

Organizadores
ANA MARIA GONDIM VALENÇA
BASÍLIO HENRIQUE PEREIRA JÚNIOR



POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Desafios da Saúde Pública Brasileira



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE COMUNICAÇÃO, TURISMO E ARTES
REITORA
MARGARETH DE FÁTIMA FORMIGA DINIZ
VICE-REITORA
BERNARDINA MARIA JUVENAL FREIRE DE OLIVEIRA



DIRETOR DO CCTA
José David Campos Fernandes
VICE-DIRETOR
Ulisses Carvalho da Silva



CONSELHO EDITORIAL
Carlos José Cartaxo
Gabriel Bechara Filho
José Francisco de Melo Neto
José David Campos Fernandes
Marcílio Fagner Onofre

EDITOR
José David Campos Fernandes

SECRETÁRIO DO CONSELHO EDITORIAL
Paulo Vieira

LABORATÓRIO DE JORNALISMO E EDITORAÇÃO COORDENADOR
Pedro Nunes Filho

ANA MARIA GONDIM VALENÇA
BASÍLIO HENRIQUE PEREIRA JÚNIOR

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE
desafios da saúde pública brasileira

EDITORA CCTA
JOÃO PESSOA
2020

Capa: Rudah Silva
Projeto gráfico: José Luiz da Silva
Bibliotecária responsável: Susiquine Ricardo Silva

Ficha catalográfica elaborada na Biblioteca Setorial do CCTA da Universidade Federal da Paraíba

V152p Valença, Ana Maria Gondim.
Políticas públicas de saúde: desafios da saúde pública brasileira [recurso eletrônico] / Ana Maria Gondim Valença, Basílio Henrique Pereira Júnior. - João Pessoa: Editora do CCTA, 2020.

Recurso digital (1,67MB)
Formato: ePDF
Requisito do Sistema: Adobe Acrobat Reader
ISBN: 978-85-9559-239-1

1. Saúde Pública - Brasil. 2. Saúde - Políticas públicas.
3. Oncologia - Mortalidade - Brasil. 4. Saúde da Família.
I. Pereira Júnior, Basílio Henrique. II. Título.

UFPB/BS-CCTA

CDU: 614(81)

PREFÁCIO

Abordar e refletir a respeito de políticas públicas de saúde no Brasil envolve, hodiernamente, dentre outros aspectos, historiar os avanços já obtidos, compreendê-las como uma política social e, ao mesmo tempo, não perder de vista os desafios inerentes a efetivação de tais políticas.

Portanto, é com satisfação que me deparo com pós-graduandos do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde (PPGMDS) da Universidade Federal da Paraíba sendo desafiados a produzir esta reflexão, focando em algumas ações, estratégias e políticas no campo da saúde pública.

No transcorrer da formação destes discentes, tivemos oportunidade de, na disciplina de Políticas Públicas de Saúde, abordar alguns conceitos e temas, de instigar a capacidade crítica e, sobretudo, de construir coletivamente um percurso de aprendizagem que oportunizasse que eles se compreendessem enquanto atores políticos.

É inegável o quanto desafiadora é a discussão das políticas públicas de saúde no Brasil. Nesta perspectiva, vê-los implicados na produção deste livro, reforça o protagonismo destes discentes e a preocupação que a temática provoca.

Os autores nos trazem elementos importantes, por meio de um relato sucinto, com o intuito de ampliar o conhecimento dos leitores acerca de alguns programas e ações de saúde.

E, ao mesmo tempo, os autores exercitam a capacidade reflexiva diante das experiências vivenciadas por eles nos seus espaços de atuação, dialogando também com achados epidemiológicos.

Portanto, a leitura dos capítulos do livro “*Políticas públicas de saúde: desafios da saúde pública brasileira*” nos leva a transitar por diferentes campos de saberes e práticas de saúde.

