

SOUZA, K. R. et al. A nova organização do trabalho na universidade pública: consequências coletivas da precarização na saúde dos docentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3667-3676, 2017.

STOPA, S. R. et al. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 2, p. 170-180, 2015.

TERRA, F. S. **Avaliação da ansiedade, depressão e autoestima em docentes de Enfermagem de universidade pública e privada**. 2010. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2010.

TOSTES, M. V. et al. Sofrimento mental de professores do ensino público. **Saúde em Debate**, v. 2, n. 20, p. 58-64, 2018.

Desafios e Experiências no Cuidado e na Promoção da Saúde Coletiva
Thesis Editora Científica 2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA. **Apresentação**. [Internet], 2019. Disponível em: <https://www.ufv.br/apresentacao/>. Acesso 10 de fev. 2025.

VICENTE, A. R. T. et al. Antidepressant use and associated factors among the elderly: the Bambuí Project. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3797-3804, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. Geneva: WHO, 2017. p. 6-15.

**CAPÍTULO 6 - EXPERIÊNCIAS E NECESSIDADES DE CUIDADO DA PESSOA COM CÂNCER:
ABORDAGEM COMPREENSIVA
EXPERIENCES AND CARE NEEDS OF PEOPLE WITH CANCER: A COMPREHENSIVE APPROACH**

Milleny Tosatti Aleixo¹
Deíse Moura de Oliveira²
Erica Toledo de Mendonça³
João Vitor Andrade⁴
Vanessa de Souza Amaral⁵
Tiago Ricardo Moreira⁶

¹ Enfermeira. Mestra em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: milleny.aleixo@ufv.br

² Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: deise.oliveira@ufv.br

³ Enfermeira. Doutora em Ciência da Nutrição. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: erica.mendonca@ufv.br

⁴ Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem na Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais. Escola de Enfermagem. E-mail: jvma100@gmail.com

⁵ Enfermeira. Doutoranda em Ciência da Nutrição na Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Nutrição e Saúde. E-mail: amaralsvanessa@gmail.com

⁶ Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: tiago.ricardo@ufv.br

RESUMO

Objetivo: compreender as experiências e necessidades de cuidado vivenciadas por pessoas que estão em tratamento oncológico. **Métodos:** pesquisa qualitativa, desenvolvida com 15 pessoas de ambos os sexos com câncer, em tratamento oncológico. Os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevista com questões abertas e analisados a partir da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** emergiram neste estudo as seguintes categorias temáticas: O cuidado concebido a partir da experiência; experiências de cuidado vivenciadas pela pessoa com câncer e necessidades de cuidado da pessoa em tratamento oncológico. **Considerações Finais:** espera-se que este estudo contribua para o desenvolvimento de ações que auxiliem pacientes oncológicos e familiares no enfrentamento da doença, bem como norteie o cuidado ofertado pelos profissionais de saúde a esses pacientes.

Palavras-chave: Neoplasias. Assistência Centrada no Paciente. Pesquisa Qualitativa. Humanização da Assistência. Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to understand the experiences and care needs of people undergoing cancer treatment. **Methods:** qualitative research carried out with 15 people of both sexes with cancer, undergoing cancer treatment. The data was collected using an interview script with open questions and analyzed using Bardin's Content Analysis technique. **Results:** The following thematic categories emerged in this study: Care conceived from

experience; care experiences lived by the person with cancer and care needs of the person undergoing cancer treatment. **Final Considerations:** it is hoped that this study will contribute to the development of actions that help cancer patients and their families cope with the disease, as well as guiding the care offered by health professionals to these patients.

Keywords: Neoplasms. Patient-centered care. Qualitative research. Humanization of Care. Nursing.

1. INTRODUÇÃO

O tumor maligno, neoplasia maligna ou câncer compreende um conjunto de mais de cem patologias que, em comum, caracterizam-se pelo crescimento desorganizado de células. Estas adentram tecidos e órgãos, havendo a possibilidade de que se disseminem para outras regiões do corpo (metástase) (Brasil, 2013; Andrade et al., 2022a; Andrade et al., 2023).

O câncer configura-se como sério problema de saúde pública, tendo em vista sua alta prevalência, incidência crescente e o forte impacto que provoca em toda a sociedade. Além disso, sua repercussão coletiva na saúde da população e, de forma particular, na vida do indivíduo, reforçam a importância que possuem no cenário de saúde global (Andrade et al., 2020; Lins et al., 2021; Andrade et al., 2022a).

Nas pessoas e famílias acometidas pelo câncer, ele manifesta-se de maneira multidimensional, comprometendo seu bem-estar físico, social, mental e espiritual (Andrade et al., 2022b). Nesse contexto, a dor biológica associa-se à dor da angústia, ao medo e a sentimentos de luto e de apreensão diante da doença e do tratamento necessário (Belhiane; Matos; Camargos, 2014; Ramos et al., 2022).

Durante a evolução das neoplasias malignas, diferentes cuidados são demandados pelos pacientes e familiares. Seja qual for o cenário de demandas multidimensionais vivenciado pelas pessoas com câncer, é imprescindível que todos os agentes do cuidado estejam abertos a entender o paciente e a compreender suas expectativas, para que a atenção oferecida esteja de acordo com suas reais necessidades (Andrade et al., 2022a; Lins et al., 2022; Lins et al., 2024).

Para os profissionais, esse exercício exige conhecimento, sensibilidade, e proporciona práticas em saúde diferenciadas, especialmente pelo caráter de humanização que passam a distingui-las (Carmo et al., 2021; Andrade et al., 2022c).

Desafios e Experiências no Cuidado e na Promoção da Saúde Coletiva
Thesis Editora Científica 2025

Tendo em vista a proximidade que a equipe de Enfermagem possui com o paciente e sua família, a atuação dela é essencial. Porém, para que os enfermeiros sejam realmente agentes de um cuidado efetivo, é preciso que a pessoa com câncer seja escutada, se expresse, e oriente a assistência, visto ser ela a melhor porta-voz do cuidado de que necessita (Wakiutchi; Sales, 2015; Carmo et al., 2021; Andrade et al., 2022c).

Considerando a particularidade na experiência do cuidado, evoca-se a necessidade de que ele seja objeto de investigações científicas, ampliando a capacidade dos profissionais de saúde e demais cuidadores atuarem junto a essa clientela. Espera-se que os achados da presente investigação ofereçam aos familiares, cuidadores e profissionais de saúde, em especial da Enfermagem, uma direção acerca da melhor assistência a ser prestada à referida clientela.

Dado o exposto, o presente estudo teve como objetivo compreender as experiências e necessidades de cuidado vivenciadas por pessoas em tratamento oncológico.

2. MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, realizada em um município situado na Zona da Mata do estado de Minas Gerais.

Neste estudo, foram incluídas pessoas de ambos os sexos, acima de 18 anos, com câncer que, no momento da coleta de dados, estavam realizando tratamento oncológico e que estavam sendo acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) do município estudado. Foram excluídas as pessoas que, não atendendo aos critérios de inclusão no estudo, não conseguiram responder às questões da pesquisa, fosse por razões de ordem física e/ou psíquica.

Para captação dos entrevistados, foram realizadas inicialmente ligações telefônicas aos enfermeiros das 18 Estratégias de Saúde da Família (ESF's). Solicitou-se que esses profissionais indicassem pessoas que se encontravam em tratamento oncológico para que fosse tentado acesso aos indivíduos mencionados. Devido à dificuldade de criação de vínculo via telefone e o desconhecimento dos enfermeiros sobre os pacientes oncológicos assistidos pelas ESF's, essa estratégia apresentou êxito em apenas uma das ESF's, possibilitando a realização de uma entrevista.

Considerando os critérios de inclusão supracitados e os fatores dificultadores de acesso por meio da APS, os pesquisadores optaram por captar os pacientes também pelo Centro Oncológico do município, permanecendo no setor por duas semanas, sendo os possíveis participantes abordados quando compareciam à instituição para realização de consultas ou tratamento quimioterápico. Tal estratégia resultou em três entrevistas que foram realizadas neste setor.

Posteriormente, os enfermeiros das 18 unidades foram contactados através de ligações telefônicas com a finalidade de agendamento de visitas durante as reuniões de equipe ou de acordo com a disponibilidade dos profissionais para apresentação da pesquisa. Nessas ocasiões, buscou-se, em especial, a colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que intermediaram o encontro entre os investigadores e novos possíveis participantes, e auxiliaram no agendamento e acompanhamento das visitas aos domicílios deles.

Cabe ressaltar que o contato com as Unidades Básicas de Saúde (UBS's) nos dois momentos em que foram acessadas realizou-se por meio de um sorteio, para o estabelecimento de uma ordem de visitação das equipes, visando a aleatoriedade na captação dos entrevistados. Com relação ao centro oncológico, a aleatoriedade também foi assegurada, pois os entrevistadores não possuíam acesso à agenda das consultas na instituição.

A coleta foi realizada apenas entre o paciente e os investigadores, garantindo a privacidade dos participantes. A concordância em participar da pesquisa foi manifestada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi previamente lido por ou para eles. Para garantir o anonimato dos entrevistados, estes foram identificados pela inicial "E", seguida pelo número correspondente à ordem de realização das entrevistas.

A coleta de dados se deu nos meses de maio a julho de 2018, sendo interrompida mediante a saturação dos depoimentos e formando uma amostra composta por 15 participantes. As entrevistas foram orientadas por meio de um roteiro com questões abertas, no qual constavam as seguintes questões: O que é cuidado para você? Conte-me como você é cuidado neste momento. Como você gostaria de ser

cuidado? Conte-me uma experiência de cuidado que te marcou nesse momento de sua vida.

Previamente à realização das perguntas, os participantes foram caracterizados conforme sua idade, sexo e tempo de início do tratamento oncológico.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, viabilizando o processo de análise dos dados. Esta ocorreu segundo a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2016), considerando as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A presente pesquisa obteve parecer favorável pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da universidade à qual os investigadores estão vinculados, inscrito sob o Parecer nº. 2.638.164/ CAAE 83446418.1.0000.5153

3. RESULTADOS

3.1 Caracterização dos participantes

O estudo contou com a participação de 15 entrevistados, com idade média de aproximadamente 54 anos, variando entre 34 e 82 anos. A distribuição por sexo revelou que 53,3% dos participantes eram do sexo masculino (n=8) e 46,7% do sexo feminino (n=7). O tempo desde o início do tratamento oncológico apresentou grande variação, indo de 45 dias até 25 anos. Em média, os participantes estavam em tratamento há cerca de 4 anos e 5 meses. Casos mais recentes incluíram um paciente que iniciou o tratamento há apenas 45 dias, enquanto o mais antigo relatou um histórico de 25 anos, com um reinício do tratamento há 7 meses.

A análise dos resultados permitiu a emergência de três categorias temáticas: “O cuidado concebido a partir da experiência”, “Experiências de cuidado vivenciadas pela pessoa com câncer”; e “Necessidades de cuidado da pessoa em tratamento oncológico”.

3.2 O cuidado concebido a partir da experiência

Os discursos evidenciam que os participantes concebem o cuidado a partir das experiências que vivenciam em seus cotidianos. Tal cuidado abarca as perspectivas

biológica, social, psíquica e espiritual, que permitem aos participantes significarem-no em suas vidas.

No tocante aos aspectos biológicos, os entrevistados concebem o cuidado ao serem atendidos em suas necessidades de alimentação, eliminações, higiene, zelo por uma aparência confortável, administração e controle de medicações, dentre outros:

“[...] Eles (mãe e irmãos) me davam o remédio, me davam banho, me davam o alimento que eu podia ingerir [...] Me levantavam para ir ao banheiro porque era difícil [...] Precisava de levar para o hospital, quando eu sentia dor, [...] aí me levavam, me traziam... [...] Eles estavam cuidando, né, porque eu sozinho não tinha como fazer essas coisas. [...]” (E11)

“[...] É todo procedimento né. A alimentação, remédios... Isso aí são os principais. Alimentação e remédio. [...] Dar banho, sempre procurar manter aquelas pessoas limpas, [...], nada de sujeira. [...]” (E12)

Com relação à dimensão social, os entrevistados concebem o cuidado a partir da vivência do afeto e da presença física das pessoas mais próximas:

“Ah minha filha, é tanta coisa! É carinho, é perguntar, é ligar, é procurar. Vem na minha casa para saber como é que eu estou... tudo isso! [...] ficar perto de mim, ficar comigo de noite...” (E2)

“É o modo das pessoas tratarem a gente [...] me olhar [...] me apoiar [...] me estender a mão.” (E5)

“Cuidado é quando a pessoa tem atenção com a gente, também a fala, conversar comigo... [...] estar sempre junto comigo, unido aqui em casa, em qualquer lugar que eu vou [...] é o modo de tratar a gente, né?” (E6)

Acerca da dimensão psicológica, os entrevistados desvelam que o afeto recebido se estabelece como fonte de apoio fundamental para o momento vivenciado. Neste sentido, concebem o cuidado a partir da força recebida pelos familiares e profissionais de saúde, que buscam mantê-los psicologicamente firmes no propósito de tratar a doença:

“[...] a minha família inteira me apoiando [...] e não com aquela coisa de pena o tempo todo, sabe? Mas tentando me colocar para cima [...] me dando uma força...” (E8)

“Uma peça fundamental é a família [...]eles apoiaram da maneira que puderam [...] a minha mãe na época que eu estava fazendo a quimioterapia, estava fazendo a radioterapia dela [...] Ela sofreu, mas foi forte em falar: “Vamos fazer, coragem, daqui a pouco passa e tal...” [...] Pode ser que ela estava destruída por dentro, mas estava ali me dando forças. [...] O médico também sempre me deu forças [...]” (E15)

Os participantes concebem o cuidado também sob a perspectiva da espiritualidade, que emerge como fonte cuidadora diante do momento vivenciado:

“[...] Primeiro tem que ter é fé[...]. Vem gente rezar aqui em casa para mim. E isso aí eu considero um cuidado também. Não é só ajuda pessoal, mas ajuda em oração, espiritual. [...]” (E4)

“Muitas orações que eles (amigos) fazem por mim... Isso ajuda muito. [...]” (E14)

3.3 Experiências de cuidado vivenciadas pela pessoa com câncer

No que diz respeito às experiências de cuidado vivenciadas pelos participantes, eles deram destaque àquelas inscritas tanto com os profissionais de saúde quanto com os familiares e amigos, identificados pelos entrevistados como os seus cuidadores frente ao processo de adoecimento.

No tocante aos profissionais de saúde, as experiências relatadas relacionam-se com a dimensão objetiva e afetiva do cuidado. No que tange à primeira dimensão os entrevistados valorizam as técnicas e a estrutura dos serviços, compreendidas como acolhedoras e resolutivas por parte dos depoentes do estudo:

“[...] Desde a hora em que a gente chega na porta, a gente já se sente bem. [...] se você bate na porta, tem uma menina te esperando. Você mostra o papel do que quer e eles já mostram onde você tem que ir, muito bem definido, muito mesmo. [...]” (E5)

“Os médicos [...] cuidam... nosso Deus!!! [...] Quando a gente chega lá no hospital você precisa de ver. Já vai me dando a medicação [...] é o dia e a noite inteira assim [...] As enfermeiras de lá são boas demais [...] Tudo que eles fazem lá para mim é bom.” (E7)

Com relação à dimensão afetiva, os discursos evidenciam que esta também figura para os participantes como um aspecto importante, remetendo à humanização como uma experiência de cuidado que vivenciaram junto aos profissionais de saúde:

“[...] eu fui tão bem cuidado no hospital com as enfermeiras, médicos... [...] o atendimento lá foi desse jeito, com carinho: “Bom dia, como você está passando? Como passou esses dias?” [...] Eu chegava lá [...] e atendiam a gente muito bem: cumprimentavam, pegavam na mão... na hora de ir embora, “vai com Deus, que Deus te proteja”... Eu acho que isso aí é uma mensagem que toca no paciente.” (E4)

“A minha doutora é um anjo. É aquela pessoa que te trata não como um paciente, mas acima de tudo como um ser humano. [...] Ela trata o paciente com igualdade [...]” (E8)

Ainda no tocante à dimensão afetiva, os participantes demarcaram as relações de cuidado tecidas com seus familiares e amigos como preceptoras de carinho e dedicação, gerando sentimentos de satisfação e bem-estar, como evidenciado nos discursos:

“[...] Meus filhos são muito bons para mim, a única coisa que eu tenho que dizer deles é isso. [...] Me sinto muito bem, muito feliz porque eles cuidam de mim! [...] Eu amo eles! [...] eles fazem de tudo para mim... tudo para mim é uma alegria!” (E1)

“Nunca me negaram nada, graças a Deus. [...] minha família não me dispensa. Sempre ali perguntado se eu estou precisando, sempre ligando. [...] eu tenho muita sorte.” (E2)

Cabe destacar que o cuidado vivenciado no percurso do tratamento oncológico foi perpassado por experiências que marcaram os participantes do estudo, não se configurando como aquelas que se davam na rotina típica de cuidado anteriormente mencionadas. Assim, ao serem questionados sobre as mesmas os depoentes trouxeram aquelas que lhes marcaram positiva e negativamente.

As experiências positivas figuram como atos de cuidado dotados de grande significado para os participantes, sendo estes relacionados à subjetividade do cuidado emergida tanto na relação com os familiares quanto com os profissionais de saúde:

“[...] minha irmã que mora no Rio ficou comigo no hospital os sete dias que eu fiquei internada. [...]. E o que me marcou foi que no dia que eu fui operar só podia ficar uma acompanhante [...] a minha irmã que eu moro com ela falou com o porteiro que ia só lá me ver e ele deixou. Ela entrou, escondeu lá no quarto até a hora que eu fui para a sala. Ficou as duas lá, ela não saiu de lá, aí quando eu fui para a sala de cirurgia, minha outra irmã também chegou e ficou as três lá [...] elas ficaram lá até a hora que eu fui para o

CTI para elas poderem ir e pelo menos me ver respirando e vir embora. [...] Então esse cuidado delas não tem preço, marca.” (E8)

“[...] o que me marcou foi no hospital quando eu fiquei sabendo do câncer [...] o médico falou comigo: “Não, vem para cá que amanhã eu vou te internar”. E tenho plano de saúde [...]. Aí eu fui lá fazer o pedido para dar a entrada na internação e a menina falou comigo: “só daqui há 20 dias que vai dar resposta do dia que vai te internar”. Falei com o meu médico e ele falou “Não, eu quero te ver aqui amanhã. Esse negócio de papel aí do plano de saúde, isso aí depois, o que eles enviarem para mim, é isso mesmo”. Ele fez o compromisso de fazer a cirurgia sem saber se ia receber ou não. A parte humana dele falou mais alto [...] ele falou comigo: “eu não preciso do seu dinheiro, preciso da sua cura!”. Então isso aí eu guardo, trago comigo mesmo [...]” (E9)

“[...] Tem meus amigos, que reuniram todos quando eu saí do CTI. Meu quarto estava cheio de gente. Muitas pessoas... Então eu fiquei muito tocada. [...]” (E14)

Entre as experiências negativas que os participantes relacionaram ao cuidado, dá-se destaque àquelas que envolvem situações de preconceito vivenciadas em decorrer da doença, falhas técnicas profissionais, falta de humanidade na assistência à saúde e a demora e falta de comunicação entre os níveis da rede de atenção:

“[...] tinham marcado uma tomografia para mim. Aí eu fui fazer [...] Quando eu desci, topei com umas meninas. Eu estava de sombrinha aberta, tinha passado protetor solar, e eu fico muito vermelha, me queima tudo. Aí elas falaram: “Já vem a galinha branca, vermelha igual uma galinha de granja!” Aquilo me deu uma revolta danada, elas eram da área da saúde e ainda debochando de mim. Isso aí eu não esqueço nunca mais.” (E5)

“[...] sempre tem alguma experiência ruim... Eles (profissionais de saúde) erram a veia, te picam cinco, seis, até dez vezes.” (E7)

“[...] Um enfermeiro estava me ajudando a tomar banho no hospital. Aí, na hora que ele foi tirar o curativo [...] arrebentou um ponto e começou a sangrar bastante. [...] Eu até falei com ele [...] “Nó, você tinha que ter tirado isso aí com um pouco mais de paciência, você está com muita pressa”. Ele falou: “Ah, é que eu tenho que passar nos quartos, estou sozinho, tem poucos funcionários.” (E11)