Prof.^a Dr.^a Ana Maria Gondim Valença
Docente do Programa de Pós-Graduação
Modelos de Decisão em Saúde – UFPB

SUMÁRIO

PREFÁCIO5

Prof.^a Dr.^a Ana Maria Gondim Valença

O QUE É UMA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE?9

Basílio Henrique Pereira Júnior

A MORTALIDADE POR CÂNCER DE PRÓSTATA NO BRASIL:
análise no período de 2012 a 201715

Juliana Barbosa Medeiros

Brenda Feitosa Lopes Rodrigues

POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À ONCOLOGIA: breve
histórico e desafios27

Marieliza Araújo Braga

Basílio Henrique Pereira Júnior

A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) JUNTO AO
ENFRENTAMENTO DO PACIENTE VIVENDO COM HIV/
AIDS: relato de experiência41

Brenda Feitosa Lopes Rodrigues

Juliana Barbosa Medeiro

REFLEXÕES SOBRE A DISFAGIA SEGUNDO A ÓTICA DA
SAÚDE PÚBLICA53

Ana Flávia de Sales Cândido

Estêvão Silvestre da Silva Sousa

Manuela Leitão de Vasconcelos

Patrícia Moreira Batista de Souza

Leandro de Araújo Pernambuco

ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS EM DISTÚRBIOS VOCAIS NO
BRASIL NO PERÍODO DE 2014-201865

Ana Flávia de Sales Cândido

Estêvão Silvestre da Silva Sousa

Manuela Leitão de Vasconcelos

Patrícia Moreira Batista de Souza

Leonardo Wanderley Lopes

POLÍTICAS DE SAÚDE DO ADOLESCENTE: reflexões e
perspectivas77

Basílio Henrique Pereira Júnior

Marieliza Araújo Braga

O QUE É UMA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE?

Basílio Henrique Pereira Júnior, Mestrado, UFPB

UM BREVE HISTÓRICO

A Saúde Pública no Brasil é um tema recente, em fase de maturação na prática de assistência ao usuário. O Sistema Único de Saúde no ano de 2018 completou 30 anos, fato que mostra o quanto ele é novo e em processo de aperfeiçoamento. Quando resgatamos a história, observa-se que no Brasil, no período de 1897 até 1930 os assuntos relacionados com a saúde, como funções públicas, eram tratados no Ministério da Justiça e Negócios Interiores, em específico, na Diretoria Geral de Saúde Pública (JÚNIOR PAULUS e JÚNIOR CORDONI, 2006).

O atendimento ao usuário era oferecido pelo Estado até a década de 1930. Ele era restrito às ações de saneamento e combate às endemias. Paralelo a este episódio, nasce o “sanitarismo campanhista”, fortemente presente até o final da década de 1940. Esta política originou-se no intuito de dar suporte ao modelo da economia nacional. Ele garantia a assistência à saúde dos trabalhadores empregados nas indústrias de exportação e importação. Esse modelo de assistência visava combater as epidemias presentes entre os trabalhadores para que elas não

afetassem o seu rendimento e conseqüentemente o mercado financeiro (JÚNIOR PAULUS e JÚNIOR CORDONI, 2006).

O Estado a partir daí começou a assumir progressivamente a assistência a população nas quatro décadas seguintes, porém com propostas de atenção emergencial e controle de doenças, sem uma visão global da população e ações preventivas, através de muitas lutas e conferências. Porém, foi através da Constituição Federal Brasileira de 1988 que a política pública de saúde brasileira foi redefinida. Ela estabeleceu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (LUCCHESE et al., 2004).

Por meio da Constituição de 88, o Estado passou a ter como atributo ações que objetivassem reduzir os riscos de doenças e outros agravos através da construção de políticas econômicas e sociais, além de uma política setorial de saúde que assegure o acesso igualitário e universal às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde do usuário (LUCCHESE et al., 2004).

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A base institucional das Políticas Públicas em Saúde é o Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é uma rede serviços e ações, hierarquizada e regionalizada que assiste todo território nacional. Ele tem como princípios: a universalização, a integralidade, a descentralização e a participação popular. A política de saúde está inserida num contexto que a política pública: a Seguridade Social, que abarca também as políticas de assistência e previdência social (LUCCHESE et al., 2004).

Nesses trinta anos de criação, os avanços do SUS é um fator inquestionável, pois ele tem trabalhado em atender as necessidades e direitos da população por meio das suas realizações, conhecimentos e práticas. No domínio da Atenção Básica em Saúde (AB), ele aumentou a integração das ações de prevenção, proteção e reabilitação da saúde, apoiadas em evidências científicas e diagnósticos epidemiológicos, trabalho em equipe e formações profissionais (SANTOS, 2018).

Existem várias cidades com características e circunstâncias favoráveis para atuação dos trabalhadores, gestores, das equipes de saúde da família e grupos de apoio matricial. Muitas dessas regiões têm excelente infraestrutura física e de custeio, suporte de referências especializadas, além de possuírem integração com atividades acadêmicas. Porém, esta realidade tem se tornado cada dia mais exceções diante da realidade da grande maioria, pois atualmente não há condições materiais e estratégias para expandir suas experiências, não sendo elas um padrão para todo o sistema (SANTOS, 2018).

Contudo, o destaque para os avanços do SUS não se resumem a Atenção Básica. Com as mesmas características, há modelos similares nas redes dos Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (CEREST), dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos serviços pré-hospitalares de urgência-emergência (SAMU) e dos Hemocentros (SANTOS, 2018).

A área de Vigilância em Saúde, reconhecida internacionalmente por sua competência, apesar da modesta infraestrutura de que goza tanto dentro do Ministério como na esfera regional. Também a assistência especializada

e o fornecimento de materiais muito se desenvolveram em relação à inclusão dos portadores de deficiências e de doenças crônicas específicas. Por exemplo, o controle da AIDS, que ainda tem a melhor avaliação entre os países em desenvolvimento. Também os serviços de transplantes de órgãos e de tecidos estão entre os mais produtivos do mundo (SANTOS, 2018, p. 2).

Porém, a expansão do SUS não foi acompanhada pela correspondente expansão orçamentária, o que transformou o Brasil uma das nações com menor proporção de gastos públicos em saúde. O financiamento público reduzido, especialmente oriundo do governo federal, tem sobrecarregado os governos municipais e os orçamentos familiares em função dos gastos por desembolso direto (HONE e TASCA, 2018).

As lacunas do sistema de saúde brasileiro resultaram em frequentes desigualdades sociais e regionais, causando diminuição do acesso aos serviços de saúde, com maior efeito sobre as regiões mais pobres e para os grupos socioeconomicamente mais desfavorecidos. O quadro de subfinanciamento do SUS tende a se agravar em função das medidas de austeridade implementadas pelo governo federal (HONE e TASCA, 2018).

Esses problemas e disparidades estruturais provavelmente piorarão com as medidas de austeridade introduzidas pelo governo federal. Medidas como essa põem em risco todas as conquistas e realizações do SUS na melhoria dos resultados de saúde da população trazendo um quadro de retrocesso, privatização da assistência e desigualdades sociais (MASSUDA et al., 2018).

CONCLUSÃO

As Políticas Públicas de Saúde no Brasil é um tema recente que precisa ser debatido e estudado, pois suas práticas estão em processo de construção e desenvolvimento. Os avanços são notórios nas mais diversas esferas de atenção que vai do primeiro contato do usuário até o seu desfecho em saúde.

Porém o seu funcionamento está ameaçado por diversas medidas do governo federal. A restrição orçamentária, sobrecarga dos gastos da saúde ao governo municipal e a austeridade são medidas que ameaçam o funcionamento pleno do Sistema Único de Saúde e todas as suas conquistas nas últimas três décadas.

REFERÊNCIAS

JÚNIOR, Aylton Paulus; JÚNIOR, Luiz Cordoni. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, 2006.

LUCHESE, Patrícia TR et al. Políticas públicas em saúde pública. **São Paulo: Bireme/OPAS/OMS**, v. 90, 2004.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1729-1736, 2018.