“[...] Eu começo lá de trás, sobre a demora que é para as coisas saírem conforme precisam sair [...] A gente passa pelo PSF, pela secretaria, e parece que não trabalham em conjunto, não falam a mesma língua. Não tem como eu falar que isso não me marcou. Essa espera causa muita coisa na gente: ansiedade, aflição.” (E15)

3.4 Necessidades de cuidado da pessoa em tratamento oncológico

Os participantes do estudo salientam que as necessidades de cuidado que apresentam ao vivenciarem o tratamento oncológico relacionam-se à humanização na assistência profissional prestada durante o tratamento e ao respeito do outro com relação ao momento que estão vivenciando:

“Eu acho que eles (profissionais de saúde) têm que dar mais é carinho, é um sorriso! [...] Você já pensou se eu chegar lá e receber um abraço da pessoa? Ô gente, aquilo para mim já é uma alegria! [...] A conversa com uma pessoa olhando no olho dela é melhor que um remédio. (E4)

Eu acho uma coisa: é tentar acabar com o preconceito. [...] As pessoas ficam sabendo que a gente está doente, parece que eles acham que a doença vai pegar e se afastam da gente (choro) [...]” (E5)

“[...] uma coisa que precisa nos profissionais de todas as áreas [...] é que sejam humanos. Não adianta ser um bom profissional se não tem humanidade. [...] se preocupar mesmo com o outro, com o que está sentindo, com aquilo que a gente realmente quer falar, perguntar, responder às questões, porque às vezes a gente tem muitas dúvidas, entra com dúvida e sai com dúvida... [...]” (E15)

“Outra coisa que falta é as pessoas respeitar o momento da gente [...] uma hora eu estou bem e outra eu não estou. [...] Tem hora que eu fico melancólica e quero chorar e minha mãe vira e fala assim: “aguenta firme, minha filha, aguenta firme...” eu até falo: “me respeita, porque se eu tiver de chorar eu vou chorar, e se eu tiver de sorrir eu vou sorrir, mas deixa eu...” [...] “respeita aí a minha hora!” Eu preciso disso. [...]” (E15)

Os entrevistados evidenciaram ainda em seus discursos que carecem de uma adequada estruturação dos serviços na rede de atenção à saúde, de modo que esta possa, de fato, atender às suas reais necessidades de saúde e cuidado durante o tratamento oncológico:

“[...] Se caso eu precisar de uma ajuda, [...] queria a parte técnica do PSF, entendeu? Eu queria que eles viessem, se for necessário [...] A técnica de Enfermagem, a enfermeira, estarem aqui em casa mais vezes, procurar saber sobre mim... [...] Um auxílio mais profissional, entendeu? [...] E não só por um dia...” (E9)

“[...] a única coisa que eu gostaria era urgência. Por exemplo [...], estou precisando de um médico urgente, mas eu tenho que esperar uma oportunidade para eu entrar no SUS [...] eu queria urgência para não complicar. [...]” (E12)

“[...] Eu me senti um pouco insegura pelo seguinte: o médico que me acompanhou ali desde o início da quimioterapia, eu acho que ele seria uma pessoa ideal para estar conversando comigo, me explicando tudo que realmente deu ali nos meus exames... aí de repente eu chego e o médico não está mais no hospital? Como assim? [...] Quem vai me acompanhar então?” (E15)

4. DISCUSSÃO

O câncer e o tratamento oncológico afetam multidimensionalmente as pessoas e suas famílias, gerando demandas de caráter biológico, social, mental e espiritual (Carmo et al., 2021; Andrade et al., 2023). Tais dimensões foram valorizadas pelos participantes do presente estudo e alicerçaram suas concepções de cuidado, sendo estas vindas das experiências vivenciadas no decorrer do tratamento da doença.

As concepções de cuidado vivenciadas pelos entrevistados podem ser compreendidas à luz da teórica da Enfermagem Wanda Horta (1974), que o associa ao atendimento de Necessidades Humanas Básicas (NHB).

Segundo Horta, necessidades básicas são vivenciadas por todo ser humano em função da dinâmica de equilíbrio e desequilíbrio inerente à natureza humana. Tais necessidades são caracterizadas por ela como estados de tensão que levam a pessoa a buscar satisfazê-las, sempre almejando o retorno ao equilíbrio e a supressão do desconforto provocado pelas carências não atendidas. Em sua teoria das NHB, Horta (1974) as classificou como psicossociais, psicobiológicas e psicoespirituais (Horta, 1979; Cianciarullo, 1987).

O cuidado concebido pelos participantes dessa pesquisa ganha sentido se considerarmos tal classificação. Em seus discursos, o cuidado foi associado à

alimentação, repouso, higiene, eliminações, entre outros, o que é evidenciado por Horta como necessidades humanas básicas relacionadas à dimensão psicobiológica (Horta, 1974; Horta, 1979).

Com relação às referidas necessidades, os participantes não veem meramente os fatores biológicos como cuidado. Ao vivenciarem situações de dependência para a realização de atividades cotidianas como nutrição, higiene, locomoção, entre outros, apontam como cuidado o auxílio recebido por parte, em especial, dos familiares. Assim, sentem-se cuidados por estes, na medida em que conseguem realizar com seu apoio tais atividades, consideradas pelos depoentes como necessárias à sua sobrevivência e bem-estar geral.

A literatura corrobora com a importância do papel de cuidador desempenhado pela família das pessoas com câncer. Neste sentido, compreende que o apoio dos familiares e o cuidado por eles oferecido, não apenas na dimensão física, mas também psíquica, é o sustento dos pacientes, proporcionando-lhes melhor qualidade de vida e dando-lhes força para resistirem às dificuldades impostas pela doença. Assim, as pessoas com câncer são incentivadas a realizar o tratamento, o que também foi evidenciado por esse estudo (Cianciarullo, 1987; Carvalho et al., 2017).

Percebe-se, dessa forma, que as multidimensões do bem-estar humano e os diferentes campos de necessidades se interligam para, associados, atenderem à pessoa de forma holística e mais integral possível (Cianciarullo, 1987; Carvalho et al., 2017).

Quanto às necessidades psicossociais, depreende-se que os cuidados a elas direcionados são concebidos pelos participantes a partir da experiência do afeto. Neste sentido, apontam que a atenção recebida em seus relacionamentos interpessoais gera sentimentos vinculados à proteção, segurança, carinho e preocupação, fazendo com que se sintam valorizados e cuidados.

Prosseguindo na dimensão psicossocial, os entrevistados demarcam um cuidado que envolve acompanhamento, proteção e que somente pode ser ofertado de maneira efetiva por aqueles que estão por perto. Assim, o cuidado é entendido como presença física e contínua. A literatura apoia o postulado pelos participantes, ressaltando a importância do acompanhamento das pessoas próximas no processo de adoecimento,

bem como de tratamento e recuperação dos pacientes oncológicos, para que eles se sintam confiantes e seguros (Carvalho et al., 2017).

Considerando ainda as concepções de cuidado dos participantes, dá-se destaque àquelas que associam-se às necessidades psicoespirituais das pessoas com câncer. Os depoentes dessa pesquisa evidenciam como fonte de segurança sua religiosidade e/ou espiritualidade, encontrando em suas crenças um porto seguro diante das experiências vivenciadas em função das neoplasias.

Em um estudo realizado em 2016 com mulheres com câncer de mama em Terezina, Piauí, a fé foi concebida como forte rede de apoio social e importante via de enfrentamento da doença. Segundo as participantes, acreditar em Deus lhes fortalece no processo de estar com câncer e de buscar sua cura. Crer que um ser transcendente possui o poder de alterar as situações auxilia ainda na manutenção da autoestima das pessoas com câncer, o que é essencial no processo de tratamento (Ribeiro et al., 2015; Carvalho et al., 2017; Andrade et al., 2024).

Com relação às experiências de cuidado vivenciadas pelos pacientes oncológicos, aprofundadas na segunda categoria do presente estudo, evidencia-se que estas advêm de familiares, amigos e profissionais de saúde que os assistem durante o tratamento.

Acerca dos profissionais de saúde, os depoentes deram destaque às experiências relacionadas à assistência que promovem junto às pessoas com câncer, tanto no âmbito objetivo de operar o cuidado em saúde como no que se relaciona à subjetividade do cuidado, trazendo a dimensão do afeto como importante experiência vivenciada no processo terapêutico.

No que tange ao âmbito objetivo da produção do cuidado, foram ressaltadas pelos entrevistados as técnicas desenvolvidas pelos profissionais, a comunicação e a estruturação dos serviços de saúde em que são acolhidos.

As evidências reforçam que tais experiências compõem o arsenal de cuidado agenciado pelos profissionais de saúde – em especial o enfermeiro – ao paciente oncológico, os quais empregam técnicas que visam a promoção do bem-estar, incluindo a realização de medidas que promovam conforto, administração de medicamentos, cuidados com catéteres, traqueostomias ou demais dispositivos utilizados pelos

pacientes. Ressalta-se a importância de que este cuidado seja oferecido por toda a equipe interdisciplinar e compartilhado com o paciente e sua família (Vargas et al., 2013; Silva et al., 2014).

A comunicação entre os profissionais, as pessoas com câncer e seus familiares é também um aspecto importante para que o paciente se sinta cuidado e amparado por um serviço qualificado que promova seu bem-estar. Para tanto, é importante que o processo comunicativo seja eficaz, atendendo a todos os envolvidos através do uso de uma linguagem acessível ao paciente, da escuta acolhedora às suas demandas, da sensibilidade na transmissão de informações e no estabelecimento de uma relação de confiança (Theobald et al., 2016).

Assim, o cuidado objetivo e subjetivo se encontram quando sua centralidade é a pessoa com câncer e familiares. Isso foi evidenciado pelos pacientes do presente estudo que, além de referenciar a competência técnica como importante para o êxito do tratamento, evidenciam que o cuidado ultrapassa as ações pautadas no saber fazer. Sendo assim, para o referido público a dimensão subjetiva emerge como a essência do cuidado, visto que permeia todas as ações direcionadas ao seu bem-estar.

Em âmbitos profissionais, o cuidado subjetivo se expressa através do afeto que intermedia as relações estabelecidas durante o processo terapêutico. Nesse sentido, cuidar implica interagir com o outro e promover ações essencialmente sensíveis. Envolve o toque, olhar, sorrisos, o humor ao lidar com o paciente, a comunicação e a liberdade conferida para que, tanto ele quanto o próprio profissional, se expressem de forma honesta (Kluser et al. 2011; Silva et al., 2014).

As experiências marcadas por afeto são ampliadas quando relacionadas aos familiares e amigos que os participantes identificam como cuidadores, o que remete a dimensão afetiva como importante frente ao processo que estão vivenciando. A literatura reitera que a família, sendo um referencial de amor, carinho e motivação constantes, constitui-se muitas vezes como o motivo da existência do paciente, na qual ele se ancora para vivenciar o processo de adoecimento (Negreiros et al., 2017).

Para que assuma essa representação, é fundamental que a família acolha o paciente que está em tratamento oncológico, de modo que tal acolhimento seja

percebido pelo paciente como uma expressão de cuidado do núcleo familiar (Moraes et al., 2017). Isso reforça a presença dos familiares como uma peça fundamental para trazer conforto ao paciente, motivando-o no processo de enfrentamento do câncer (Ferreira et al., 2014).

Neste contexto evidencia-se que os entes queridos figuram como a expressão genuína da dimensão afetiva implicada no cuidado, sendo essencial para que a pessoa com câncer se sinta amada e acredite que os motivos para cuidar e crer em sua vida são maiores que os efeitos causados pela doença em sua saúde física e emocional (Carvalho et al., 2017). Portanto, o apoio e a presença dos amigos e familiares constituem potenciais instrumentos de cuidado, devendo estes atores serem valorizados pelos profissionais de saúde.

Com relação às experiências de cuidado que os marcaram nesse momento de suas vidas, dá-se destaque novamente àquelas inscritas na dimensão subjetiva do cuidado, as quais figuram como experiências positivas advindas tanto de familiares e amigos como dos profissionais que os assistem.

Evidenciou-se na presente investigação o quanto as experiências que marcaram positivamente os participantes relacionaram-se com a presença de familiares e amigos em momentos críticos atravessados durante a doença.

Neste sentido, a literatura sinaliza a importância da presença, em especial da família, diante de momentos críticos que o doente experiencia. A presença do familiar neste momento tem a capacidade de reduzir a ansiedade do paciente, conferi-lo equilíbrio emocional frente à situação vivenciada e de auxiliá-lo em seu processo de recuperação (Vidal et al., 2013).

Com relação aos profissionais de saúde, de modo particular, a literatura salienta a importância de que suas práticas e métodos clínicos sejam centrados na pessoa, com valorização da escuta, compartilhamento de intenções e da subjetividade no ato de cuidar, permeando de humanização a assistência prestada (Oliveira; Zago; Thorne, 2017). As evidências dessa pesquisa demonstram o quanto o cuidado agenciado desse modo pelos profissionais de saúde é capaz de torná-lo significativo para as pessoas com câncer, marcando-os no processo de tratamento e, quiçá, por toda a vida.

Com relação às experiências que marcaram negativamente os participantes, destacam-se aquelas relacionadas ao preconceito, às falhas técnicas, falta de humanização na assistência, à demora e a falhas comunicacionais instituídas no âmbito da Rede de Atenção à Saúde.

No tocante ao preconceito, relatado como uma experiência negativa vivenciada no percurso da doença no presente estudo por um participante, infere-se que este esteja atrelado ao estigma da doença e à carga social que a conotação do câncer traz para quem o experiencia e para a sociedade em geral. O que chama a atenção é o fato de tal preconceito ser advindo de profissionais da área da saúde, o que remete uma preocupação ao considerarmos que estes deveriam destituírem-se da visão de senso comum para que possam, técnica e humanamente, prestar um cuidado congruente com as necessidades de um paciente oncológico (Silva et al., 2024).

Quanto às falhas técnicas e da rede de atenção à saúde, um estudo realizado com pessoas com câncer no Brasil, no município de Ribeirão Preto, e no Canadá aponta que a sobrecarga de trabalho e a fragilidade na rede assistencial brasileira geram falhas de ordem técnica e sistêmica que comprometem o cuidado e fazem o paciente se sentir desassistido (Oliveira; Zago; Thorne, 2017), enquanto acessa diferentes serviços em seu longo itinerário terapêutico. Outra investigação ocorrida no Mato Grosso, também com pacientes oncológicos, reitera que o despreparo dos profissionais de saúde na assistência a este público associa-se a falhas técnicas, erros no diagnóstico, entre outros, repercutindo a qualidade do cuidado ofertado (Batista; Mattos; Silva, 2015).

A demora para confirmação diagnóstica e o acesso aos meios de tratamento é também marcante para os pacientes oncológicos, visto que proporciona o avanço da doença e reduz as possibilidades de cura. Isso gera preocupações e anseios pontuados frequentemente na literatura, como relatado por mulheres com câncer de colo de útero em um estudo realizado em Pernambuco. Na referida investigação, a morosidade enfrentada pelos pacientes oncológicos é fruto da dificuldade de acessibilidade aos diferentes pontos da rede, desde a fase pré-diagnóstica e por todo o tratamento. Isto se deve à superlotação, dificuldades para agendamentos de consultas e exames e à carência de recursos humanos (Silva et al., 2016).

As falhas na comunicação entre os diferentes níveis de atenção são também mencionadas pelos depoentes. Embora a atenção básica deva ser a porta principal de acesso dos usuários ao sistema de saúde, para as pessoas com câncer participantes do presente estudo este princípio evidenciou-se como falho.

A inexistência de acompanhamento após a entrada da pessoa na rede, em todo o seu percurso de tratamento, faz com que ela se sinta desamparada e vivencie sofrimentos que poderiam ser evitados. Não existe continuidade da informação, visto que o sistema de referência e contrarreferência é deficiente, e observa-se falta de coerência entre as ações prestadas por profissionais que assistem em diferentes níveis de atenção (Silva et al., 2016).

Diante disso, evidencia-se na presente investigação que, entre as necessidades de cuidado expressas pelos participantes emerge a estruturação dos serviços na rede de atenção à saúde. A literatura corrobora tal achado, ao trazer evidências semelhantes. Com relação às pessoas com câncer, o que se evidencia é que estas comumente não consideram a Atenção Básica como primeira opção na busca de tratamento e cuidados. Isso se dá principalmente devido à falta de médicos, superlotação e dificuldades de agendamento (Silva et al., 2016).

A necessidade de um atendimento realizado por profissionais que possam intervir com prioridade no processo de adoecimento por câncer constitui, na concepção dos participantes da presente pesquisa, pilar importante da assistência prestada ao paciente oncológico. A literatura afirma que a inexistência dessa prioridade tem feito com que os pacientes procurem exames na rede particular, no intuito de agilizar o máximo possível a obtenção dos resultados e dar início ao tratamento (Silva et al., 2016). Isso reforça a importância de se ter uma Rede de Atenção à Saúde bem estruturada e qualificada para atender com equidade as necessidades das pessoas com câncer.

Outra necessidade de cuidado apontada pelos participantes refere-se à humanização dos profissionais na assistência prestada no tratamento do câncer. A literatura evidencia que uma assistência humanizada tem como cerne a valorização do

paciente enquanto pessoa humana e de todos os que estão envolvidos em seu processo de adoecimento e recuperação da saúde (Xavier et al., 2017).

Nesse contexto, o acolhimento emerge como ferramenta para reconhecer as necessidades de saúde legítimas e singulares da pessoa, bem como para o entendimento de sua subjetividade, sendo essencial para que o paciente oncológico se sinta apoiado para o enfrentamento das adversidades decorrentes do processo de adoecimento (Brasil, 2013; Silva et al., 2014).

Tal acolhimento deve permear não somente a assistência prestada pelo profissional de saúde, mas todas as relações de cuidado tecidas com a pessoa com câncer. Neste contexto, o respeito do outro com relação ao momento que estão vivenciando também foi salientado como uma necessidade de cuidado pelos participantes da presente investigação (Silva et al., 2016).

Isso remete para a necessidade de que as pessoas envolvidas no cuidado há quem está com câncer tenham o apoio de profissionais de saúde para a compreensão do momento vivenciado pelo paciente oncológico. Evidencia-se que o manejo de sentimentos e emoções flutuantes vivenciados por este constitui um desafio importante para os que estão próximos. Isso torna imperativo que também os entes queridos dos pacientes sejam acompanhados pelas equipes de saúde, de modo que compreendam e respeitem as mudanças geradas pela doença como processos naturais (Inocenti; Rodrigues; Miasso, 2009). Tal questão foi entendida no presente estudo como uma necessidade de cuidado evidenciada pelos participantes.

A presente pesquisa desvelou a realidade vivenciada por um grupo específico de pessoas em tratamento oncológico, com destaque para suas experiências e necessidades de cuidado, admitindo como limitação a impossibilidade de generalizar os resultados para outras realidades/grupos passíveis de serem investigados por outros estudos que se debruçam sobre o mesmo objeto de investigação ora desvelado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação trouxe à tona que tanto as experiências como as necessidades de cuidado apresentadas pela pessoa com câncer perpassam ações de valorização da subjetividade no processo de cuidar – seja por familiares, amigos ou

profissionais de saúde –, assim como pela estrutura da Rede de Atenção à Saúde, que ainda não atende de maneira equitativa esta clientela.

Ademais, as experiências e necessidades de cuidado desveladas pelos participantes no processo de adoecimento e tratamento oncológico sinalizam a importância da abordagem centrada na pessoa, da humanização no cuidado (por parte da sociedade, de entes cuidadores e dos profissionais da saúde) e de uma estrutura adequada dos serviços, de modo que possam atender às necessidades biopsicosocioespirituais daqueles que vivenciam esta condição crônica que prediz uma ameaça à manutenção da vida.

Os achados do presente estudo devem também ser considerados para se planejar e operacionalizar o processo de formação em saúde, de modo que este pautado o cuidado às pessoas com câncer considerando suas singularidades, reverberando em processos de cuidar congruentes com as necessidades da pessoa que vivencia a doença e dos seus cuidadores, os quais assumem um papel importante para esse público no processo de enfrentamento da doença.

Espera-se que outras investigações se debruçem sobre esta temática, de modo a ampliar os sentidos e significados emergidos no presente estudo e a valorizar a perspectiva de quem vivencia a doença como orientador do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. V. et al. Autoestima e coping espiritual-religioso de mulheres com câncer de mama: análise reflexiva. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 15, n. 3, p. 256-263, 2024.

ANDRADE, J. V. et al. Spiritual self-care of the nursing staff of an oncology hospital. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 14, 2022c.

ANDRADE, J. V. et al. Spirituality in daily healthcare provided in Brazil: Meanings and practices of the nursing team. **Journal of Holistic Nursing**, v. 40, n. 1, p. 25-35, 2022b.

ANDRADE, J. V.; et al. Anos potenciais de vida perdidos nos últimos cinco anos em decorrência do câncer em Minas Gerais: Câncer em Minas Gerais. **Revista Atenas Higeia**, v. 2, n. 4, p. 13-17, 2020.

ANDRADE, J. V.; et al. Características sociodemográficas, hábitos de vida, doenças crônicas e aspectos do tratamento do Câncer de Mama em mulheres: estudo transversal. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, v. 16, n. 11, p. 25688-256711, 2023.

ANDRADE, J. V.; et al. Origem, diagnóstico, estadiamento e tratamento do câncer de mama: revisão narrativa. In: ANDRADE, J. V.; SOUZA, J. C. M.; TERRA, F. S. (Org.). **Tópicos em ciências da saúde: contribuições, desafios e possibilidades**. 1. ed. Campina Grande: Amplla Editora, 2022a. p. 547-560.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BATISTA, D. R. R.; MATTOS, M.; SILVA, S. F. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. **Revista Enfermagem UFSM**, v. 5, n. 3, p. 499-510, 2015.

BELHIANE, H. P. P.; MATOS, L. R. P.; CAMARGOS, F. O paciente frente ao diagnóstico de câncer e a atuação dos profissionais de Enfermagem: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 4, n. 3, p. 1374-1381, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário Temático: Controle do Câncer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CARMO, M. M. L. et al. Impactos del cuidado de personas con cáncer en la vida del cuidador y la dinámica familiar. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 37, n. 2, 2021.

CARVALHO, M. S. C. et al. Sentimento de mulheres com diagnóstico de câncer de mama. **Revista Enfermagem UFPE Online**, [Internet], v. 10, n. 11, p. 3942-3950, 2017.

CIANCIARULLO, T. W. Teoria das Necessidades Humanas Básicas: um marco indelével na enfermagem brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 21, n. esp., p. 100-107, 1987.

FERREIRA, D. C. et al. A Experiência do Adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 28, n. 2, p. 283-288, 2014.

HORTA, W. A. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 5, n. 1, p. 7-17, 1974.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

INOCENTI, A.; RODRIGUES, I. G.; MIASSO, A. I. Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [Internet], v. 11, n. 4, p. 858-865, 2009.

KLUSER, S. R. et al. Vivência de uma equipe de enfermagem acerca do cuidado aos pacientes com câncer. **Revista Rene**, v. 12, n. 1, p. 166-172, 2011.

LINS, A. L. R. et al. Assessing the burden of family caregivers of cancer patients: a cross-sectional study. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 55, n. 4, 2022.

LINS, A. L. R. et al. Bastidores do cuidado de pessoas com câncer: repercussões e desafios na rotina do familiar cuidador. **Revista Univap**, v. 30, n. 66, 2024.

LINS, A. L. R. et al. Necesidades de cuidado dentro del hospital del cuidador de personas con cancer. **Revista Cuidarte**, v. 12, n. 2, 2021.

MORAES, Y. L. et al. A importância da família no tratamento da mulher acometida com câncer de mama. **Gep News**, v. 1, n. 2, p. 2-5, 2017.

NEGREIROS, R. V. et al. A importância do apoio familiar para efetividade no tratamento do câncer infantil: uma vivência hospitalar. **Revista Saúde e Ciência Online**, v. 6, n. 1, p. 57-64, 2017.

OLIVEIRA, R. A. A.; ZAGO, M. M. F.; THORNE, S. E. A interação entre profissionais e sobreviventes do câncer no contexto do cuidado em saúde brasileiro e canadense. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, e2972, 2017.

RAMOS, D. H. S. et al. Strategies to support the caregiver of people with cancer: integrative review. **Revista de Medicina USP (São Paulo)**, v. 101, n. 5, p. 196094, 2022.

RIBEIRO, S. L. M. et al. Incidentes críticos experienciados no tratamento da doença oncológica. **Revista Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 5, n. 3, p. 1805-1819, 2015.

SILVA, L. S. et al. Sentimentos e cuidados da equipe de enfermagem na assistência à mulher no pós-operatório de mastectomia. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, v. 12, n. 4, p. 1-14, 2024.

SILVA, M. E. D. C. et al. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico no hospital. **Revista Enfermagem UFPI**, v. 2, n. esp., p. 69-75, 2014.

SILVA, M. R. F. et al. Continuidade assistencial a mulheres com câncer de colo de útero em redes de atenção à saúde: estudo de caso, Pernambuco. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 107-119, 2016.

THEOBALD, M. R. et al. Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1249-1269, 2016.

VARGAS, M. A. O. et al. Ressignificando o cuidado em uma unidade especializada em cuidados paliativos: uma realidade possível? **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 637-645, 2013.

VIDAL, V. L. L. et al. O familiar acompanhante como estímulo comportamental de pacientes internados em terapia intensiva. **Revista Enfermagem Escola Anna Nery**, v. 17, n. 3, p. 409-415, 2013.

WAKIUTCHI, J.; SALES, C. A. Cuidado paliativo: a busca pela vida no aproximar-se da morte. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 794-795, 2015.

XAVIER, S. S. et al. Cuidado humanizado do enfermeiro ao paciente oncológico fora de possibilidade de cura. **Revista Saúde.Com**, v. 13, n. 4, p. 1044-1054, 2017.

**CAPÍTULO 7 - LIMITES E POTENCIALIDADES DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE SOB A ÓTICA
DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
LIMITS AND POTENTIAL OF THE HEALTH WORK PROCESS FROM THE PERSPECTIVE OF FAMILY
HEALTH STRATEGY PROFESSIONALS**

Luciene Eduarda Dias ¹
Tiago Ricardo Moreira ²
Vanessa de Souza Amaral ³
Victor Gama van Eijk ⁴
João Vitor Andrade ⁵
Deíse Moura de Oliveira ⁶

¹ Enfermeira. Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: luciene.muniz@ufv.br

² Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: tiago.ricardo@ufv.br

³ Enfermeira. Doutoranda em Ciência da Nutrição na Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Nutrição e Saúde. E-mail: amaralsvanessa@gmail.com

⁴ Médico. Mestrando em Ciências da Saúde na Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: Victorgamavaneijk@gmail.com

⁵ Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem na Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais. Escola de Enfermagem. E-mail: jvma100@gmail.com

⁶ Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: deise.oliveira@ufv.br

RESUMO

Objetivo: compreender os limites e as potencialidades do processo de trabalho sob a perspectiva de profissionais inscritos na Estratégia Saúde da Família (ESF). **Métodos:** pesquisa qualitativa com abordagem da pesquisa-ação. Participaram da pesquisa 15 profissionais de uma comissão representativa, eleita pelos seus pares, em um município do interior de Minas Gerais. Os dados foram coletados no mês de janeiro de 2020, por meio da técnica de grupo focal e analisados a partir da técnica de Análise de Conteúdo temática. **Resultados:** Emergiram duas categorias, a primeira apresenta como potencialidades do processo de trabalho o planejamento/organização dos serviços e a educação permanente. A segunda expressa os limitadores do processo de trabalho, como os ruídos de comunicação, a dificuldade de reconhecimento de papéis e responsabilidades, de trabalhar em equipe e de transporte para a equipe de saúde. **Considerações Finais:** A presente pesquisa traz reflexões importantes para a prática, a gestão da Atenção Primária e a formação dos profissionais de saúde, na medida em que evidencia a importância de tematizar as fortalezas e fragilidades que atravessam o trabalho na ESF, valorizando e estimulando práticas interprofissionais que possam equacionar as dificuldades vivenciadas pelos atores envolvidos na produção do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Fluxo de Trabalho. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Equipe Interdisciplinar de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to understand the limits and potential of the work process from the perspective of professionals working in the Family Health Strategy (FHS). **Methods:** qualitative research using an action research approach. Fifteen professionals from a representative committee elected by their peers in a municipality in the interior of Minas Gerais took part in the study. The data was collected in January 2020 using the focus group technique and analyzed using the thematic content analysis technique. **Results:** two categories emerged, the first showing the potential of the work process in terms of service planning/organization and continuing education. The second expresses the limitations of the work process, such as communication noise, difficulty in recognizing roles and responsibilities, working as a team and transportation for the health team. **Final Considerations:** this research provides important reflections for practice, primary care management and the training of health professionals, insofar as it highlights the importance of discussing the strengths and weaknesses of working in the ESF, valuing and encouraging interprofessional practices that can resolve the difficulties experienced by those involved in the production of health care.

Keywords: Workflow. Family Health Strategy. Primary Health Care. Interdisciplinary Health Team.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo, criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, com vistas a garantir à população brasileira a cobertura sobre todas as suas necessidades de saúde. Busca ainda superar o modelo biomédico hegemônico, centrado apenas na cura das doenças e controle dos sintomas, vislumbrando um cuidado integral e interdisciplinar à população (Santos; Mishima; Merhy, 2018).

No sentido de romper o modelo biomédico, surge a Atenção Primária à Saúde (APS). A APS é norteada pelos princípios e diretrizes do SUS, e segue os princípios da integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário (Starfield, 2006).

Nesta perspectiva destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), estabelecida em 1994 com denominação de Programa Saúde da Família (PSF), vislumbrada como impulsionadora do modelo de APS. Propõe um trabalho interdisciplinar, desenvolvido em uma equipe multiprofissional, prestando cuidado continuado a uma população em um território definido. Assume desse modo o compromisso de proporcionar cuidado

integral à saúde das famílias e da comunidade, sendo preferencialmente a principal porta de entrada nos serviços de saúde (Brasil, 2011; Giovanella; Mendonça, 2008).

O território de atuação das ESF é dinâmico, ou seja, sofre mudanças ao longo do tempo, o que faz com que esse espaço ganhe abertura para novas possibilidades de reorganização de trabalho em saúde. Tais arranjos do processo de trabalho se fazem necessários, uma vez que as demandas dinâmicas que emergem do território modulam a necessidade de cuidado da população, exigindo uma constante revisão do processo de trabalho no contexto da APS (Costa et al. 2018).

Todo trabalho é considerado um processo, pois compreende fenômenos inter-relacionados, envolvendo um objeto, instrumentos e consumo de energia com objetivo de produto fruto da ação intencional humana. O trabalho em saúde é entendido como uma prática social, e sua finalidade é responder a projetos sociais nos quais os conceitos de saúde-doença-cuidado se entrelaçam (Santos; Mishima; Merhy, 2018; Peduzzi et al., 2011).

No processo de trabalho em saúde, os profissionais de saúde são os agentes da ação, responsáveis por integrar os elementos desse processo, intermediando os instrumentos e os sujeitos-objetos, realizando assim um projeto definido socialmente e mediado pela intersubjetividade dos sujeitos envolvidos (Carrapato; Castanheira; Placideli, 2018).

Portanto, a organização do processo de trabalho entre os profissionais de saúde no cenário da ESF deve se dar de modo interprofissional, a fim de que a produção de cuidados garanta acesso e resolutividade na principal porta de entrada do SUS. Parte-se do pressuposto que o processo de trabalho na APS é dotado de muitos desafios para os envolvidos, mas também de diversas fortalezas que precisam ser potencializadas pelos profissionais que atuam neste cenário assistencial.

Diante do exposto, este estudo objetivou compreender os limites e as potencialidades do processo de trabalho sob a perspectiva de profissionais inscritos na ESF de um município da Zona da Mata mineira.

Espera-se que este estudo agregue valor à prática dos profissionais de saúde que atuam no contexto da APS, ao possibilitar a reflexão sobre os desafios encontrados no processo de trabalho e as fortalezas que dele emanam.

2. MÉTODOS

Este trabalho traduz parte dos resultados de uma dissertação defendida em um Programa de Mestrado Profissional de uma universidade pública do interior de Minas Gerais intitulada “O desenvolvimento de competências colaborativas para a reorganização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação”.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa ancorada na abordagem metodológica da pesquisa-ação. Esse método propõem o envolvimento com o coletivo, tendo como objetivo identificar e resolver problemas, bem como mudar atitudes, práticas, situações e condições expressas na realidade social pesquisada (Thiollent, 2011).

A pesquisa-ação não se esgota na análise, uma vez que seu sentido é baseado na ação, é realizada no contexto e com participação ativa dos agentes inscritos na realidade social em estudo (Thiollent, 2011).

O estudo foi realizado em um município do interior de Minas Gerais que possui, 4047 habitantes distribuídos por 83038 km de extensão (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, 2010). A ESF neste município abrange 100% da população urbana e rural. A pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) em 2019, afirma que a maioria dos municípios brasileiros são classificados como pequeno porte (população menor que 20000 habitantes). Portanto, o cenário da presente investigação reflete a realidade da maioria dos municípios brasileiros.

Em relação à organização dos serviços, o município possui um Pronto Atendimento (PA) e duas equipes da ESF que atuam no mesmo prédio - na zona urbana da cidade - ofertando a maioria das ações de saúde. Além disso, a equipe conta com três pontos de apoio na zona rural, com atendimento em dias pré-estabelecidos.

O serviço de saúde é composto por 56 profissionais, sendo estes divididos em duas equipes da ESF, duas equipes de saúde bucal, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um PA, uma Farmácia e um Laboratório de Análises Clínicas. Todos foram convidados a participar da pesquisa, sendo excluídos aqueles que estavam licenciados para tratamento de saúde, em período de férias ou em desvio de função, os quais totalizaram 12 pessoas excluídas.

A coleta de dados ocorreu em quatro etapas. A primeira foi a abordagem e caracterização dos participantes, seguida da observação participante, com enfoque para os nós críticos do processo de trabalho em saúde no cenário estudado e logo após quatro oficinas, que tiveram embasamento os nós críticos levantados na etapa anterior da pesquisa.

A última etapa se deu por meio de um grupo focal, o qual teve como objetivo compreender os limites e potencialidades do processo de trabalho em saúde e as competências desenvolvidas pelos profissionais de saúde para a sua reorganização no contexto da APS.

O presente artigo retrata os dados coletados no grupo focal, que ocorreu dia 13 de janeiro de 2020, no auditório da unidade de saúde, com três horas de duração. Os participantes do grupo focal foram os 15 membros da comissão representativa de reorganização do processo de trabalho, eleita pelos seus pares na etapa anterior da pesquisa, mais precisamente na segunda oficina realizada.

Os participantes foram codificados de acordo com sua categoria profissional, assumindo a codificação realizada no momento de caracterização dos participantes, a saber: agente comunitário de saúde (ACS2); agente de combate a endemias (ACE1); assistente social (AS1); secretário municipal de saúde (GM1); coordenadora da vigilância sanitária (VESAT1); enfermeira coordenadora da APS (ENF1); enfermeira assistencial (ENF2); enfermeira assistencial (ENF3); recepcionista (REC4); auxiliar de limpeza (AL2); bioquímico (BIO1); cirurgião dentista (CD1); farmacêutico (FARM1), nutricionista (NUT1); e técnico de enfermagem (TENF1).

O grupo focal foi conduzido pela mestranda (autora da dissertação referida anteriormente) e por um estudante da graduação em enfermagem que atuou como

bolsista de iniciação científica nesta pesquisa. Este ficou responsável pela observação não participante.

As questões norteadoras foco deste estudo foram: quais fatores auxiliam/facilitam o processo de trabalho em saúde? Quais fatores dificultam o processo de trabalho? Para melhor captação dos registros foi realizado a gravação de áudio, com transcrição na íntegra pelos pesquisadores. Cabe ressaltar que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), declarando consentir em compor o presente estudo.

A análise dos dados se deu a partir da técnica de Análise de Conteúdo de Lawrence Bardin, composta pelas seguintes etapas: (1) pré-análise: com leitura dos dados coletados, (2) exploração do material: leitura mais aprofundada dos dados, (3) tratamento dos resultados obtidos: agrupamento de falas equivalentes, formando categorias temáticas, e (4) interpretação: análise das falas a partir de categorias, subsidiados pela literatura subjacente (Bardin, 2016).

O presente estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da universidade a qual a pesquisadora está vinculada, inscritos sobre o Parecer n°. 2.879.646 (CAAE: 96401018.3.0000.5153).

3. RESULTADOS

A análise dos depoimentos obtidos por meio do grupo focal culminou em duas categorias temáticas, as quais traduzem as potencialidades e as limitações do processo de trabalho no cenário estudado. Na categoria “Potencialidades do processo de trabalho na APS”, levou-se em conta as fortalezas encontradas nas experiências dos participantes, expressas nas subcategorias “Planejamento e organização dos serviços” e “Educação permanente”. Já na categoria “Aspectos limitadores inscritos no processo de trabalho na APS” permitiu a emersão das dificuldades encontradas no processo de trabalho, representadas pelas subcategorias “Ruídos de comunicação”, “Dificuldade no reconhecimento de papéis e responsabilidades da equipe”, “Dificuldades de trabalhar em equipe”, “Desafios relacionados ao transporte para a equipe de saúde”.