HONE, Thomas; TASCA, Renato. Cenários do financiamento público em saúde. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?**, p. 65.

MASSUDA, Adriano et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ global health**, v. 3, n. 4, p. e000829, 2018.

A MORTALIDADE POR CÂNCER DE PRÓSTATA NO BRASIL: análise no período de 2012 a 2017

Juliana Barbosa Medeiros, Doutorado, UFPB
Brenda Feitosa Lopes Rodrigues, Mestrado, UFPB

INTRODUÇÃO

O câncer de próstata (CP) representa um grave problema de saúde pública em todo o mundo, pela sua alta incidência, morbidade, mortalidade, e pelo seu elevado custo no tratamento. Segundo estimativa mundial realizada em 2012 pelo projeto Glbocan/Iarc, é o quarto câncer com maior incidência no mundo e o segundo mais frequente entre os homens, com cerca de 1,1 milhão de novos casos diagnosticados por ano (GRANGEIRO et al, 2019).

No Brasil, um homem morre a cada 38 minutos devido ao câncer de próstata – segundo dados mais recentes do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e é o segundo mais comum entre os homens (atrás apenas do câncer de pele não-melanoma). Em valores absolutos, houveram 15. 391 mortes decorrentes do CP em 2017 e a estimativa para 2018 foi de 68. 220 novos casos da doença (INCA, 2018).

A próstata é uma glândula que só o homem possui e que se localiza na parte inferior do abdômen. Ela é um órgão pequeno, tem a forma de maçã e se situa logo abaixo da bexiga e à frente do reto (parte final do intestino grosso). A próstata envolve a porção inicial da uretra, tubo pelo qual a urina é armazenada na bexiga e eliminada. Ela produz parte do sêmen, líquido espesso que contém os espermatozoides, liberado durante o ato sexual.

O CP é caracterizado para replicação desordenada de células cancerígenas malignas no tecido prostático. Os fatores de risco para a doença incluem a idade, a história familiar e a raça. Além disso, existem fortes evidências de que o excesso de peso ou obesidade aumenta o risco de câncer de próstata avançado. A sobrevida é influenciada pela extensão da doença no momento do diagnóstico, o que demonstra a relevância de investimentos no diagnóstico precoce (OLIVEIRA et al. 2016).

A detecção precoce do câncer é uma estratégia para encontrar o tumor em fase inicial e, assim, possibilitar melhor chance de tratamento. Ela pode ser feita por meio da investigação, com exames clínicos, laboratoriais ou radiológicos, de pessoas com sinais e sintomas sugestivos da doença (diagnóstico precoce), ou com o uso de exames periódicos em pessoas sem sinais ou sintomas (rastreamento), mas pertencentes a grupos com maior chance de ter a doença. No caso do câncer de próstata, esses exames são o toque retal e o exame de sangue para avaliar a dosagem do PSA (antígeno prostático específico) (INCA, 2018).

É possível destacar que o homem demonstra grande resistência em procurar ajuda no que diz respeito à manutenção da sua saúde, o que faz com que as questões do rastreio da doença,

diagnóstico e cura do câncer prostático sejam dificultadas. A vulnerabilidade do homem está relacionada a aspectos culturais de supremacia do ser masculino, que leva ao maior acometimento de doenças, principalmente as degenerativas e crônicas, por parte deste grupo e à maior mortalidade em relação às mulheres. (CAMPOS et al., 2011).

A necessidade da realização de estudos que permitam analisar a evolução das taxas de mortalidade por câncer de próstata, faixas etárias mais frequentes, as regiões mais acometidas, prevendo tendências e suscitando hipóteses justificam essa pesquisa. O que ressalta seu potencial para subsidiar o planejamento de políticas de saúde, identificando situações de desigualdades que demandam ações e estudos específicos, influenciando a tomada de decisão sobre métodos eficientes de controle e diminuição da mortalidade.

Este estudo teve por objetivo avaliar o comportamento do coeficiente de mortalidade por câncer de próstata no Brasil, como também a distribuição dos óbitos por idade, entre os anos de 2012 a 2017.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo ecológico, baseado em dados secundários coletados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e Instituto Nacional do Câncer (INCA), órgão de referência técnica nacional para uso do indicador de mortalidade do câncer de próstata. Os dados foram obtidos através do Sistema de Informação sobre Mortalidade e foram coletados os números de óbitos referentes à 10ª revisão da

Classificação Internacional de Doenças (CID-10): C61 – neoplasia maligna de próstata.

As taxas de mortalidade foram calculadas a partir do número de óbitos em cada sexo dividido pela população de homens, obtida através da informação do censo demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Foram calculadas as referidas taxas por 100 mil habitantes do sexo masculino, em cada região geográfica: Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul, como também no Brasil, para cada ano entre 2012 a 2017. Também foi calculada a distribuição de número de óbitos por câncer de próstata por faixa etária, no Brasil, entre 2012 e 2017.

O ano de 2012 foi escolhido para início da análise pois refere-se ao ano de surgimento da campanha denominada “Novembro Azul”. Esta campanha organizada, a princípio, por entidades não governamentais e adotada no Brasil em 2012, tem como premissa promover a sensibilização acerca do câncer de próstata e discutir aspectos relacionados à saúde do homem, difundindo em todo o território nacional métodos de prevenção e diagnóstico precoce do CP, com o objetivo de diminuir a morbimortalidade por esta doença (MODESTO, et al, 2018).

Toda a análise dos dados, além da apresentação tabular, foi realizada com o auxílio dos programas Microsoft Excel e Statistical Package for Social Sciences (SPSS). O estudo obedeceu todas as normas e prerrogativas da Resolução 466/2012, que regulamenta as pesquisas científicas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A mortalidade por câncer de próstata vem crescendo em cada região brasileira, como demonstra a Tabela 1. A região com maior coeficiente de mortalidade no período estudado foi a região Sul, seguida do Sudeste, Centro-Oeste, Nordeste e Norte. Para cada região, houve apenas um momento entre os anos que a taxa decaiu, porém no ano seguinte a mortalidade continuou a aumentar. Portanto, podemos inferir que, de uma maneira geral, a taxa de mortalidade aumentou ao longo dos anos nas regiões brasileiras.

TABELA 1. Taxas de mortalidade por câncer de próstata, brutas, por 100.000 homens (população padrão de 2010), em cada região, no período entre 2012 e 2017.

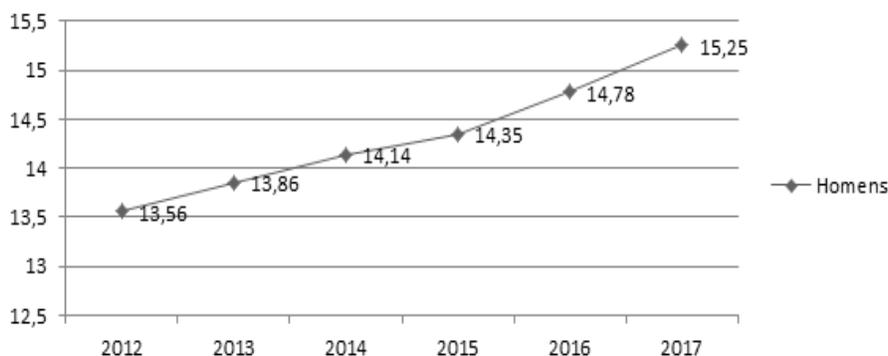
LOCALIDADE	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Centro-Oeste	12,32	13,07	14,1	13,31	14,3	14,4
Nordeste	13,15	13,76	14,03	14,7	15	15,7
Norte	8,14	8,51	9,31	9,84	9,07	10,34
Sudeste	14,26	14,05	14,12	14,42	15,18	15,37
Sul	16,2	17,18	17,37	16,77	16,98	17,52

Fonte: INCA, 2018.