3.1 Potencialidades do processo de trabalho na APS

3.1.1 Planejamento e organização dos serviços

Nos discursos apresentados fica clara a importância do planejamento e da organização dos serviços na ESF. Essa sistematização gera otimização de tempo e de atividades, contribuindo para que o processo de trabalho seja mais fluido e direcionado, evitando problemas relacionados a sobrecarga de trabalho:

A A. ajudou fazer o nosso (fluxograma de atendimento). Eu acho que desse jeito vai melhorar bem o jeito de trabalhar, a gente não fica tão sobrecarregado. Sentia falta de algo que nos guiasse. Na verdade, eu sempre falei que a gente precisava. (AL2)

[...] o processo de trabalho não é engessado. A medida que você tem um planejamento, você tem um norte [...]. (CD1)

[...] já percebi muito impacto no processo de trabalho. Atendimento dos pacientes ficou melhor, com privacidade, com lugar certo para atender as necessidades. Eu não perco tempo descendo a rampa para buscar um exame, está do meu lado para atender o paciente. (ENF3)

[...] a enfermagem não conseguia fazer os atendimentos de demanda espontânea, porque nem lugar a gente tinha, nem espaço. Agora, eu consigo levar para o meu consultório e realmente fazer atendimento de enfermagem e assim eu já consigo resolver os problemas. No consultório, agora já tem o prontuário eletrônico, então já resolvo tudo. (ENF3)

3.1.2 Educação permanente

A atualização permanente possibilita que os profissionais tenham segurança e competência para realizar o seu serviço diante de um processo de trabalho dinâmico como o da ESF. Fica evidente nas falas que os profissionais se preocupam com o impacto dos seus serviços na saúde das pessoas assistidas e cobram da sua equipe o mesmo comprometimento:

Creio que conhecer o que está fazendo, tem que ter conhecimento. E atualização[...] tem que está atualizando que as coisas estão sempre mudando. Então acho que isso ajuda muito. (AL2)

Eu acho que estar atualizada também, porque as coisas mudam, está sempre mudando. Então eu acho que precisa de capacitação, que os agentes também estejam empenhados, né? Porque às vezes têm a capacitação? Tem, mas tem que ver quem presta atenção, quem participa, que põe em prática...então eu acho que tem que ser cobrado, sabe? (ACS2)

Atualizações, a gente depende também. Que a gente tem o conhecimento, mas é bom sempre estar tendo capacitações, essas coisas, pra gente estar melhorando nesse sentido. Que vão surgindo mudanças, igual o prontuário eletrônico, por exemplo. (ACS1)

3.2 Limitadores inscritos no processo de trabalho na APS

3.2.1 Ruídos de comunicação

Os participantes reconhecem que a comunicação insatisfatória ou a falta dela gera desencontros no processo de trabalho, resultando em retrabalho e não resolutividade do problema. Além disso, pode afetar o processo de trabalho individual, deixando confusas as atribuições referentes a cada integrante da equipe, culminando em desalinhamento, também, do processo de trabalho das equipes inscritas no cenário estudado:

Se eu vou sair, procura o agente de saúde. Não tem prontuário, está com o agente de saúde. E as vezes eu vou na casa de um paciente e eles me perguntam sobre dentista. Agora a dentista fez um grupo também, da casa do paciente eu já peço para ela marcar para mim [...] Às vezes a recepção fala assim: “pede para o seu agente marcar”, sendo que eu fui na casa dele e pedi para ele vir aqui. (ACS2)

Eu percebi a dificuldade da recepcionista com algumas coisas que a gente nem imagina que ela não sabia. Então, penso que podemos melhorar a comunicação para ela está informada do que pode fazer, da composição da equipe, dos serviços... (ENF2)

Uma vez eu até comentei com a A., que seria muito bom se a gente tivesse aqui [...] todo mundo falando a mesma língua [...] são duas equipes, quando o paciente se muda de uma equipe para outra tem uma diferença [...] (ACS2)

3.2.2 Dificuldade no reconhecimento de papéis e responsabilidades da equipe

Os profissionais afirmam que o não reconhecimento dos papéis e responsabilidades de cada membro da equipe gera conflitos relacionados à atribuição de cada um no processo de trabalho, atuando como aspecto dificultador:

[...]eu acho que também precisa, por exemplo, aqui na unidade, que todos os profissionais que trabalham aqui conheçam o nosso trabalho, porque os colegas de trabalho às vezes, eles não sabem o que a gente faz e acha que tem que jogar tudo na gente. Tipo assim, às vezes nem passa para o enfermeiro o que eu faça, sabe? [...]. (ACS2)

Às vezes elas (ACSs) perguntavam para a gente e a gente não sabia...“Isso é eu que tenho que fazer? Isso é eu? ”, e a gente não sabia o que responder [...]. (ENF3)

3.2.3 Dificuldades de trabalhar em equipe

A dificuldade de trabalhar em equipe é um fator dificultador para os participantes. Estes reforçam que a interdependência entre os atores envolvidos em um contexto que apresenta limites para o trabalho em equipe emerge como um desafio a ser superado:

[...] a gente não trabalha sozinho, né, a gente depende de um outro para poder ajudar a gente a concluir o que a gente planejou. Então acho que a dificuldade é em relação a ter que contar com o outro e às vezes não poder contar no que está planejado. (ENF2)

[...]um setor depende muito...depende totalmente do outro, se não tiver esse trabalho em equipe, acaba atrapalhando o processo de trabalho de todo mundo. (ENF3)

3.2.1 Desafios relacionados ao transporte para a equipe de saúde

Os profissionais da ESF também atuam na zona rural do município e dependem do transporte que a prefeitura disponibiliza para prestar assistência a essa população. A falta desse transporte impossibilita o deslocamento dos profissionais e impede que todo o planejamento de ações realizado seja implementado:

[...] por exemplo: transporte. É uma dificuldade muito grande pra gente, porque a gente marca o dia de ir para o P. e de ir para C. (zona rural do município), aí tá: “ah, não tem jeito de ir com a gente, o carro tá lotado”. (AS1)

Aí se a gente vai para C., a gente dá duas viagens, mas a gente tem que ficar esperando um tempão lá que ele tem que sair pra fazer um curativo, alguma coisa, e o serviço que a gente poderia estar fazendo aqui não está sendo feito. É essa perda de tempo nesse percurso aí... (NUT1)

4. DISCUSSÃO

A presente pesquisa trouxe à tona as fragilidades e fortalezas inscritas no processo de trabalho de uma realidade de APS. Entre as fortalezas o planejamento e a organização dos serviços são destacados pelos profissionais de saúde, sendo considerado um aspecto que confere direcionamento e orientação para o processo de trabalho, além de ser base para um cuidado em saúde qualificado. A literatura reporta que o trabalho sem o planejamento acontece de forma inerte, orientada apenas pela noção de cada integrante de qual é a sua função, configurando uma visão reduzida do processo de trabalho como um todo (Figueiredo et al., 2020).

No contexto estudado esta dimensão emerge como algo que potencializa o processo de trabalho, auxiliando os trabalhadores no que tange ao gerenciamento do cuidado em saúde. O planejamento é definido como o pensar antes e durante a ação proposta (Campos; Faria; Santos, 2010). Neste sentido, o profissional precisa sempre traçar um planejamento das ações para alcançar metas e sistematizar as ações da equipe.

Estudo brasileiro que se propôs a investigar a importância do gerenciamento local para a APS trouxe resultados que contextualizam os desafios da presente pesquisa. Evidenciou-se que o planejamento na APS é atravessado por muitos desafios e, portanto, se vê ainda fragilizado no processo de trabalho dos profissionais que atuam nas unidades de saúde. Dentre as dificuldades pontuadas que se referem aos aspectos que transcendem à governabilidade da própria unidade de saúde deu-se destaque para a insuficiência de recursos humanos e de infraestrutura/espço físico. Já entre os aspectos mais internos à organização do trabalho emergiu a dificuldade em realizar trabalho em equipe e a pouca capacitação ou compromisso das diferentes categorias profissionais (Nunes *et al.*, 2018).

A despeito das dificuldades encontradas considera-se que a organização do trabalho em saúde pressupõe a necessidade de espaços destinados ao planejamento e à avaliação das ações (Borges et.al, 2016), devendo ser realizado diariamente na rotina da unidade de saúde. Cabe ressaltar que este planejamento não deve ser algo estático, até porque o cenário da APS é dinâmico, balizado pelas necessidades de saúde emergentes no território. Assim, igualmente vai se modificando de acordo com a demanda que se exterioriza, sendo um processo dinâmico e em permanente construção (Borges et.al, 2016).

Essa dinamicidade remete à emergência de um outro aspecto considerado pelos participantes como potencializador do trabalho em saúde: a educação permanente. Por educação permanente compreende-se a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho, propondo que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização da própria prática (Brasil, 2018).

Compreendendo a dinamicidade do processo de trabalho em saúde faz-se necessário que a educação permanente se faça presente, possibilitando que os profissionais tenham segurança e competência para fazer o seu trabalho, além de contribuir para a melhoria do serviço prestado aos usuários. Um estudo que investigou a construção da educação permanente no processo de trabalho dos serviços de saúde no estado de Minas Gerais evidenciou que os profissionais relataram maior segurança para prestar assistência quando inscritos em uma cultura de educação permanente. Foi também identificado maior confiança do usuário quando cuidado por estes profissionais capacitados (Silva; Matos; França, 2017).

Pela educação permanente os profissionais têm oportunidade de melhorar a prática em saúde, desenvolvendo uma escuta mais qualificada, capaz de entender as questões trazidas pelos usuários e estabelecer uma comunicação mais eficaz. Deste modo a educação permanente contribui para a reflexão crítica sobre a organização do processo de trabalho e a necessidade de problematizar o dia a dia, figurando como uma potencialidade do trabalho em saúde (Silva; Matos; França, 2017).

Apesar de na experiência desses profissionais a educação permanente e o planejamento seja visto como algo potencializador, existem diversos aspectos que ainda limitam esse processo de trabalho, expressas por ruídos de comunicação, dificuldades no reconhecimento de papéis e responsabilidades, dificuldade de trabalhar em equipe e desafios relacionados ao transporte para a equipe de saúde.

No tocante à comunicação, é destacado nos discursos como aspecto dificultador, expresso por desencontros causados em virtude de ruídos comunicacionais entre os profissionais e usuários, dificultando o processo de trabalho de toda a equipe. Previato e Baldissera (2018) afirmam que a comunicação é considerada um aspecto primordial para a prática interprofissional e presente em domínios como o cuidado centrado no paciente ou família, clareza dos papéis profissionais, dinâmica de funcionamento da equipe, resolução de conflitos interpessoais e liderança colaborativa.

Um estudo descreveu como aspectos que fragiliza a comunicação entre as equipes da APS, a passagem das informações unilaterais no processo de trabalho, com uso de aparatos tecnológicos como prontuário eletrônico, redes sociais, aplicativos de celular e reuniões esporádicas. Tal realidade afasta as equipes do agir comunicativo (Previato; Baldissera, 2018).

Portanto, evidencia-se que a comunicação constitui um instrumento de grande potencialidade para a produção de práticas mais humanizadas entre os trabalhadores de saúde e usuários, sendo necessário superar modelos que reforçam as relações de poder, na perspectiva do compartilhamento, ajuda e interação interprofissional (Coriolano-Marinus, 2014).

Os ruídos de comunicação existentes estão inter-relacionado com outra questão que emergiu em relação aos limitadores do processo de trabalho: a dificuldade no reconhecimento dos papéis e responsabilidades dos membros da equipe. O impacto dos ruídos na comunicação reflete diretamente nas dificuldades que cada profissional possui em reconhecer o seu papel e suas responsabilidades dentro da equipe, assim como de conectar suas práticas no contexto em que atuam.

Uma investigação que discutiu a insatisfação de profissionais de saúde no trabalho da ESF destacou a divisão de trabalho como um conflito existente. Este é

deflagrado pela ruptura entre a concepção e execução do trabalho (Soratto et.al., 2017), que poderia ser evitada caso cada profissional inserido na equipe tivesse clareza acerca do seu papel e do papel do outro.

Frente a este limite percebido pelos participantes da pesquisa evidencia-se que a atribuição de cada profissional no processo de trabalho torna-se indefinido ou definido apenas pela noção de cada integrante sobre o seu papel, gerando como consequência dificuldades no trabalho em equipe, primordial nos serviços de saúde.

O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (Araújo; Rocha, 2007).

Para um trabalho em equipe efetivo muitos são os desafios que devem ser superados, como a centralidade nas ações isoladas dos profissionais, a concentração das decisões e das responsabilidades em um único profissional e a fragmentação da assistência e dos saberes. Esses desafios são identificados, muitas vezes, como deficiência do próprio processo formativo dos profissionais, que se pauta ainda hegemonicamente no modelo uniprofissional de ensino (Miareli, 2012).

Existem evidências relacionadas à formação profissional em saúde e trabalho multiprofissional que mostram uma falta de estrutura na formação universitária para o trabalho em equipe, reforçando a ausência de um direcionamento na academia para o trabalho multiprofissional (Campos; Reis, Gherardi-Donato, 2010). Atualmente a discussão sobre o modelo interprofissional vem ganhando bastante relevância no meio acadêmico, com forte tendência de organizar as práticas de saúde, objetivando atender de maneira equânime as demandas da população (Araújo; Rocha, 2007).

Em um estudo apresentado por Rossit e colaboradores (2018), os participantes relataram que a trajetória de formação em cursos com currículos focados na interprofissionalidade enfatizam práticas colaborativas como importantes para o desenvolvimento, construção e fortalecimento da identidade profissional em cada área de formação, mediante o reconhecimento das especificidades das outras áreas.

Os avanços em relação a implantação do modelo de formação interprofissional no Brasil requerem não somente diálogo, mas, a efetiva articulação entre todos os envolvidos com a atenção à saúde e a formação dos profissionais, buscando superar os modelos dominantes de educação e prática uniprofissional, que já não respondem mais aos desafios e à complexidade das necessidades de saúde (Câmara et.al., 2016). Concebe-se ser esta uma ação estratégica para fortalecer desde o processo formativo a prática do trabalho em equipe, de modo a reverberar na ampliação da troca de saberes e na atuação cooperativa dos profissionais que atuam na APS.

Além das questões já discutidas referentes a relação dos profissionais da equipe entre si, existem também questões estruturais que estão ligadas às redes de cuidado que podem trazer implicações negativas ao trabalho em saúde, a exemplo do transporte, utilizado como meio de locomoção dos profissionais de saúde para territórios mais distantes de atuação da ESF.

Em um estudo que investigou as facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica também se evidenciou o deslocamento da unidade até áreas de abrangência como um dificultador do processo de trabalho. Identificou-se que o transporte era disponibilizado apenas uma vez por semana às equipes de saúde, obrigando os profissionais a priorizarem serviços de visita domiciliar para pacientes mais necessitados, considerando ser uma parcela expressiva da população atendida pela ESF residente em zona rural (Lopes; Marcon, 2012).

Essa mesma dificuldade de transporte também é descrita em outro estudo, o qual evidenciou que devido a distância entre os domicílios dos pacientes, torna-se fundamental um meio de locomoção para a equipe de saúde, além de condições climáticas favoráveis. Estes aspectos, se não estiverem presentes, dificultam o processo de trabalho, limitando as práticas de saúde em territórios mais distantes (Borges et.al, 2016).

Diante do exposto, compreende-se que o processo de trabalho em saúde apresenta nuances que o atravessam cotidianamente, ora favorecendo e ora dificultando a produção do cuidado no âmbito da APS. A presente investigação não tem a intenção de esgotar estas nuances, mas de permiti-las emergir sob a perspectiva dos

profissionais de uma dada realidade brasileira. Desse modo, esta pesquisa é dotada de uma particularidade, relacionada ao contexto em que foi realizada, impedindo assim a generalização dos resultados para outras realidades. Como limitação do estudo demarca-se o fato de a coleta de dados ter sido realizada por meio de uma única técnica, em um contexto grupal, limitando a profundidade e as múltiplas perspectivas que poderiam emergir dos achados, dada a natureza qualitativa da pesquisa.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa proporcionou a identificação e compreensão de potencialidades e fragilidades inscritas no processo de trabalho da ESF a partir da perspectiva dos profissionais. Dentre as potencialidades foram identificadas o planejamento e organização dos serviços e a educação permanente. Já a respeito dos aspectos limitadores foram destacados os ruídos de comunicação, a dificuldade no reconhecimento de papéis e responsabilidades, de trabalhar em equipe e os desafios relacionados ao transporte para a equipe de saúde.

Diante desses resultados é possível perceber que os aspectos limitadores são preponderantes nas falas dos profissionais, se comparado aos potencializadores. Desse modo, faz-se necessário a reflexão sobre estas fragilidades e a busca por estratégias que possam amenizá-las ou até mesmo eliminá-las. Nesta perspectiva, sugere-se a criação de espaços/horários protegidos de educação permanente para os membros das equipes de saúde da ESF, a fim de que a reflexão/problematização das dificuldades do processo de trabalho suscite, conjuntamente, o encontro de caminhos para transcendê-las.

Portanto, a presente pesquisa traz reflexões importantes para a prática, a gestão da APS e a formação dos profissionais de saúde, na medida em que evidencia a importância de tematizar as fortalezas e fragilidades que atravessam o trabalho na APS, valorizando e estimulando práticas interprofissionais que possam equacionar as dificuldades vivenciadas pelos atores envolvidos na produção do cuidado em saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro concedido à pesquisa.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 455-464, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BORGES, F. A. et al. Gerenciamento em saúde: o olhar de trabalhadores da saúde da família rural. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 466-473, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 out. 2011.

CÂMARA, A. M. C. S. et al. Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 5-8, 2016.

CAMPOS, D. A.; REIS, L. N.; GHERARDI-DONATO, E. C. S. Da formação à prática no PSF: o nó do trabalho multiprofissional. **Saúde & Transformação Social**, v. 1, n. 1, p. 70-74, 2010.

CAMPOS, F. C. C. et al. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CARRAPATO, J. F. L.; CASTANHEIRA, E. R. L.; PLACIDELLI, N. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre a qualidade no processo de trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 518-530, 2018.

CORIOLO-MARINUS, M. W. L. et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, 2014.

COSTA, M. V. et al. A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 2, p. 601-610, 2018.

FIGUEIREDO, I. D. T. et al. Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, n. 1, p. 27-38, 2020.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 575-625.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e Estados**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/cajuri.html>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Portal Cidades**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/cajuri/panorama>.

LOPES, M. C. L.; MARCON, S. S. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 34, n. 1, p. 85-93, 2012.

MIARELI, A. V. T. C. **Trabalho multiprofissional na ESF: dificuldades ou desafios?** 2012. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

NUNES, L. O. et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e175, 2018.

OLIVEIRA, N. R. C. et al. **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na atenção primária à saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 66, p. 1535-1547, 2018.

REZENDE, S. A. **O planejamento e gerenciamento no processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

ROSSIT, R. A. S. et al. Construção da identidade profissional na educação interprofissional em saúde: percepção de egressos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 66, p. 1399-1410, 2018.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018.

SILVA, K. L.; MATOS, J. A. V.; FRANÇA, B. D. A construção da educação permanente no processo de trabalho em saúde no estado de Minas Gerais. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, e20170060, 2017.

SORATTO, J. et al. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 4, e2500016, 2017.

SOUSA, L. S.; OLIVEIRA, T. O fazer científico da pesquisa-ação: mapeando o conceito de engajamento em uma perspectiva multidimensional. **Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social**, n. 17, p. 69-85, 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

**CAPÍTULO 8 - A PARTICIPAÇÃO DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA NO ENFRENTAMENTO À
PANDEMIA DA COVID-19 EM UM MUNICÍPIO DE MINAS GERAIS**
*THE PARTICIPATION OF A PUBLIC UNIVERSITY IN TACKLING THE COVID 19 PANDEMIC IN A
MUNICIPALITY IN MINAS GERAIS*

Laura Elisa Silva ¹
Tiago Ricardo Moreira ²
Vanessa de Souza Amaral ³
João Vitor Andrade ⁴
Flávia Galvão Cândido ⁵
Deíse Moura de Oliveira ⁶

¹ Enfermeira. Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: laura.elisa@ufv.br

² Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: tiago.ricardo@ufv.br

³ Enfermeira. Doutoranda em Ciência da Nutrição na Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Nutrição e Saúde. E-mail: amaralsvanessa@gmail.com

⁴ Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem na Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais. Escola de Enfermagem. E-mail: jvma100@gmail.com

⁵ Nutricionista. Doutora em Ciência da Nutrição. Departamento de Nutrição e Saúde. E-mail: flaviagcandido@gmail.com

⁶ Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: deise.oliveira@ufv.br

RESUMO

Objetivo: compreender, sob a perspectiva de gestores municipais e universitários, a atuação da Universidade Federal de Viçosa no enfrentamento à pandemia do COVID-19 no município de Viçosa - MG. **Métodos:** Pesquisa qualitativa de cunho descritivo-exploratório que teve como objetivo. Os dados empíricos foram construídos a partir da análise de conteúdo de Bardin, por meio da triangulação de técnicas (entrevista, pesquisa documental e observação não participante). Participaram da pesquisa 21 gestores municipais, universitários e da saúde suplementar do município. **Resultados:** a atuação indutora da universidade nas ações de enfrentamento à pandemia da COVID-19, principalmente no tocante ao suporte material, humano e técnico-científico, reafirmando o seu papel e compromisso social enquanto instituição pública de ensino superior, gratuita e de qualidade. **Considerações Finais:** a atuação da universidade no enfrentamento à pandemia no município estudado reflete o seu papel social, bem como a potencialidade da ciência e da pesquisa para além dos cenários institucionais de ensino. Além disso, o estudo permitiu a consolidação de um processo de busca e apropriação pelo fortalecimento de ações intersetoriais no campo da saúde pública.

Palavras-chave: Administração em Saúde Pública. Estratégias de Saúde Locais. Universidades. COVID 19.

ABSTRACT

Desafios e Experiências no Cuidado e na Promoção da Saúde Coletiva
Thesis Editora Científica 2025

Objective: To understand, from the perspective of municipal and university managers, the role of the Federal University of Viçosa in tackling the COVID-19 pandemic in the municipality of Viçosa - MG. **Methods:** This was a descriptive-exploratory qualitative study. The empirical data was constructed using Bardin's content analysis, through the triangulation of techniques (interviews, documentary research and non-participant observation). 21 municipal, university and supplementary health managers from the municipality took part in the research. **Results:** the inductive role of the university in actions to tackle the COVID-19 pandemic, especially with regard to material, human and technical-scientific support, reaffirming its role and social commitment as a free, quality public higher education institution. **Final Considerations:** the university's role in tackling the pandemic in the municipality studied reflects its social role, as well as the potential of science and research beyond institutional teaching settings. In addition, the study allowed the consolidation of a process of search and appropriation for the strengthening of intersectoral actions in the field of public health.