No Brasil, de acordo com os dados apresentados na Figura 1, houve um aumento da taxa de mortalidade de 13,56 em 2012 para 15,25 por 100 mil homens em 2017, o que demonstra uma evolução crescente das mortes pela referida causa. Ressaltando

que desde 2012, a campanha Novembro Azul vem sendo implementada em todo o território nacional.

Figura 1 - Taxas de mortalidade por câncer de próstata, brutas, por 100.000 homens (população padrão de 2010), no Brasil, no período entre 2012 e 2017.



Fonte: INCA, 2018.

O comportamento das taxas de mortalidade por câncer de próstata nos países desenvolvidos difere do encontrado para alguns países em desenvolvimento. Center e colaboradores (2012) observaram tendência de redução na América do Norte, Oceania, Europa ocidental e em partes do norte da Europa; e de aumento na África, partes da Ásia, Europa oriental e central. Nas Américas Central e do Sul, também foram demonstradas diferenças, com ascensão da mortalidade no Brasil, Colômbia e Equador, e redução na Costa Rica, Chile e Argentina.

Em estudo de série temporal conduzido na Argentina, foi demonstrada elevação das taxas de mortalidade por câncer de próstata para indivíduos com 55 anos e mais, entre os anos de 1986 e 1998, e redução para o período de 1998 a 2005 (NICLIS et al, 2011). E no Chile, foi evidenciado aumento de 1955 a 1996 e

uma mudança mais estável de 19,7 óbitos por 100 mil homens em 1995 para 21,2 em 2001, provavelmente devido a uma melhoria do tratamento, resultado do aumento do acesso aos pacientes e da realização de diagnóstico oportuno (VIVES et al, 2004).

No Brasil, em estudo de série temporal com objetivo de avaliar a distribuição e a evolução da mortalidade por câncer de próstata durante o período de 1980 a 2010, foi demonstrado aumento da mortalidade por câncer de próstata em todas as regiões brasileiras, com variação média anual dos óbitos de 5,0%, no Nordeste, a 2,6%, no Sudeste (CONCEIÇÃO et al, 2014).

A literatura demonstra associação do aumento da mortalidade para as regiões mais pobres pelo retardo no diagnóstico e a falta de instituições terapêuticas adequadas. Sendo visualizado concentração de serviços em grandes centros urbanos e falta de organização em municípios afastados. Conseqüentemente os homens destas regiões precisam se deslocar para áreas onde os serviços adequados são oferecidos. Em outras macrorregiões do país a mortalidade está mantendo-se praticamente estável, devido ao melhor acesso aos meios diagnósticos e terapêuticas o que é principalmente efetiva nos estágios iniciais da doença (OLIVEIRA et al, 2016).

Ao analisar o comportamento do número de óbitos por câncer de próstata, com relação às faixas etárias entre os anos de 2012 e 2017 (Tabela 2), observou-se que os idosos morreram mais da referida doença ao longo dos anos, sendo que a faixa etária compreendida como longeva (80 anos ou mais), apresentou o maior número absoluto de óbitos. Portanto, infere-se que com o avançar da idade as mortes pela doença vão aumentando.

TABELA 2 - Distribuição de número de óbitos por câncer de próstata por faixa etária, no Brasil, entre 2012 e 2017.

Faixa Etária	n	%
00 a 09	0	0
10 a 19	3	0,02
20 a 29	11	0,07
30 a 39	12	0,08
40 a 49	75	0,49
50 a 59	645	4,1
60 a 69	2754	17,8
70 a 79	5213	33,87
80 ou mais	6678	43,39
Total	15.391	100

Fonte: INCA, 2018.

A doença ao redor do mundo já é considerada como “da terceira idade”, visto que afeta, sobretudo, homens que têm acima de 65 anos de idade (INCA, 2018). O aumento da expectativa de vida e a evolução dos métodos diagnósticos podem explicar o crescimento das taxas de incidência do câncer de próstata nos últimos anos no Brasil.