Keywords: Public Health Administration. Local Health Strategies. Universities. COVID 19.

1. INTRODUÇÃO

O novo Coronavírus, causador da doença mundialmente conhecida por COVID-19, trata-se de um RNA vírus causador de infecções respiratórias. Foi identificado no dia 31 de dezembro na cidade de Wuhan, na China e, devido à sua alta transmissibilidade, diretamente proporcional à velocidade de propagação, rapidamente diversos países começaram a notificar casos importados da doença. No dia 11 de março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que se tratava de uma pandemia, uma vez que o vírus já circulava em todos os continentes (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020; Lana *et al.*, 2020).

O primeiro caso brasileiro foi notificado em 26 de fevereiro, no estado de São Paulo. A incidência de casos novos aumentou gradativamente, apresentando notificação de 30.012.798 casos confirmados de Covid-19 até o dia 04 de abril de 2022, com 660.312 óbitos e letalidade de 2,2%, sendo a região Sudeste a mais atingida com 11.744.877 casos (Brasil, 2022). Nesta mesma data foram confirmados 489.779.062 casos da doença no mundo. Os Estados Unidos figurava-se como líder mundial em número de casos confirmados, sendo 79.426.860 casos da doença até o dia 04 de abril de 2022, apesar da Europa ser o continente mais acometido com 204.627.961 casos positivos (World Health Organization, 2022).

Por tratar-se de um problema global de saúde pública, a pandemia do coronavírus tem desafiado sobremaneira os países a encontrar estratégias para o enfrentamento da mesma. Alguns governos iniciaram suas estratégias assim que a gravidade da situação foi anunciada pela OMS. A maioria dos países afetados adotou medidas como a quarentena e o isolamento social de seus habitantes para reduzir a velocidade de disseminação da doença. Destaca-se ainda a utilização de mídias sociais como ferramenta para informações de educação em saúde e orientações gerais sobre a pandemia, uma vez que a conscientização da população faz toda a diferença no enfrentamento da doença (Andrade; Moraes, 2020; Diniz *et al.*, 2020; Lana *et al.*, 2020).

No Brasil, este enfrentamento tem como referência global a OMS e nacionalmente o Ministério da Saúde (MS). Por se tratar de um estado federativo sabe-se que parte das diretrizes provenientes destes órgãos deve ser avaliada pelos entes estaduais e municipais, a fim de que medidas coerentes a cada realidade sejam colocadas em prática (Mendes, 2019). Nesse contexto insere-se o processo de enfrentamento à COVID-19 pelos atores da gestão municipal, representados por prefeitos, secretários municipais de saúde e por profissionais que atuam na gestão da secretaria de saúde e órgãos/instituições a ela vinculados (Brasil, 2020).

Dada a magnitude do problema de saúde pública emergente nesta pandemia, o que se evidencia na prática é que, para além dos profissionais inseridos na gestão municipal, tem havido esforços paralelos de outros setores e instituições que potencializam o combate ao novo Coronavírus. Um exemplo emblemático são as universidades públicas e as instituições públicas de pesquisa na saúde e áreas afins.

A Universidade Federal de Viçosa (UFV) se configura, no cenário regional e nacional, como instituição pública de ensino superior que promove a formação de profissionais com habilidades e competências para atuação em diferentes áreas sociais. Destacamos aqui o investimento da UFV em ensino, pesquisa, extensão e administração neste momento de enfrentamento à pandemia da COVID-19.

É importante ressaltar que as áreas da saúde e da educação vivem um processo de desmonte em curso, que impacta sobremaneira neste momento. Todo esse processo pode sobrepôr desafios e recursos escassos históricos neste período pandêmico, em

que se exige um incremento de investimento para que respostas mais efetivas possam ser dadas à sociedade (Almeida; Ramalho; Amorim, 2020). Nesse sentido, a UFV tem se firmado como instituição parceira do município de Viçosa - MG desde fevereiro de 2020, ao se inserir em ações de planejamento e operacionalização para o enfrentamento do novo coronavírus.

Portanto, a gestão destes dois setores – parceiros no enfrentamento à pandemia da COVID-19 – envolvem experiências que dizem de um contexto histórico, econômico, político e social, que hoje alcança o Sistema Único de Saúde (SUS) e a própria universidade, ambos chamados neste momento a responderem, dentro das suas possibilidades e competências, ao chamamento de uma emergência em saúde pública.

Considerando a parceria estabelecida entre a UFV e a gestão municipal no enfrentamento da pandemia em Viçosa - MG, bem como as experiências e respostas sociais cabíveis à universidade neste momento, as seguintes questões nortearam a pesquisa: como os gestores municipais e universitários avaliam o papel exercido pela Universidade Federal de Viçosa no enfrentamento da pandemia da COVID-19? Quais as ações estratégicas realizadas pela Universidade Federal de Viçosa no enfrentamento à pandemia no município de Viçosa, Minas Gerais.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo compreender, sob a perspectiva de gestores municipais e universitários, a atuação da UFV no enfrentamento à pandemia do COVID-19 no município de Viçosa – MG.

2. MÉTODOS

A presente pesquisa está abrigada em um projeto maior, intitulado “A pandemia de Covid-19 no Estado de Minas Gerais: uma investigação no âmbito da atenção, da educação, da gestão e da pesquisa em saúde” o qual obteve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFV, inscrito sob o número 4.019.269/CAAE:31 128920.5.0000.5153.

O presente recorte² trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, de cunho descritivo-exploratório. Essa abordagem objetiva descrever características de uma população, um fenômeno ou uma experiência que ainda é pouco explorada/estudada

(Costa, 2016), como é o caso de enfrentamento à pandemia da Covid-19 na perspectiva dos gestores municipais e universitários atuantes no município de Viçosa.

O estudo foi realizado no município de Viçosa, MG, situado na mesorregião da Zona da Mata. A população média estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2020 era de 79.910 habitantes e a extensão territorial é de 299,418 km². O município é considerado uma cidade universitária por abrigar uma universidade pública de grande porte, a UFV. Possui ainda duas instituições de ensino superior privadas, dentre outras instituições com modalidade de ensino semipresencial e ensino à distância.

Viçosa é polo de uma microrregião de saúde, sendo referência em assistência à saúde de média e alta complexidade para mais oito municípios adjacentes. Possui dois hospitais e três serviços que prestam atendimentos de média complexidade para a microrregião de saúde, além de 15 Unidades de Saúde de Atenção Primária, das quais 14 estão enquadradas no modelo da Estratégia Saúde da Família (Viçosa, 2021).

Como critério de inclusão para a realização do estudo, definiu-se ser gestor em alguma das seguintes instâncias: Secretaria Municipal de Saúde (SMS), prestadores de serviços públicos de saúde, saúde suplementar e UFV. Além disso, os participantes deveriam estar, na época da coleta de dados, no cargo de gestores pelo período mínimo de seis meses – isto é, minimamente desde a deflagração da pandemia – e atuar nos conselhos técnicos de enfrentamento à pandemia em Viçosa. Definiu-se como critério de exclusão aqueles que se encontravam afastados do cargo por qualquer motivo durante o período da coleta de dados.

A coleta de dados aconteceu de outubro a dezembro de 2020, sendo realizada por meio da triangulação de técnicas, que incluiu: entrevista individual – orientada por um roteiro semi-estruturado com questões abertas –; análise documental – realizada através do resgate cronológico dos acontecimentos via notas, decretos e demais registros de relevância oriundos da Prefeitura Municipal de Viçosa (PMV) e da UFV –; e observação não participante – cujas impressões e percepções das pesquisadoras, durante e após as entrevistas, foram registradas em diário de campo.

O contato inicial com o potencial participante se deu por meio de ligação

telefônica que, sinalizando positivamente quanto à participação, procedeu-se ao agendamento da entrevista, de acordo com a disponibilidade dele. Das 21 entrevistas, 19 aconteceram em salas privativas, nos respectivos locais de trabalho dos depoentes e duas aconteceram em Plataforma virtual (*Google Meet*), por solicitação dos participantes. As entrevistas tiveram duração média de 25 minutos e foram gravadas e transcritas na íntegra.

Anteriormente às entrevistas, foram coletados dados de caracterização dos participantes, a saber: idade, sexo, data de nascimento, formação profissional, cargo ocupado na gestão e tempo de experiência no referido cargo. Cabe ressaltar que antes de cada entrevista foi realizada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a preservação do anonimato os participantes foram identificados da seguinte forma: GM - gestor municipal-, GU - gestor universitário -, e GSS - gestor da saúde suplementar.

A amostragem se deu de forma intencional e a interrupção aconteceu pelo método de saturação teórica, constatada pelos pesquisadores a partir do campo de observação, diante da não ocorrência de elementos novos para responder às perguntas e objetivos da pesquisa (Minayo, 2017).

Neste sentido, participaram do estudo 21 profissionais, sendo 11 pertencentes à gestão municipal, 07 à gestão universitária e 03 à gestão da saúde suplementar. Os dados foram coletados por duas pesquisadoras (estudante de mestrado e de graduação bolsista de iniciação científica), com experiência prévia em estudos qualitativos, orientadas e habilitadas para a realização da coleta dos dados.

O processo analítico dos dados foi fundamentado na análise de conteúdo, tendo como referencial Lawrence Bardin (2016), perfazendo todas as etapas do método, que consiste na pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Os dados foram organizados e agrupados em categorias. O conteúdo subjacente manifestado na fala dos participantes foi submetido à interpretação, a partir da literatura científica relacionada à temática e do referencial teórico de Paulo Freire, ancorado pelos pressupostos da dialogicidade, problematização, participação política, autonomia e transformação social, pois acredita-se que tais pressupostos dialogam

veemente com o objeto do estudo (Costa, 2016; Freire, 1979; Freire, 1987; Freire, 1995; Freire, 2003).

3. RESULTADOS

3.1 Caracterização dos participantes

A amostra foi composta por 21 participantes, sendo 12 do sexo feminino e nove do sexo masculino, com faixa etária de 26 a 59 anos. O tempo de experiência no cargo de gestão variou de seis meses a 15 anos.

A partir da análise dos dados emergiram três categorias temáticas que expressaram a avaliação do papel da UFV nas estratégias para o enfrentamento à pandemia de COVID-19 no cenário do estudo, sendo elas: a atuação da universidade como indutora das ações de enfrentamento à pandemia; a universidade como suporte técnico-científico e de recursos humanos, materiais e financeiros no enfrentamento à pandemia, e o papel e compromisso social da Universidade.

3.2 A atuação da universidade como indutora das ações de enfrentamento à pandemia

A universidade aparece nas narrativas como parceira fundamental do município e indutora de várias ações de enfrentamento, com destaque ao importante auxílio na realização de testagens de RT-PCR.

Os gestores municipais afirmaram que a universidade teve papel fundamental para a elaboração de estratégias para o enfrentamento à pandemia de COVID-19, como por exemplo, a utilização de seus laboratórios para a realização de testes que agilizou as ações e possibilitou o investimento de esforços em outras frentes de ação:

“[...] foi muito bom ter tomado essa iniciativa de ter o laboratório, porque os resultados demoravam uma semana, aqui a gente conseguia com dois dias.” (GM2)

“[...]a UFV nos ajudou, só essa testagem que é feita aqui em Viçosa, iniciativa deles, já foi um ganho para nós.” (GM4)

“[...]eu tiro o chapéu com essa iniciativa da UFV de abraçar o serviço aqui, vejo que o laboratório da UFV foi um achado pra gente, foi através daí que a gente conseguiu organizar outros tipos de serviços.” (GM4)

“[...]foram ações bem rápidas, tanto a parte de estratégia da universidade em provocar o município, quanto da parte do município em buscar a gestão de tudo.” (GM6)

“[...] as ações da universidade provocando o município e conjunto ao município foram muito especiais, tudo que a gente conseguiu foi num parâmetro diferenciado.” (GM6)

“Fundamental, ela foi fundamental nessas nossas ações.” (GM7)

Os gestores universitários mostraram reconhecer seu papel social enquanto pesquisadores que buscam, por meio da produção científica, intervir de forma assertiva no meio sociocultural em que se inserem:

“[...] partiu da universidade cutucar o município. Se não fosse a universidade talvez eles esperassem um tempo para começar a agir, tomar as decisões e fazer as ações, se não fôssemos nós enquanto universidade para receber esses materiais, distribuir adequadamente, equitativamente de acordo com as demandas de atendimento, por essa unidade UAES³ Covid ceder o espaço físico, mão-de-obra, os laboratórios, a cabeça pensante.” (GU1)

“[...] a universidade esteve muito atenta, principalmente com a suspensão das atividades acadêmicas no momento que a gente considerou primordial, porque aqui a gente tem uma universidade grande em uma cidade pequena.” (GU7)

3.3 A universidade como suporte técnico-científico e de recursos humanos, materiais e financeiros no enfrentamento à pandemia

Os participantes referiram que a UFV disponibilizou vários suportes para o enfrentamento à pandemia, os quais se deram nos âmbitos técnico, científico e operacional. Apoio com recursos humanos, materiais e financeiros, elucidados em ações voltadas à organização dos fluxos da rede de atenção, criação de protocolos e capacitação de profissionais. Destacam-se nas entrevistas o reconhecimento do saber produzido na Universidade por parte dos gestores municipais enquanto os gestores universitários apontam para o cumprimento satisfatório do exercício de sua função em uma instituição pública:

“A UFV contribuiu muito, principalmente na parte teórica, por ser uma entidade científica, com profissionais expert no assunto de infectologia, como agir, como estar

numa situação de pandemia, foi muito benéfico para ajudar a construir esse projeto [...]
(GM1)

“Se não fosse a UFV a gente não teria o apoio necessário no começo, precisamos de teoria pra colocar muita coisa na prática, e ajudou muito, os protocolos que foram criados [...]” (GM5)

“Diagnóstico, se não fosse essa ação da universidade em tomar uma decisão muito assertiva, acho que não só Viçosa, mas toda a região estaria em um cenário muito pior, o diagnóstico é a base do rastreio, do manejo, da ação medicamentosa, então acho que foi a parte que a universidade contribuiu de forma inquestionável para a sociedade
(GM6)

“[...] em todos os níveis ela foi primordial, cedendo profissionais e também nas ações, a universidade foi catalisadora de tudo [...] a universidade bancou coisas, bancar fechar uma universidade em torno de 15 mil alunos [...] os testes, o gerenciamento de EPI. [...]
(GM9)

“[...] a gente ajudou com nosso saber, com os conhecimentos, com os docentes que foram vários até os hospitais, atuando, ajudando a organizar, montando serviços, EPI's, capacitações e também estruturando internamente para que a gente pudesse também abarcar a nossa comunidade para ela não sobrecarregar o serviço de saúde do município, então assim, se não fosse a UFV eu não sei o que teria acontecido com Viçosa.” (GU1)

“[...] nós entramos com recurso humano, financeiro, material e fez toda a diferença quando comparamos nosso município a municípios com o mesmo número de habitantes, então considero as ações da UFV 100%.” (GU3)

“Eu avalio como algo nunca visto antes na história dessa instituição, até por questões de engajar mesmo dentro da situação, esse engajamento era necessário, a instituição não se omitiu ao que foi colado a ela, se isso não fosse uma ação muito articulada, a gente poderia hoje em viçosa ter resultados piores [...]” (GU7)

Os gestores da Saúde Suplementar concordam que as ações e conhecimento científico da UFV foram definidores para o enfrentamento da COVID-19 na cidade de Viçosa e região:

“A UFV, ajudou muito, na estruturação do serviço, na parte de teleatendimento, a própria UAES que foi montada mais no início, então ajudou na montagem de estrutura, até para entender também a parte de conhecimento deles é muito boa, geram muitos protocolos de atendimento, de contaminação, como vai ser, então ajudou muito nessa parte técnica, foi bem importante isso.” (SS1)

3.4 O papel e compromisso social da universidade

Nas narrativas a universidade ganha destaque, considerando a forte parceria, implicação e o papel social no enfrentamento à pandemia da COVID-19, traduzindo a universidade como uma instituição pública que se mostrou capaz de auxiliar nas demandas atuais da sociedade no contexto da pandemia. As avaliações dos gestores indicam para a existência de parceria, diálogo, trabalho coletivo e reflexão diante dos desafios colocados pela pandemia:

“[...] foi uma grande parceira, nos ajudou muito [...] foi, e ainda tá sendo de uma grande valia, eles nos ajudam muito aqui, mas a gente também sempre teve a parceria da UFV.” (GM3)

“Conjunto com o município eu avalio de forma muito positiva, a gente não pode separar os dois, desde o primeiro diálogo que a gente teve [...] foi uma ação bem rápida.” (GM6)

“[...] foi um trabalho coletivo de toda a universidade, nós fizemos toda a diferença, e fizemos o máximo que poderíamos ter feito.” (GU4)

“[...] a UFV não se omitiu, hoje a gente tem uma sensação de dever cumprido, sabemos que a gente precisa fazer muito mais, mas eu não poderia estar mais feliz e orgulhoso de estar como dirigente máximo da universidade neste momento em que a atuação da UFV se fez presente na melhoria de vida, na segurança, na preservação da vida das pessoas, de toda a sociedade do nosso estado e do Brasil.” (GU4)

“[...] mas muito mais uma dispersão desse conhecimento dentro da comunidade, é o que Viçosa, por exemplo, nunca usufruiu e que deveria usufruir sempre, que é a UFV ser um pouco povo, né [...] trazendo uma diferença para essa comunidade [...]” (SS1)

“[...] acho que foi um trabalho coletivo realmente, sob comando da UFV.” (SS3)

4. DISCUSSÃO

A presente pesquisa, ao debruçar-se sobre a atuação da UFV no enfrentamento à
Desafios e Experiências no Cuidado e na Promoção da Saúde Coletiva
Thesis Editora Científica 2025

pandemia da COVID-19 no município na qual está inscrita, evidenciou a importância do papel exercido pela instituição durante o período de crise sanitária, com destaque para a primeira onda da pandemia. A UFV foi reconhecida como indutora de várias ações no município, destacadas desde o momento da interrupção das atividades presenciais do campus até o suporte com recursos materiais, humanos, financeiros e técnico-científicos. Demonstrou-se grande parceira do município no combate à pandemia, reafirmando assim o seu papel e compromisso social.

Desde o início da pandemia, a administração da universidade pública inscrita no município do estudo propôs e manteve um diálogo constante com a SMS, em prol do delineamento de um conjunto de planos de contingência da doença. A instituição de ensino superior realizou o chamamento inicial do município para o enfrentamento à pandemia.

A atuação da universidade como indutora das ações de enfrentamento à pandemia deu-se a partir do compartilhamento de saberes entre a gestão municipal e universitária, que contou com a formação de conselhos. O Comitê Operativo de Emergência (COE) para o Coronavírus, instaurado pela UFV, foi o primeiro passo para o início de toda estruturação das estratégias de enfrentamento, e objetivou a elaboração de planos para contingenciamento da doença e avaliação contínua das ações estratégicas implementadas (UFV, 2020).

A criação de um comitê gestor ou de um grupo de trabalho foi identificada como prioridade imediata de várias universidades federais que atuaram no enfrentamento à pandemia. A partir da construção desse espaço puderam ser estruturadas ações de ensino, pesquisa e extensão direcionadas à comunidade, com intuito de encaminhar soluções de diversos problemas a serem enfrentados (Cunha *et al.*, 2020).

Houve ainda, na realidade estudada, a criação pela prefeitura municipal do Centro de Operações de Emergência em Saúde, o COES-Viçosa, posteriormente ao COE. Este foi utilizado como um cenário para discussão de recomendações para as tomadas de decisões referentes ao enfrentamento. Era composto por gestores da SMS, da universidade e da saúde suplementar, além de representantes da sociedade civil de Viçosa, MG (Viçosa, 2020).

Tais espaços de decisões compartilhadas reforçam, na prática, a teoria da dialogicidade de Paulo Freire, que se estabelece na perspectiva da construção coletiva do diálogo, fomentado pelos saberes individuais. É através deste movimento, permeado pelo pensar crítico, que se promovem as ações catalisadoras, capazes de transformar a realidade (Freire, 1987).