Segundo Santiago e colaboradores (2013), verifica-se que a idade mais elevada, em função das condições crônicas e/ou agudas, que comumente afetam os idosos, leva à maior necessidade de acompanhamento médico e de utilização de serviços de saúde, o que poderia se constituir em maior probabilidade de receber indicação de exames e diagnóstico. A maior incidência de câncer de próstata nas faixas etárias mais elevadas poderia motivar a maior frequência de recomendação de exames de rastreamento nesse grupo populacional.

O rastreamento populacional para o câncer de próstata – realizado por meio da dosagem de antígeno prostático específico (PSA, sigla em inglês) e do exame digital retal, com claro protagonismo dos urologistas, é reforçado e implementado pela campanha denominada “Novembro Azul”, com atuação no Brasil a partir de 2012. Desde 2006, o professor titular da especialidade na Universidade São Paulo, Miguel Srougi, recomendava avaliações anuais para homens a partir dos 50 anos, antecipando-a para quarenta anos em homens com maior risco para a doença (aqueles com parentes de primeiro grau acometidos e indivíduos negros) (MODESTO, 2018). Porém, de acordo com o presente estudo a campanha não tem apresentado impactos significativos nas taxas de mortalidade no Brasil, que continuam ascendendo ao longo dos anos.

O rastreamento populacional, no entanto, tem sido alvo de críticas crescentes. Entidades voltadas à formulação de políticas de saúde e diretrizes preventivas – como o United States Preventive Services Task Force (USPSTF), o United Kingdom National Screening Committee, – têm estudado as pesquisas sobre o assunto e se posicionado contra esta estratégia. Alinhada com estas entidades e comprometida com a prevenção quaternária, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) vem assumindo a mesma postura e, em outubro de 2015, publicou um posicionamento oficial questionando a campanha Novembro Azul como estratégia de saúde para a população masculina (MODESTO, et al, 2018). Contudo, é necessário ainda estudos temporais e de tendência para definir com veemência o

real impacto da referida campanha nos índices de incidência e mortalidade por câncer de próstata.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo apresentou resultados relevantes para Brasil e suas regiões, mostrando a crescente e significativa taxa de mortalidade por câncer de próstata. Os maiores coeficientes foram localizados nas regiões Sul e Sudeste, porém todos as regiões brasileiras aumentaram seus índices de mortalidade ao longo dos anos.

Estes resultados que evidenciam uma necessidade de implementar ações que verdadeiramente impactem no contexto da saúde do homem e mais especificamente na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de próstata. Isso aponta a necessidade de (re)pensar políticas de saúde regionais, inclusive de fortalecer a rede de atenção para a prevenção e tratamento do câncer de próstata, com foco no diagnóstico e tratamento oportunos.

Entretanto, este estudo possui como limitação o fato de utilizar informações secundárias e de diferentes fontes. Além disso, é importante considerar as flutuações na proporção de óbitos por causas mal definidas ao longo dos anos, pois, à medida que reduz a proporção de mortes por essas causas, aumentam os óbitos por causas específicas; assim, para alguns anos, um aumento das taxas pode representar uma melhor especificação dos dados de mortalidade e não necessariamente um aumento nos óbitos por câncer de próstata.

São necessários mais estudos para compreender os determinantes locais associados ao comportamento observado e subsidiar o planejamento de estratégias de intervenção efetivas para mudança do quadro observado.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, Hércules Lázaro Morais et al. Aspectos culturais que envolvem o paciente com diagnóstico de neoplasia de próstata: um estudo na comunidade. **Revista Brasileira de Cancerologia [Internet]**, v. 57, n. 4, p. 493-501, 2011.

CENTER, Melissa M. et al. International variation in prostate cancer incidence and mortality rates. **European urology**, v. 61, n. 6, p. 1079-1092, 2012.