Essa parceria município e universidade, elucidada na presente pesquisa, é também evidenciada por um estudo que aponta que as Instituições de Ensino Superior (IES) brasileiras promoveram ações relevantes no enfrentamento à pandemia da COVID-19. Enfatiza a atuação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS) que, assim como a UFV, atuou em conjunto com as gestões municipal e estadual, trazendo grandes contribuições da universidade para a sociedade a partir das ações de pesquisa, extensão e ensino (Almeida *et al.*, 2020).

Pensando na relevância dessa parceria entre a comunidade e universidades, é possível identificar a importância das universidades na transformação da ciência em avanços na prática, através de parcerias para a implementação de políticas públicas. Um forte exemplo de políticas promovidas que alcançam de fato a comunidade é o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), que se configura como peça fortalecedora da integração entre ensino, serviço e comunidade através da inserção do estudante no mundo do trabalho. A efetivação de políticas públicas como essa reforça mais uma vez o papel e o foco da universidade não somente na produção da ciência, mas também como grande colaboradora no encaminhamento de demandas sociais, buscando conhecimentos e soluções indutoras de mudanças da realidade social (Batista *et al.*, 2015).

O papel protagonista das instituições públicas de ensino superior no enfrentamento à COVID-19 converge com a teoria freireana da educação como um ato político. Assim, as ações emergem da problematização do contexto, envolvendo a reflexão e a construção de saberes viabilizadoras de mudanças sociais (Freire, 1987).

A universidade, além de indutora no enfrentamento à pandemia, foi reconhecida pelos participantes como suporte técnico-científico e de recursos humanos, materiais e financeiros durante o enfrentamento da COVID 19.

Isso é corroborado por dados apresentados pelo MS, ao afirmar que a rede federal de educação atuou intensamente em prol da luta contra o coronavírus. No total apresentaram 3.375 ações de enfrentamento realizadas por instituições públicas, beneficiando aproximadamente 42,51 milhões de pessoas. Dentre as ações realizadas, destacam-se: a produção de álcool em gel glicerinado ou álcool 70%; o serviço de aconselhamento e/ou apoio psicológico; a fabricação de equipamentos de proteção individual (EPI's); a produção de materiais educativos; o teleatendimento; as capacitações de profissionais e assessorias às secretarias municipais e estaduais de saúde, entre outros (Brasil, 2021).

A UFV teve suas inúmeras ações destacadas nas falas dos gestores aqui apresentadas. A partir da suspensão de suas atividades presenciais, atuou intensamente no combate à pandemia no município promovendo a criação da Unidade covid-19 da UFV, implantada nas dependências da universidade para o atendimento a casos suspeitos de COVID 19. Promoveu ainda o serviço de teleatendimento para pessoas sintomáticas, solução de dúvidas e rastreamento de contatos, oferecido através da parceria entre o Departamento de Medicina e Enfermagem e a SMS e credenciamento de seis de seus laboratórios para realização do teste de detecção do novo coronavírus (UFV, 2020).

Vale ressaltar que, entre essas ações, o teleatendimento COVID na realidade estudada configurou-se como facilitador do atendimento às demandas do coronavírus, sendo porta de entrada para a articulação com as redes de atendimento à saúde. A estratégia gerou evidências científicas no que tange sua eficiência no contingenciamento de casos, devido ao número expressivo de atendimentos realizados. Durante oito meses de funcionamento, o serviço de teleatendimento realizou 2.407 notificações, correspondendo a 11,3% do total de notificações do município, sendo 17.071 o total de atendimentos realizados nesse período (Freitas *et al.*; 2021).

De fato, esta estratégia, reconhecida e utilizada à nível mundial, repercutiu positivamente em outros momentos epidêmicos semelhantes ao atual, como a crise de Ebola na África do Sul e o surto de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) em 2003 na China. Apesar de muitos países ainda não possuírem legislação para o telessaúde,

vários países desenvolvidos já fazem o uso da estratégia, que reduz o contato de pessoas saudáveis com ambientes potencialmente infectados a partir da triagem por telefone, além de garantir uma fonte de orientações e informações seguras (Keshvardoost; Bahaadinbeigy; Fatehi, 2020).

Além disso, o diagnóstico por testagem, também elucidado nas falas dos gestores como importante ação de enfrentamento, se mostra como uma estratégia eficiente para o controle da disseminação do novo coronavírus em vários países, se associado a outras estratégias para contingenciamento de casos. Apesar de ser um desafio, devido ao desencontro da aparição dos sintomas e do diagnóstico laboratorial, estudos apontam que o atraso nos diagnósticos e no início do tratamento gera um aumento na velocidade da disseminação das infecções (Magno *et al.*, 2020).

A testagem em massa foi uma das estratégias recomendadas pela OMS em diversos países, pensando na maior facilidade para pensar e agir sobre os determinantes epidemiológicos do vírus a partir de um diagnóstico assertivo, considerando que a detecção precoce da infecção facilita a tomada de decisões para a interrupção da cadeia de transmissão. Essa estratégia apresentou-se como um desafio para muitos países, especialmente devido à falta de insumos para a realização dos testes (Oliveira; Araujo, 2020).

Nessa questão, Viçosa se destacou no cenário nacional pelo seu nível de testagem a partir da parceria com a UFV, que transcendeu o município abrangendo toda a microregião. Até o dia 15 de fevereiro de 2022, a cidade em tela atingiu a marca de aproximadamente 9 testes realizados a cada 100 habitantes (90,69 da população testada), enquanto o país realiza aproximadamente 3 testes a cada 100 brasileiros (32,75 da população testada) (Brasil, 2022; Viçosa, 2022; IBGE 2020).

Ainda sobre as ações estratégicas da UFV, no que se refere a recursos financeiros e materiais, a Comissão de Inovação, instaurada durante a pandemia da COVID 19, juntamente com outros setores da universidade, produziu até julho de 2020 14.782 litros de álcool em gel, mais de 10 mil protetores faciais, cerca de 72 mil máscaras de TNT e 9.600 máscaras caseiras. Todos os itens foram disponibilizados para as prefeituras de Viçosa e cidades da microrregião, além de casas de longa permanência, Associação

de Pais e Amigos Excepcionais (APAE) e serviços de saúde (UFV, 2020).

Nas falas dos gestores aqui elucidadas, foi evidenciada a atuação da universidade com o apoio de recursos humanos, participando e envolvendo seus servidores e alunos no enfrentamento à pandemia. No que tange às ações desenvolvidas como suporte técnico e científico, destaca-se a produção de materiais educativos e documentos para orientação de biossegurança para os profissionais de saúde atuantes no município e população leiga. A UFV, até dezembro de 2020, produziu 58 projetos de extensão e pesquisa relacionados ao combate à pandemia, demonstrando sua implicação na produção de práticas e evidências que conferissem respostas sociais para o enfrentamento da Covid-19 (UFV, 2020).

É importante ressaltar que as ações voltadas para produção científica e disseminação de conhecimento exclusivamente para o enfrentamento à COVID 19 foi uma preocupação das universidades públicas, como a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que até março de 2021, apresentava em andamento sete pesquisas envolvendo a produção de vacinas, além de 147 sobre a COVID-19 (UFMG, 2021). A Universidade Federal de Uberlândia (UFU), também somou esforços referentes à divulgação científica, através de *podcasts* sobre as *fakenews* e orientações para a população, assim como pesquisas para o enfrentamento (UFU, 2020).

As ações supracitadas mostram a importância de trazer a ciência de forma acessível para a população. Neste sentido, a literatura afirma que durante a pandemia houve uma quebra da ciência fechada, com foco em publicação, para que as informações confiáveis e científicas sobre o novo vírus fossem divulgadas aberta e rapidamente para a população. Isso foi extremamente importante à medida que a translação de informação qualificada e de segurança ao público fortaleceu a essência do sistema científico (Barbosa, 2020).

Tal fato traduz na prática os pensamentos de Paulo Freire sobre a educação como prática de liberdade, pautada na dialogicidade entre o saber científico e o saber popular, de modo que o compartilhamento do conhecimento produzido seja aplicado à realidade vivida pelo homem e se constitua como ferramenta de sua participação política no mundo (Freire, 1987). O movimento da universidade, de sair do universo da produção

do conhecimento acadêmico e ir ao encontro da necessidade da população, fomentou um diálogo que permitiu o encontro de respostas adequadas à pandemia, reafirmando a importância da aproximação da teoria com a prática social (Freire, 2003).

Diante de todas as ações anteriormente mencionadas, a UFV teve seu papel e compromisso social destacados nas narrativas dos gestores, devido a sua forte atuação nas demandas da sociedade. Ao considerar que as universidades são instituições sociais e não podem ser dissociadas da realidade a qual estão inscritas, elas atuam na realidade como sujeito e contribuem para sua transformação (Miguel, Silveira, Del Maestro, 2021).

A atuação das universidades no combate à pandemia, figuram-se como um ato político de democratização do saber, ancorado na problematização da realidade e busca pela resolução efetiva dos problemas enfrentados pela sociedade (Freire, 1995), sendo este ponto fortemente evidenciado no enfrentamento à pandemia pela instituição do presente estudo.

Analisando o cenário internacional, as universidades públicas argentinas também foram elencadas como importantes para o fortalecimento das estratégias e infraestrutura sanitária necessárias ao enfrentamento à COVID-19, principalmente no recorte temporal que antecede ao pico de contaminação. Além disso, a situação pandêmica permitiu a ampliação da atuação universitária em espaços de intervenções sociais e comunitárias, através de atividades de ensino e pesquisa, de tecnologias inovadoras e artísticas. A partir do engajamento das universidades em tais atividades, elas reafirmam o seu papel como bem público e social estratégico (Perrota, 2020), ainda que atualmente sofrendo subsequentes cortes orçamentários (Silva, Santos, Ferreira, 2021).

O presente estudo, juntamente com a atuação das universidades federais no momento pandêmico, valida o valor inquestionável e o papel social das instituições públicas de ensino superior brasileiras, ainda que em período de escassez de recursos e incentivo à educação pública no país.

A universidade assume seu papel social a partir do momento que se destaca como forte parceira no processo de enfrentamento junto à comunidade, através de suas

diversas ações. Tal fato reforça sua responsabilidade de ser palco de discussões e decisões acerca de inúmeras questões sociais, que incluem a pandemia, se reafirmando como espaço de produção e socialização do saber. Isso inscreve a universidade como uma instituição que engloba, multiplica e dissemina conhecimento não somente para desenvolvimento próprio, mas também para a resolução de questões sociais (Dorsa, 2019), reafirmando o papel social e político da educação como transformadora da realidade (Freire, 1987)

Destarte, é possível identificar que a atuação da universidade se dá a partir de sua imersão na realidade e nas demandas do seu território e da população ali inscrita, as quais foram potencializadas pelo momento de crise sanitária. A universidade não está em uma realidade separada e deve ser canalizadora de mecanismos que construam uma sociedade disposta a transformações sociais necessárias (Miguel, Silveira, Del Maestro, 2021).

Tudo isso se comunica com a teoria da dialogicidade anteriormente citada, em que a imersão da universidade nas demandas do município, criou o compartilhamento de saberes e, a partir disso, originou um lugar de construção coletiva que transformou a realidade do município em tela durante o enfrentamento à pandemia. Paulo Freire afirma ainda que não há reflexão e ação sem que o homem, inacabado e, portanto, passível à educação, esteja próximo de sua realidade de forma concreta (Freire, 1987).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação indutora de estratégias da UFV para o enfrentamento à pandemia, assim como seu fornecimento de suporte técnico-científico, de recursos materiais, humanos e financeiros, reforça o papel social das instituições públicas de ensino superior e a potencialidade da ciência e da pesquisa transcendente aos cenários institucionais de ensino, além de consolidar um processo de busca e apropriação pelo fortalecimento de vínculos intersetoriais.

Destaca-se que a parceria entre universidade e município se configurou como chave importante para a transformação da realidade estudada, destacando a importância da intersectorialidade como um caminho para a construção de respostas sociais.

O presente estudo tem como limitação o fato de ser realizado em uma realidade específica, impedindo a generalização dos resultados. No entanto, a experiência da parceria firmada entre a universidade e o Estado emerge como um horizonte a ser trilhado não somente na realidade pesquisada, mas em outras realidades que busquem potencializar respostas mais efetivas para os problemas sociais enfrentados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.; RAMALHO, M.; AMORIM, L. O novo coronavírus e a divulgação científica. **Agência Fiocruz de Notícias**. Opiniões. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/40823/2/O%20novo%20coronav%C3%ADrus%20e%20a%20divulga%C3%A7%C3%A3o%20cient%C3%ADfica.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2025.

ALMEIDA, L. S. B. et al. As universidades públicas brasileiras no contexto da pandemia: iniciativas e parcerias no enfrentamento da covid-19. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 25, n. 82, p. 1-20, 2020.

ANDRADE, J. V.; MORAES, R. C. C. O que o Coronavírus tem nos tirado? Anos potenciais de vida perdidos em Minas Gerais. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, 2020.

BARBOSA, A. C. Q. Lições sobre a Pandemia da COVID-19 e a Informação Científica. **APS em Revista**, v. 2, n. 1, p. 70-72, 2020.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BATISTA, S. H. S. S. et al. Formação em Saúde: reflexões a partir do Programa Pró-Saúde e Pet-Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, Supl. 1, p. 743-752, 2015.

BRASIL. **Painel Coronavírus**. 2022. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. **Rede Federal de Educação: ações de enfrentamento**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/coronavirus/rede-federal>. Acesso em: 17 fev. 2025.

COSTA, R.; LOCKS, M. O. H.; GIRANDO, J. B. R. Pesquisa exploratória descritiva. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (Org.). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2016. p. 273-289.

CUNHA, I. C. K. O. et al. Ações estratégias de escolas e departamentos de enfermagem de universidade federais frente à covid-19. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1, p. 48-57, 2020.

DINIZ, M. C. et al. Crise Global Coronavírus: Monitoramento e Impactos. **Cadernos de Prospecção**, v. 13, n. 2, p. 359-377, 2020.

Desafios e Experiências no Cuidado e na Promoção da Saúde Coletiva
Thesis Editora Científica 2025

DORSA, A. C. Repensando o papel das universidades: caminhos iniciais. **Interações**, v. 20, n. 2, 2019.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. **Política e Educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

FREITAS, B. A. C. et al. Cooperação entre a universidade pública e a gestão municipal no combate a COVID-19: experiências do serviço de teleatendimento em Viçosa, Minas Gerais. **Revista ELO - Diálogos em Extensão**, v. 10, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e Estados**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/vicoso/panorama>. Acesso em: 17 fev. 2025.

KESHVARDOOST, S.; BAHADINBEIGY, K.; FATEHI, F. Role of Telehealth in the Management of COVID-19: Lessons Learned from Previous SARS, MERS, and Ebola Outbreaks. **Telemedicine and e-Health**, v. 26, n. 7, 2020.

LANA, R. M. et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 1-5, 2020.

MAGNO, L. et al. Desafios e propostas para a ampliação da testagem e diagnóstico para a COVID-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3355-3364, 2020.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2019.

MIGUEL, M. C.; SILVEIRA, R. Z.; DEL MAESTRO, M. L. K. Extensão universitária no enfrentamento da Covid-19: a universidade e o (re)configurar de projetos e ações. **AtoZ**, v. 10, n. 1, p. 72-84, 2021.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

OLIVEIRA, T. M. A.; ARAÚJO, A. C. O. Consequências da subnotificação dos casos de COVID-19 para a Saúde Pública no Brasil. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v. 3, e202003062, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Folha informativa - COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. 2021. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 17 fev. 2025.

Desafios e Experiências no Cuidado e na Promoção da Saúde Coletiva
Thesis Editora Científica 2025

PERROTA, D. Universities and Covid-19 in Argentina: from community engagement to regulation. **Studies in Higher Education**, v. 46, n. 1, p. 30-43, 2020.

SILVA, C. M. C. B.; SANTOS, W. P.; FERREIRA, L. F. S. O enfrentamento à covid-19: ações da Universidade Federal de Alagoas no contexto da pandemia. **Thema**, v. 20, n. esp., p. 252-271, 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). **Relatório de ações na UFMG no combate à COVID-19**. CEDECOM, 2021. Disponível em: <https://www.ufmg.br/nos/wp-content/uploads/2021/03/A%C3%A7%C3%B5es-da-UFMG-atualizado-01032021.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA (UFU). **O papel da UFU contra o coronavírus na região**. 2020. Disponível em: <http://comunica.ufu.br/noticia/2020/03/o-papel-da-ufu-contr-o-coronavirus-na-regiao>. Acesso em: 17 fev. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA (UFV). **Comitê Pós-Pandemia da Universidade Federal de Viçosa**. 2020. Disponível em: <https://www.ufv.br/wp-content/uploads/2021/04/F6.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2025.

VIÇOSA, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Epidemiológico n. 583**. Viçosa, 2022. Disponível em: <https://www.vicosa.mg.gov.br/detalhe-da-materia/info/prefeitura-de-vicosa-divulga-o-583o-boletim-epidemiologico-de-covid-19/104215>. Acesso em: 17 fev. 2025.

VIÇOSA, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. **Repartição pública**. Viçosa, 2021. Disponível em: <https://www.vicosa.mg.gov.br/detalhe-da-materia/info/secretaria-municipal-de-saude/11027>. Acesso em: 17 fev. 2025.

VIÇOSA, Prefeitura Municipal de. **Portaria nº 205, de 07 de abril de 2020**. Institui o Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES-Viçosa). Viçosa, MG, 2020. Disponível em: https://www.vicosa.mg.gov.br/abrir_arquivo.aspx/PORTARIA_205_2020?cdLocal=5&arquivo={AB8309F8-AFAD-4F0D-BC70-43C23E0CC123}.pdf. Acesso em: 17 fev. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Painel do coronavírus da WHO**. 2022. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 17 fev. 2025.

CAPÍTULO 9 - AÇÕES ESTRATÉGICAS DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19 DURANTE A PRIMEIRA ONDA: A EXPERIÊNCIA DE VIÇOSA, MINAS GERAIS
STRATEGIC ACTIONS TO CONFRONT THE COVID-19 PANDEMIC DURING THE FIRST WAVE: THE EXPERIENCE OF VIÇOSA, MINAS GERAIS

Edilaine Lopes de Freitas ¹
Tiago Ricardo Moreira ²
Vanessa de Souza Amaral ³
João Vitor Andrade ⁴
Flávia Galvão Cândido ⁵
Deíse Moura de Oliveira ⁶

¹ Mestra em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: edlopesfreitas@gmail.com

² Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: tiago.ricardo@ufv.br

³ Enfermeira. Doutoranda em Ciência da Nutrição na Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Nutrição e Saúde. E-mail: amaralsvanessa@gmail.com

⁴ Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem na Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais. Escola de Enfermagem. E-mail: jvma100@gmail.com

⁵ Nutricionista. Doutora em Ciência da Nutrição. Departamento de Nutrição e Saúde. E-mail: flaviagcandido@gmail.com

⁶ Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Departamento de Medicina e Enfermagem. E-mail: deise.oliveira@ufv.br

RESUMO

Objetivo: identificar as ações estratégicas do município de Viçosa-MG no processo de enfrentamento à pandemia da COVID-19 durante a primeira onda da doença no Brasil.

Métodos: pesquisa de natureza qualitativa de cunho descritivo-exploratório. Participaram da pesquisa 21 profissionais inscritos no âmbito da gestão municipal, universitária e da saúde suplementar do município em tela. A coleta de dados aconteceu de outubro a dezembro de 2020 por meio da triangulação de técnicas, a saber: entrevista individual; análise documental e observação não participante. Os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo e interpretados à luz de Paulo Freire e da literatura temática. **Resultados:** a análise dos dados permitiu a emergência de cinco categorias, que expressaram as ações estratégicas no enfrentamento à pandemia no cenário do estudo: decisões compartilhadas, ações assertivas de vigilância em saúde, reestruturação da rede de atenção à saúde, reorganização do processo de trabalho e testagem e insumos por meio de ações intersetoriais. **Considerações Finais:** a presente investigação demonstrou que as ações de enfrentamento no município estudado se mostraram exitosas na primeira onda da pandemia, sendo o diálogo entre os diversos atores e setores uma potencialidade evidenciada, desde o planejamento até a execução e avaliação das ações.

Palavras-chave: Pandemia. COVID-19. Vigilância em Saúde Pública. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to identify the strategic actions of the municipality of Viçosa-MG in the process of coping with the COVID-19 pandemic during the first wave of the disease in Brazil. **Methods:** this was a qualitative, descriptive-exploratory study. A total of 21 professionals registered in the municipal, university and supplementary health sectors of the municipality took part in the study. Data was collected from October to December 2020 using a triangulation of techniques: individual interviews, document analysis and non-participant observation. The data was analyzed using content analysis and interpreted in the light of Paulo Freire and the thematic literature. **Results:** the analysis of the data led to the emergence of five categories, which expressed the strategic actions to tackle the pandemic in the study scenario: shared decisions, assertive health surveillance actions, restructuring of the health care network, reorganization of the work process and testing and supplies through intersectoral actions. **Final Considerations:** this investigation showed that the coping actions in the municipality studied proved to be successful in the first wave of the pandemic, with dialog between the various actors and sectors being a potentiality that was evidenced, from the planning to the execution and evaluation of the actions.

Keywords: Pandemic. COVID-19. Public Health Surveillance. Health Management.

1. INTRODUÇÃO

A situação epidemiológica global da COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus, vem sofrendo expressivas alterações em seu curso desde o seu surgimento em Wuhan, na China. Em junho de 2021 o Brasil ocupava o terceiro lugar mundial em número de casos confirmados, sendo precedido, respectivamente, pela Índia e pelos Estados Unidos da América (World Health Organization, 2021).

Estamos diante de um dos momentos mais marcantes na história da saúde pública mundial, evidenciado por uma pandemia que vem provocando implicações de ordem sanitária, social e econômica de forma desigual nas diferentes dimensões socioterritoriais. Isso exige uma conjuntura governamental de políticas públicas contextualizadas a cada realidade, de modo a responder efetivamente aos impactos globais e locais da pandemia (Andrade; Moraes, 2020a; Schmidt; Mello; Cavalcante, 2020; Pereira, 2020).

A elaboração e implementação de ações estratégicas de enfrentamento têm desafiado sobremaneira os países desde o início da pandemia, uma vez que elas transcendem o campo das competências políticas e englobam a colaboração da população geral e de atores sociais específicos, que direta ou indiretamente respondem pelo poder público em saúde. Neste sentido, o êxito nas medidas de enfrentamento depende, além dessa interlocução colaborativa entre os vários atores, da capacidade organizacional dos sistemas de saúde e de uma estrutura de gestão efetiva em vários âmbitos (Andrade; Moraes, 2020b; Schmidt; Mello; Cavalcante, 2020).

Desde o início da pandemia, ficou evidenciada a desarticulação entre as esferas de governança no Brasil, com destaque para a falta de representatividade da esfera federal na condução das estratégias de resposta à COVID-19. Assim, o país está vivenciando um enfrentamento marcado pelo protagonismo das instâncias estaduais e municipais, incluindo não só os dirigentes máximos de tais instâncias, como também os atores inscritos nas diversas organizações sociais (Andrade; Moraes, 2020a; 2020b; Sodré, 2020).

A rápida disseminação da COVID-19 no Brasil foi acompanhada de um chamado à gestão municipal para a responsabilidade na vigilância e condução dos casos de COVID-19, o que se mostrou extremamente desafiador especialmente na primeira onda da pandemia, em que pouco conhecimento se tinha sobre o vírus, sua disseminação, seu manejo clínico e o impacto produzido na vida das pessoas e da sociedade. Neste contexto, dada a inexistência de vacinas e de tratamento farmacológico eficaz para o combate à doença, prevaleceram ações de vigilância em saúde voltadas para o diagnóstico, assistência, prevenção e promoção, as quais sinalizavam a necessidade de reorganização das redes de atenção à saúde, a fim de responder de forma imediata às demandas da crise sanitária (Sodré, 2020; Lana *et al.*, 2020).

As ações de enfrentamento à pandemia tiveram que ser edificadas em paralelo ao seu avanço. Um estudo transversal retroanalítico de base nacional que analisou o desenvolvimento das ações de enfrentamento à pandemia em 3.976 cidades brasileiras,

observou que as metrópoles e as capitais regionais apresentaram um percentual menor de implementação de ações – como barreiras sanitárias, medidas de diminuição de aglomerações, isolamento social, ações relativas ao uso de máscara e circulação de transporte público – quando comparados a municípios de menor porte (Lui *et al.*,2021).

Defronte à situação emergencial em saúde e da ingerência da esfera federativa brasileira, a autonomia político-administrativa conferida às gestões estaduais e municipais no enfrentamento configurou-se como um grande desafio, principalmente pela ausência de protocolos clínicos nacionais que direcionassem as estratégias, favorecendo assim uma assimetria no processo de tomada de decisões por estados e municípios (Lui *et al.*,2021; Lima; Pereira; Machado, 2020; Freitas *et al.*, 2020).

O retrato epidemiológico da COVID- 19 no Brasil, marcado pelo elevado número de casos e óbitos é uma resposta a este contexto e está associado a uma combinação de fatores, dentre eles a fragilidade na implementação de medidas de supressão para prevenção e controle da doença(Lui *et al.*,2021; Lima; Pereira; Machado, 2020; Freitas *et al.*, 2020).

Diante do exposto, torna-se necessário compreender de que modo os municípios brasileiros atuaram no processo de enfrentamento à pandemia da COVID-19, especialmente municípios de pequeno porte, como Viçosa-MG, que figura como uma realidade do interior, o que traduz a maioria das cidades do Brasil. Assim, as seguintes questões nortearam esta pesquisa: Quais as ações de enfrentamento à pandemia da COVID-19 realizadas pelo município de Viçosa, Minas Gerais? Como se efetivaram essas ações no âmbito municipal no momento de ocorrência da primeira onda da COVID-19 no país? O presente estudo objetivou, portanto, identificar as ações estratégicas do município de Viçosa-MG no processo de enfrentamento à pandemia da COVID-19 durante a primeira onda da doença no Brasil.

2. MÉTODOS

O presente artigo é produto da dissertação de mestrado profissional apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, de uma

Desafios e Experiências no Cuidado e na Promoção da Saúde Coletiva
Thesis Editora Científica 2025

universidade pública no interior de Minas Gerais, intitulada “Ações de enfrentamento à pandemia da COVID-19 no município de Viçosa, Minas Gerais”. O recorte ora apresentado constitui parte dos resultados desta pesquisa.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, de cunho descritivo-exploratório. Essa abordagem objetiva a descrição das características de uma população, um fenômeno ou uma experiência que ainda é pouco explorada/estudada (Lacerda; Costenaro, 2016), como é o caso de enfrentamento à pandemia da COVID-19 na perspectiva de gestores atuantes no município em tela.

Adotou-se o referencial teórico de Paulo Freire, ancorado pelos pressupostos da dialogicidade, problematização, participação política, autonomia e transformação social, pois acredita-se que tais pressupostos dialogam veemente com o objeto do estudo (Freire, 1987; Freire, 1989; Freire 1992; Freire, 1995).

O estudo foi realizado no município de Viçosa, no estado de Minas Gerais, localizado na mesorregião da Zona da Mata. A população média estimada atualizada em 2020 é de 79.388 habitantes e a extensão territorial é de 299,418 km² (IBGE, 2020).

O município é considerado uma cidade universitária. Essa denominação se deve em grande parte ao fato de o município abrigar uma universidade pública de grande porte, a Universidade Federal de Viçosa (UFV). Possui ainda duas instituições de ensino superior privadas, dentre outras instituições com modalidade de ensino semipresencial e ensino à distância.

Viçosa é pólo de uma microrregião de saúde, sendo referência em assistência à saúde de média e alta complexidade para mais oito municípios adjacentes. Possui dois hospitais e três serviços que prestam atendimentos de média complexidade para a microrregião de saúde, além de 16 Unidades Básicas de Saúde, das quais 15 estão enquadradas no modelo da Estratégia Saúde da Família (Viçosa-MG, 2021).

O município estruturou inicialmente as suas ações de enfrentamento à pandemia a partir de um conselho técnico, instaurado por meio da Portaria nº.194/2020. Posteriormente foi implementado pela Prefeitura Municipal de Viçosa o

Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES-Viçosa), ambos compostos por gestores em saúde e outros atores relacionados ao enfrentamento, inscritos na Prefeitura Municipal de Viçosa, Universidade Federal de Viçosa, operadoras de saúde suplementar e hospitais (Viçosa- MG, 2020 a; Viçosa-MG,2020 b).

Definiu-se então como critério de inclusão para a realização do estudo, ser gestor em alguma das seguintes instâncias: secretaria municipal de saúde, prestadores de serviços públicos de saúde, saúde suplementar e Universidade Federal de Viçosa. Além disso, os participantes deveriam estar, à época da coleta de dados, no cargo de gestores pelo período mínimo de seis meses – isto é, minimamente desde a deflagração da pandemia – e atuar nos conselhos de enfrentamento à pandemia mencionados anteriormente. Definiu-se como critério de exclusão aqueles que se encontravam afastados do cargo por qualquer motivo durante o período de coleta de dados.

A amostragem se deu de forma intencional e a interrupção aconteceu pelo método de saturação teórica, constatado pelos pesquisadores a partir do campo de observação, diante da não ocorrência de elementos novos para responder às perguntas e objetivos da pesquisa (Minayo,2017).

Neste sentido, participaram do estudo 21 profissionais, sendo 11 pertencentes à gestão municipal, sete à gestão universitária e três à gestão da saúde suplementar. Os dados foram coletados por duas pesquisadoras (estudante de mestrado e de iniciação científica), devidamente treinadas e com experiência prévia em estudos qualitativos.

A coleta de dados aconteceu de outubro a dezembro de 2020, sendo realizada por meio da triangulação de técnicas, a saber: entrevista individual – orientada por um roteiro semiestruturado com questões abertas –; análise documental – realizada através do resgate cronológico dos acontecimentos via notas, decretos e demais registros de relevância oriundos da Prefeitura Municipal de Viçosa (PMV) e da UFV –; e observação não participante – cujas impressões e percepções das pesquisadoras, durante e após as entrevistas, foram registradas em diário de campo.

Anteriormente à entrevista foram coletados dados de caracterização dos

participantes, a saber: idade, sexo, data de nascimento, formação profissional, cargo ocupado na gestão e tempo de experiência no referido cargo. Cabe ressaltar que antes da entrevista foi realizada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a preservação do anonimato os participantes foram identificados da seguinte forma: GM (correspondente à gestor municipal), GU (referente à gestor universitário) e GSS (para gestor da saúde suplementar).

O contato inicial com o potencial participante se deu por meio de ligação telefônica que, sinalizando positivamente quanto à participação, procedeu-se ao agendamento da entrevista, de acordo com a disponibilidade do mesmo. Das 21 entrevistas, 19 aconteceram em salas privativas, nos respectivos locais de trabalho dos depoentes e duas aconteceram em Plataforma virtual (*Google Meet*), por solicitação dos participantes. As entrevistas tiveram duração média de 25 minutos e foram gravadas e transcritas na íntegra.

O processo analítico dos dados foi fundamentado na análise de conteúdo, tendo como referencial Lawrence Bardin, perfazendo todas as etapas do método, que consiste na pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Os dados foram organizados e agrupados em categorias (Bardin, 2016). O conteúdo subjacente manifestado na fala dos depoentes foi submetido à interpretação, a partir da literatura científica relacionada à temática e do referencial teórico de Paulo Freire (Freire, 1987; Freire, 1989; Freire 1992; Freire, 1995).

A pesquisa que abriga o recorte do presente estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (UFV), inscrito sob o nº. 4.019.269/CAAE:31 128920.5.0000.5153.

3. RESULTADOS

3.1 Caracterização dos participantes

A amostra foi composta por 21 participantes, sendo nove do sexo masculino e 12 do sexo feminino, com idade entre 26 e 59 anos. O tempo de atuação no cargo de gestão variou de seis meses a 15 anos.

A análise dos dados permitiu a emergência de cinco categorias temáticas que expressaram as ações estratégicas no enfrentamento à pandemia no cenário do estudo, a saber: decisões compartilhadas, ações assertivas de vigilância em saúde, reestruturação da rede de atenção à saúde, reorganização do processo de trabalho e testagem e insumos por meio de ações intersetoriais.

3.2 Decisões compartilhadas

As ações de enfrentamento à pandemia da COVID-19 no município estudado se deram na perspectiva das decisões compartilhadas, expressas na formação de centros/conselhos técnicos emergenciais para o direcionamento de tais ações, configurando uma atuação conjunta da gestão municipal, de gestores de serviços de saúde, da saúde suplementar e de atores estratégicos da universidade pública inscrita no município em tela:

“Entendemos em conjunto com a universidade que a maneira de conseguir um equilíbrio no combate seria justamente promover ações de prevenção ao combate e não simplesmente aderir como foi aderido por diversas unidades da federação.” (GM6)

“[...] a gente ia discutindo todas as questões, então foi tudo construído realmente em conjunto, nessa relação com o conselho técnico, tivemos representantes de diversos membros da saúde [...].” (GU3)

“[...] atuamos fortemente no âmbito interno, nos comitês, para deliberar as ações da universidade e do município, tivemos também o COES- Viçosa, que tinha a participação de diversos profissionais da universidade dando todo o suporte para as prefeituras [...].” (GU4)

3.3 Ações assertivas de vigilância em saúde

O município estudado foi referência nas ações de vigilância em saúde no enfrentamento à pandemia da COVID-19, muitas destas inéditas no país, com destaque para a instalação de barreiras sanitárias e o sistema de rodízio de CPF para controle de fluxos de pessoas, que consistia em uma medida sanitária que definia dias específicos para que as pessoas pudessem circular em estabelecimentos comerciais e afins, de

acordo com o último algarismo do CPF, exigindo uma fiscalização constante da gestão do município para o cumprimento dessa medida, tanto pelo comércio quanto pela população.

Os participantes do estudo mencionaram as ações de vigilância em saúde supracitadas como assertivas no enfrentamento à pandemia:

“Quando fomos criar barreira sanitária, fomos taxados como loucos [...] chamamos a Sociedade Civil para fechar a cidade como se fosse guerra, protegemos o município [...] o município de Viçosa foi a primeira cidade do Brasil a criar barreira sanitária, fechou a cidade começou a sair nos telejornais, resumindo, começou o Brasil todo[...]”. (GM7)

“[...] a gente ainda tem uma barreira que é na rodoviária, composta por seguranças, técnicos de enfermagem e enfermeiro, então todo mundo que chega de outros municípios, é aferida a temperatura, se necessário é colocado em quarentena [...]” (GM3)

“[...] instituímos aqui a política do CPF, eu liguei para o secretário nacional da receita federal, pedi os últimos dígitos de CPF para criar uma tabela [...] instituímos metro quadrado por colaborador e por cliente nos comércios, onde ele é obrigado a afixar um cartaz dizendo quantas pessoas poderiam ficar no estabelecimento, telefone para denúncia, colocamos um número significativo de fiscais na rua para poder manter a ordem de acordo com a tabela de CPF do dia.” (GM7)

3.4 Reestruturação da rede de atenção à saúde

Para operacionalizar as ações de enfrentamento à pandemia, considerando o panorama epidemiológico da COVID-19 no município, foi necessária a reestruturação constante da rede de atenção à saúde, com ênfase para a reorganização de serviços e fluxos. Neste âmbito, se destacaram as ações voltadas à criação e ampliação das unidades de referência para COVID-19 e à necessidade de protocolos e ordenação dos fluxos:

“[...] a universidade no primeiro momento entrou conosco na unidade municipal de referência para Covid [...] logo em seguida tivemos o entendimento, no início do surto, da necessidade de ampliar cinco unidades como referência”. (GM6)

“[...] não tinha nada estabelecido[...] estabelecer os fluxos, como ia ser, protocolo de testagem, quem ia testar, quem não ia testar, modificando os protocolos na medida em que “o carro ia andando”, com o que a gente ia tendo disponibilidade de teste, então essa estruturação também gerencial, aconteceu muito no início.” (GU6)

Para ofertar a assistência exigida na pandemia, os pontos de atenção à saúde se reorganizaram para abrir novas frentes de serviços, como o telessaúde-COVID e os postos de coleta para COVID-19, além da reestruturação dos serviços já existentes. Neste sentido, instituições de saúde foram replanejadas no tocante ao componente estrutural e instrumental, além da criação de protocolos clínicos para o embasamento e orientação das ações de enfrentamento à pandemia:

“[...] nós criamos o posto central de coletas e atendimentos, então hoje ele é a referência da cidade, as outras unidades recebem o sintomático respiratório e já enviam pra cá, para evitar contaminação.” (GM1)

“Nós ampliamos nossa rede de dados lá no pronto atendimento e hoje possibilita colocar mais salas para paciente crítico, salas com respirador, com monitor, então agora reforçamos isso.” (GM8)

“[...]a gente foi construindo, foi criando os protocolos com base em muito estudo, com base em atualização frequente, nós construímos um manual e registramos como projeto de extensão, para legitimar nossas ações.” (GU3)

“...nós reforçamos também a questão do teleatendimento, fizemos parceria com a prefeitura, para o telessaúde-COVID dar o primeiro atendimento e acompanhamento de todos os casos [...] rastreamento de contatos, esse foi o grande diferencial de Viçosa. [...] toda vez que se tinha um contato nós fazíamos o exame e rastreávamos todos os contatos que essa pessoa teve para poder fazer o mapeamento e isso permitiu que a gente conseguisse controlar a doença de maneira muito efetiva na nossa cidade.” (GU4)

3.5 Reorganização do processo de trabalho

A reorganização do processo de trabalho em saúde foi delineada em paralelo à reestruturação dos serviços, configurando-se em um eixo de mudanças que foram operadas no interior dessas organizações, no tocante ao trabalho/ trabalhadores em saúde.

As ações relacionadas à reorganização do processo de trabalho dizem respeito às necessidades de adequações em função dos afastamentos, alterações na dinâmica dos processos de trabalho e contratações de pessoal para o enfrentamento à pandemia:

“[...]a primeira delas foi a redivisão de equipes, então nós reduzimos a carga horária dos colaboradores e estendemos aos sábados, para as equipes não se encontrarem e com esse não encontro das equipes reduzia a chance de contaminar [...]” (GM1)

“[...] depois da instalação das barreiras, a gente fez um processo seletivo, contratamos o pessoal da enfermagem, os técnicos e os seguranças.” (GM3)

“A equipe [do Telessaúde] foi composta pelos supervisores, dois da prefeitura, e o restante dos supervisores da UFV, professores e preceptores, tanto da medicina, como da enfermagem.” (GU3)

Em função do reordenamento nos processos de trabalho, houve uma necessidade de educação permanente e continuada, considerando as demandas de ordem técnica e emocional geradas na equipe de saúde em função da pandemia:

“[...] fizemos um grande trabalho aqui dentro em relação ao emocional dos funcionários, lidar com os funcionários emocionalmente abalados foi muito difícil, [...] fizemos atendimento individual e em grupo, treinamento, mostrando para as pessoas que se gente estivesse preparado, ia conseguir passar por isso, que a nossa proteção dependia muito da gente usar os EPI's adequados, poderíamos pegar o coronavírus, mas que também se a gente trabalhasse direitinho na proteção, que a gente minimizava essa possibilidade [...]” (GM11)

“[...] a Divisão de Saúde foi um centro de recepção também de funcionários terceirizados que não podiam sair de férias, precisavam fazer trabalho presencial, mas não tinha onde

porque a universidade inteira estava fechada, acho que foi uma boa contribuição porque isso permitiu que essas pessoas continuassem no emprego delas ,então eu acho que a gente teve esse cunho social também, e claro que trabalho não falta, e foi muito importante a presença dessas pessoas extras aqui na Divisão de Saúde.” (GU1)

3.6 Testagem e insumos por meio de ações intersetoriais

As ações intersetoriais para o enfrentamento à pandemia foram marcadas pela participação da instituição pública de ensino superior do município e da Saúde Suplementar. Os participantes do estudo destacaram as seguintes ações: estoque e distribuição de equipamentos de proteção individual, criação do telessaúde, criação de unidade referência para COVID-19, capacitação profissional, testagem RT-PCR e incentivo financeiro:

“[...] nós investimos desde o início na testagem, exames RT-PCR da Covid-19 e foi uma ação que nós começamos já desde o início de março [...] então inicialmente, dos 19 laboratórios existentes em Minas para realizar a testagem, seis foram da UFV, e isso foi fantástico, fez toda a diferença, os exames antes demoravam 15 dias para chegar os resultados e a partir do momento que nós começamos a realizar os testes, eles eram entregues, via de regra, no mesmo dia ou no máximo no dia seguinte, isso fazia toda a diferença, inclusive para desafogar a rede de saúde.” (GU4)

“[...] a universidade em paralelo estava produzindo com a Comissão de Inovação Tecnológica máscaras cirúrgicas e os face Shields [...] o objetivo era atender aos serviços de saúde inicialmente da cidade, depois que a gente conseguiu finalizar a cidade, também distribuiu para microrregião e para algumas entidades.” (GU1)

“[...] partimos também em outra frente no início que foi o telessaúde, a gente entendia que ele era o marco regulatório de todo o sistema, se o telessaúde funcionasse bem o resto ia funcionar bem[...].” (GU6)

“[...]a universidade também se articulou com outros setores internos para oferecer um serviço na parte de assistência, nós temos uma unidade de ambulatório que foi transformada em uma unidade para atender sintomático respiratório [...]a gente viu que

as unidades básicas de saúde não conseguiriam se organizar em um espaço curto de tempo, então a ideia foi que essa unidade de sintomático fosse referência para um determinado período até que as Unidades de Saúde da Família, as emergências dos hospitais, pudessem se estruturar um pouco melhor para receber esses pacientes[...]”. (GU7)

“[...]respondemos rapidamente ao decreto que determinava que as operadoras de saúde suplementar deveriam buscar fazer essa parceria e tentar ajudar nessa estrutura, então nós trabalhamos junto ao conselho técnico no sentido de investimentos iniciais e aluguel de respiradores para os hospitais de Viçosa.” (SS2)

4. DISCUSSÃO

A presente investigação analisou o modo como foram estruturadas e articuladas as ações de enfrentamento à pandemia da COVID-19 pelo município de Viçosa-MG, evidenciando que elas se arquitetaram de forma compartilhada e síncrona ao curso pandêmico, levando assim, a uma necessidade constante de remodelação de tais medidas.

Através da observação não participante, instrumentalizada por meio do diário de campo, ficou evidenciado a motivação dos participantes em abordar a temática em estudo. Em função da pandemia ainda estar em curso, muitos alegaram não terem tido a oportunidade de refletir e discorrer sobre a cronologia e os impactos das ações de enfrentamento à COVID-19 no município.

Os participantes destacaram as decisões compartilhadas como uma ação estratégica na gestão da crise, por meio de espaços legitimados para esta finalidade. As ações foram inicialmente estruturadas e deliberadas a partir da formação de diálogos interdisciplinares em conselhos/centros, instituídos pela Prefeitura Municipal de Viçosa-MG em parceria com a Universidade Federal de Viçosa.

O Conselho Técnico foi instituído através da Portaria nº.194/2020, no dia 26 de março de 2020. Constituiu-se por meio de um grupo de atores da prefeitura, em parceria com a universidade e a saúde suplementar. Com caráter interdisciplinar,

envolveu profissionais e gestores de diversas categorias da saúde, cujo objetivo foi a elaboração antecipada de planos de contingenciamento da doença e avaliação contínua das ações de vigilância em saúde para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 no município (Viçosa-MG, 2020 a).

Em 7 de abril de 2020 a Prefeitura Municipal de Viçosa, por meio da Portaria nº 205/2020, implementou o Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES-Viçosa), sendo este um espaço contínuo de discussões e recomendações que se deram de forma compartilhada e embasaram as medidas de enfrentamento no município. Este centro se firmou como um importante direcionador das ações de enfrentamento, norteadas por critério técnico-científico, tendo por base a orientação de órgãos superiores em saúde (Viçosa-MG, 2020 b).

Na experiência dos participantes do presente estudo o COES- Viçosa configurou-se como um marco importante no delineamento das ações, pautadas na gestão compartilhada, sendo uma estratégia diferenciada do município em tela. Contextos de decisões compartilhadas representam na prática a teoria atemporal freiriana da dialogicidade, elucidada pelos saberes individuais, que fomentados pelo diálogo, se tornam espaços de construções coletivas, gerando uma força propulsora para a transformação da realidade (Freire, 1987).

Nesta perspectiva, apesar da ausência de uma coordenação/direcionamento nacional, o município estudado conseguiu se articular a outros setores e antecipar ações, através da criação de planos de contingenciamento da doença, deliberados pelos conselhos aqui destacados. Pereira (2020) reporta, à luz de experiências internacionais, que a articulação intersetorial no mapeamento das estratégias e ações de enfrentamento à atual crise sanitária, mostraram-se relevantes para a mitigação dos impactos gerados pela pandemia.

Entre as decisões compartilhadas destacadas pelos participantes se deram as ações assertivas de vigilância em saúde instauradas no município, a exemplo das barreiras sanitárias e rodízio do CPF. A barreira sanitária instituída no município

estudado foi uma das medidas de vigilância em saúde mais eficazes no contingenciamento da Covid-19 em Viçosa. Um notório impacto desta ação refletiu-se na baixa taxa de ocupação de UTI e de óbitos no momento da primeira onda da pandemia. Até 14 de agosto de 2020 Viçosa era o único município mineiro com mais de 50.000 habitantes sem registro de óbito pela doença. Somada a essa ação ainda houve o ineditismo do município no cenário internacional, em relação à instauração do sistema de rodízio de CPF para controle de fluxos e pessoas (Viçosa-MG,2020 c).

Uma revisão sistemática acerca das medidas eficazes para mitigação da pandemia pela COVID-19 apontou o bloqueio das cidades como uma ação estratégica na redução das taxas de incidência de casos confirmados, defendendo que tais barreiras devem ocorrer associadas a outras medidas (Ayouni *et al.*,2021), corroborando assim com os resultados da presente investigação.

Dentre as recomendações da Organização Mundial de Saúde para diminuição do indicador de velocidade de propagação do vírus, estão as ações para controle e fluxo de pessoas (Sales; Silva; Maciel, 2020). As ações assertivas de vigilância em saúde realizadas pelo município de Viçosa-MG se deram prioritariamente nesta direção, configurando como indutoras na diminuição da circulação de pessoas e disseminação viral.

Se por um lado a ausência de uma direcionalidade do Ministério da Saúde foi uma barreira para a ação da gestão em muitos municípios brasileiros ^{4,6}, em Viçosa esse fato, apesar de desafiador, gerou um processo constante de problematização da realidade por parte dos participantes do estudo. Estes, ancorados na realidade vivenciada e subsidiados pelo conhecimento técnico-científico, dispararam uma sequência de ações que pudessem responder aos problemas advindos da pandemia.

O processo que envolve a problematização implica diretamente no pensar crítico, entremeado à construção de saberes, tão necessários à intervenção. Esse movimento envolve a reflexão e teorização como forças propulsoras para a ação, sendo reportado por Paulo Freire como um ato político e promotor de mudanças sociais

(Freire, 1987).

Dentre as ações relatadas pelos depoentes a reestruturação das redes de atenção à saúde (RAS) e conseqüentemente a reorganização do processo de trabalho emergiram como estratégias importantes para que os gestores pudessem dar respostas mais efetivas à crise sanitária instalada.

No município estudado a Atenção Primária à Saúde (APS), entendida como orientadora e coordenadora da rede de atenção à saúde, não conseguiu se estruturar de imediato para responder ao manejo clínico da COVID-19 no município. Neste sentido, um prédio da UFV/ parceria com a PMV, transformou-se por quatro meses em um centro de referência para sintomáticos respiratórios, denominado Unidade COVID-19. Esse serviço, somado à implementação do Telessaúde-COVID, também em parceria com a universidade, configuraram como acessos imediatos de atendimento aos usuários do SUS e da saúde em geral, possibilitando tempo hábil à reestruturação das outras unidades de saúde e dos hospitais. Neste bojo se deu a ordenação dos fluxos assistenciais, criação de protocolos clínicos, realocação e contratação de pessoal.

As necessidades de realocação e contratação de pessoal se deram em função dos vários afastamentos que ocorreram no início da pandemia, bem como do aumento da demanda de profissionais para atender às necessidades do sistema de saúde.

Respostas de enfrentamento similares a estes achados foram encontradas em outros municípios brasileiros, também polos de referência na assistência local à saúde, como Belo Horizonte, Sobral e Florianópolis (Silveira; Zonta, 2020; Ribeiro *et al.*, 2020; Guimarães *et al.*, 2020).

O impacto positivo do telessaúde já é conhecido mundialmente em função da sua aplicabilidade em outros cenários de epidemias similares à COVID-19, a exemplo do Ebola na África, o qual foi implementado um aplicativo móvel que auxiliava no rastreamento e monitoramento dos casos confirmados do vírus, e do surto de SARS em Taiwan, em 2003, também utilizando o sistema de teleconsulta. Já na Suíça, berço de um dos maiores centros de telemedicina da Europa, o sistema de teleatendimento é

contínuo para casos de gripes e denota resultados muito interessantes no que tange ao controle das doenças virais (Kershvardoost; Bahaadinbeigy; Fatehi, 2020).

No tocante ao Telessaúde-COVID de Viçosa, a literatura reporta que este serviço se mostrou relevante na condução e notificação dos casos, apresentando alto índice de resolubilidade e evitando a procura por consultas presenciais sem indicação clínica (Freitas *et al.*, 2021). Tal evidência reafirma a compreensão dos depoentes deste estudo, de que o Telessaúde-COVID se mostrou no município como um importante marco regulatório no enfrentamento à pandemia.

O município de Viçosa-MG também se destacou no tocante a testagens e insumos por meio de ações intersetoriais, com forte destaque para a atuação da instituição pública de ensino superior inscrita no município, como indutora em muitas dessas ações.

Uma das ações estratégicas reportada pelos participantes da presente investigação, se refere ao credenciamento dos laboratórios da UFV pela Fundação Ezequiel Dias (Funed), para fins de ampliar e otimizar os testes diagnósticos da COVID-19. Trata-se de uma ação intersetorial de relevância para Viçosa e região, uma vez que a universidade se tornou referência na testagem diagnóstica para outros 128 municípios. Isso possibilitou o diagnóstico precoce e resultou na baixa disseminação do vírus, além de ter impactado significativamente nas taxas de óbitos pela COVID-19 em Viçosa-MG (UFV, 2020).

O credenciamento dos laboratórios da UFV para fins de testagem foi um movimento provocado pela universidade frente à entes superiores. Essa ação denota protagonismo e autonomia, expressos na pedagogia de Paulo Freire (Freire, 1989), como um elemento propulsor do processo de transformação social, a partir de uma ação de emancipação.

O diagnóstico por testagem é apontado pela literatura como uma das medidas mais efetivas no controle de disseminação do novo coronavírus, no entanto ainda se apresenta desafiadora em todo o mundo, em função da dificuldade na aquisição de

insumos, metodologia a ser empregada e acurácia dos testes (Magno *et al.*, 2020). Experiências internacionais, como a da Alemanha (Schuetze, 2020). e Nova Zelândia (Magno *et al.*, 2020) demonstram que a testagem em ampla escala constitui uma ação fundamental para conter a circulação do vírus e eliminar a transmissão comunitária, associadas a outras medidas como o isolamento social, barreiras sanitárias e atividades de educação da população.

Dentre os eixos considerados essenciais no processo de enfrentamento à crise gerada pela COVID-19, destacam-se as ações de fortalecimento do sistema de saúde, com enfoque para o provimento de insumos e equipamentos adequados de proteção individual e apoio social e econômico (Pereira, 2020). A UFV atuou fortemente tanto no âmbito da produção de equipamentos de proteção individual, quanto no suporte financeiro, sendo este último também ofertado pelas operadoras de saúde suplementar inscritas no município.

As ações de enfrentamento à pandemia pela COVID-19 no município estudado reforçam a importância dos espaços interdisciplinares de construção coletiva reportada por Paulo Freire (Freire, 1992), uma vez que nestes contextos é possível a problematização do fenômeno e consequente transformação da realidade por meio da articulação entre o saber e a vivência dos sujeitos, fomentando a criação de um novo saber, oriundo do diálogo entre as experiências e conhecimentos dos diversos atores sociais envolvidos (Freire, 1987).

A participação política (Freire, 1989) dos depoentes do estudo foi evidenciada por meio da atuação dos mesmos nos conselhos/ comitês interdisciplinares, que configurou-se como cenário de potência para todas as ações subsequentes de enfrentamento à pandemia em Viçosa. O diálogo entre os diversos atores e setores – especialmente entre o município e a universidade – configurou-se como um exercício de potencialização de vozes existentes e valorização destas nas decisões relacionadas ao enfrentamento à pandemia, figurando um espaço de democratização do saber. Factualmente, a consciência e problematização da realidade é condição *si ne qua non*

para a busca por soluções, implicando diretamente os sujeitos na ação transformadora da realidade (Freire, 1995).

O enfrentamento à pandemia traduz, portanto, um ato político, ético, humanitário e de transformação social, reforçando o legado e ontologia freirianos deixados não somente à educação, mas à ação do homem no/com o mundo (Freire, 1987). Sua aplicação na gestão pública se assenta na premissa de que esta se propõe a dar respostas efetivas aos problemas enfrentados pela sociedade, sendo tais respostas muito mais potentes quando ancoradas no diálogo, na problematização, participação e valorização de diferentes saberes, setores e atores sociais envolvidos na realidade, sendo esta tônica fortemente evidenciada no enfrentamento à pandemia da COVID-19 no município do presente estudo.

Por fim, cabe ressaltar que as ações de enfrentamento à pandemia transcendem o ponto de vista da gestão. Assim, acredita-se que perspectivas distintas, provenientes de outros atores que também protagonizam o enfrentamento à COVID-19, poderiam ampliar e trazer novos sentidos e significados para os achados ora apresentados, configurando uma limitação do presente estudo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações estratégicas de enfrentamento à pandemia da COVID-19 no município de Viçosa, MG, envolveram decisões compartilhadas, ações assertivas de vigilância em saúde, reestruturação da rede de atenção à saúde, reorganização do processo de trabalho e testagem e insumos por meio de ações intersetoriais. Diante do exposto, depreende-se que o enfrentamento à primeira onda da pandemia no município em tela mostrou-se exitoso, sendo o diálogo entre os diversos atores e setores uma potencialidade evidenciada, desde o planejamento até a execução e avaliação das ações.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. V.; MORAES, R. C. C. Mortalidade por coronavírus em Minas Gerais. **Revista Ponto de Vista**, v. 9, n. 3, p. 146-148, 2020a.

Desafios e Experiências no Cuidado e na Promoção da Saúde Coletiva
Thesis Editora Científica 2025

ANDRADE, J. V.; MORAES, R. C. C. O que o Coronavírus tem nos tirado? Anos potenciais de vida perdidos em Minas Gerais. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, 2020b.

AYOUNI, I. et al. **Effective public health measures to mitigate the spread of COVID-19: a systematic review**. BMC Public Health, v. 21, n. 1015, 2021.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 19. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

FREIRE, P. **Pedagogia da Esperança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. **Política e Educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

FREITAS, B. A. C. et al. Análise dos atendimentos realizados pelo Telessaúde-COVID em um município de Minas Gerais. **Scielo Preprints**, [Internet]. Disponível em: [telessaude-COVID.pdf](#). Acesso em: 20 jun. 2021.

FREITAS, C. M. et al. In: BUSS, P. M.; FONSECA, L. E. **Diplomacia da Saúde e Covid-19: reflexões a meio caminho**. [Internet]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora FIOCRUZ, 2020. p. 281-301. (Informação para a ação na Covid-19 series). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/49981>. Acesso em: 20 jan. 2025.

GUIMARÃES, F. G. et al. A organização da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da pandemia COVID-19: relato de experiência. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 74-82, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e Estados**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/vicosa/panorama>. Acesso em: 20 jan. 2025.

KESHVARDOOST, S.; BAHAAADINBEIGY, K.; FATEHI, F. Role of Telehealth in the Management of COVID-19: Lessons Learned from Previous SARS, MERS, and Ebola Outbreaks. **Telemedicine and e-Health**, v. 27, n. 7, p. 850-852, 2020.

LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. **Metodologia da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2016.

LANA, R. M. et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 1-5, 2020.

LIMA, L. D.; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, 2020.

LUI, L. et al. Disparidades e heterogeneidade das medidas adotadas pelos municípios brasileiros no enfrentamento à pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, e00319151, 2021.

MAGNO, L. et al. Desafios e propostas para a ampliação da testagem e diagnóstico para a COVID-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, 2020.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

PEREIRA, A. M. M. **Estratégias de enfrentamento da pandemia pela Covid-19 no contexto internacional: reflexões para a ação**. Nota Técnica. Observatório Fiocruz Covid-19. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

RIBEIRO, M. A. et al. (Re)Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 177-188, 2020.

SALES, C. M. M.; SILVA, A. I.; MACIEL, E. L. N. Vigilância em saúde da COVID-19 no Brasil: investigação de contatos pela atenção primária em saúde como estratégia de proteção comunitária. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 4, 2020.

SCHMIDT, F.; MELLO, J.; CAVALCANTE, P. **Estratégias de coordenação governamental na crise da Covid-19**. Nota Técnica. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: IPEA, 2020.

SCHUETZE, C. F. A German Exception? Why the country's Coronavirus Death Rate Is Low. **New York Times**, 04 abr. 2020. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2020/04/04/world/europe/germany-coronavirus-death-rate.html>. Acesso em: 20 jan. 2025.

SILVEIRA, J. P. M.; ZONTA, R. Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 91-96, 2020.

SODRÉ, F. Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, e00302134, 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA (UFV). **UFV é referência em testagem da Covid-19 para 128 municípios e cerca de 1,7 milhão de pessoas**. Notícias Institucional Todos os campi. UFV, 2020. Disponível

em: <https://www2.dti.ufv.br/noticias/scripts/exibeNoticiaMulti.php?codNot=32598>. Acesso em: 20 jan. 2025.

VIÇOSA, Prefeitura Municipal de. **Portaria nº 194, de 26 de março de 2020**. Institui Conselho Técnico local para instituição de normas e padrões ao enfrentamento do novo coronavírus COVID-19 em âmbito hospitalar e pré-hospitalar. Viçosa, 2020a. Disponível em: https://www.vicosamg.gov.br/abrir_arquivo.aspx/PORTARIA_194_2020?cdLocal=5&arquivo={3BE588F0-D2F3-4CA4-89AE-ABF548344E0D}.pdf. Acesso em: 20 jan. 2025.

VIÇOSA, Prefeitura Municipal de. **Portaria nº 205, de 07 de abril de 2020**. Institui o Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES-Viçosa). Viçosa, 2020b. Disponível em: https://www.vicosamg.gov.br/abrir_arquivo.aspx/PORTARIA_205_2020?cdLocal=5&arquivo={AB8309F8-AFAD-4F0D-BC70-43C23E0CC123}.pdf. Acesso em: 20 jan. 2025.

VIÇOSA, Prefeitura Municipal de. **Saúde**. Viçosa é a única cidade mineira com mais de 50.000 habitantes sem óbito por Covid. Viçosa, 2020. Disponível em: <https://www.vicosamg.gov.br/detalhe-da-materia/info/vicosamg-e-a-unica-cidade-mineira-com-mais-de-50-mil-habitantes-sem-obito-por-covid-19/82419>. Acesso em: 20 jan. 2025.

VIÇOSA, Prefeitura Municipal de. **Secretaria Municipal de Saúde**. Repartição Pública. Viçosa, 2021a. Disponível em: <https://www.vicosamg.gov.br/detalhe-da-materia/info/secretaria-municipal-de-saude/11027>. Acesso em: 20 jan. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. WHO, 2021. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 20 jan. 2025.

Sobre a organizadora



Deise Moura de Oliveira

Bacharel e Licenciatura em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora (2006), com especialização em Saúde da Família pela mesma instituição (2008) e doutorado em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (2013). Docente no curso de Graduação em Enfermagem e no Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Viçosa (UFV).



ISBN 978-658319915-7



9 786583 199157

thesis editora científica