CONCEIÇÃO, Mara Beatriz Martins; BOING, Antonio Fernando; PERES, Karen Glazer. Time trends in prostate cancer mortality according to major geographic regions of Brazil: an analysis of three decades. **Cadernos de saude publica**, v. 30, p. 559-566, 2014.

GRANGEIRO, Amanda Mesquita et al. INCIDÊNCIA E MORTALIDADE POR CÂNCER DE PRÓSTATA NO TOCANTINS E PALMAS, NO PERÍODO DE 2010 A 2014. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 6, n. 1, p. 27-30, 2019.

INCA, Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva; Ministério da Saúde. **Estimativa 2018: Incidência do Câncer no Brasil**. Inca: Rio de Janeiro, 2018.

MODESTO, Antônio Augusto Dall’Agnol et al. A not-so-blue November: debating screening of prostate cancer and men’s health. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 64, p. 251-262, 2018.

NICLIS, Camila et al. Prostate cancer mortality trends in Argentina 1986-2006: an age-period-cohort and joinpoint analysis. **Cadernos de saude publica**, v. 27, p. 123-130, 2011.

OLIVEIRA, Thaís Lopes; NUNES, Lélia Cápua; DE SOUZA LOPES, Taís. Neoplasia maligna da próstata: tendência da mortalidade em Petrópolis-RJ, 1980-2012. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 62, n. 4, p. 315-320, 2016.

SANTIAGO, Livia Maria et al. Prevalência e fatores associados à realização de exames de rastreamento para câncer de próstata em idosos de Juiz de Fora, MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 3535-3542, 2013.

VIVES, Alejandra; VALDIVIA, Gonzalo; MARSHALL, Guillermo. Cambios recientes en la mortalidad por cáncer de próstata en Chile: estudio de tendencias en el período 1955-2001. **Revista médica de Chile**, v. 132, n. 5, p. 579-587, 2004.

POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À ONCOLOGIA: breve histórico e desafios

Marieliza Araújo Braga, Mestrado, UFPB
Basílio Henrique Pereira Júnior, Mestrado, UFPB

O CÂNCER NO BRASIL

O câncer é um grupo de doenças não transmissíveis, constituído por células que crescem de forma desordenada, com aumento de volume de forma autônoma, dependente de hormônios para seu crescimento, agressivo e de difícil controle, com capacidade de invasão e destruição de estruturas adjacentes, e disseminação por via sanguínea e linfática (WUNSCH FILHO, 2013; KUMAR et al., 2013; KUMAR et al., 2010).

Excluindo câncer de pele não-melanoma, estimou-se que para o ano de 2012, ocorreram aproximadamente 14,1 milhões de novos diagnósticos de câncer no mundo, sendo responsáveis pela causa-morte de 8,2 milhões de pessoas, principalmente em países desenvolvidos. Projeta-se que em meados de 2030, haverá 21,4 milhões novos casos de câncer, que ocasionarão 13,2 milhões de óbitos (FERLEY et al., 2015; INCA, 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2013) relata que no final da primeira década do século XXI, dentro das doenças

não transmissíveis, o câncer foi responsável por 21% de óbitos, atrás apenas das doenças cardiovasculares.

No mundo, os tipos de câncer mais incidentes são: pulmão, mama, intestino e próstata. Considerando sexo, nos homens, os cânceres mais incidentes são: pulmão, próstata, intestino, estômago e fígado; nas mulheres: mama, intestino, pulmão, colo de útero e estômago (FERLEY et, 2015).

Para o Brasil, o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) (2018) estimou para os anos de 2018 e 2019, excluindo câncer de pele não-melanoma, 600 mil novos casos de câncer para cada ano, sendo os mais incidentes, respectivamente: próstata, pulmão, mama feminina, colón e reto, colo de útero, estômago e esôfago. Considerando sexo, nos homens, os mais incidentes são: próstata, pulmão, intestino, estômago e cavidade oral; nas mulheres: mama, intestino, colo de útero, pulmão e tireoide. Para pele não-melanoma, para o biênio 2018-2019, esperou-se 170 mil novos casos de câncer. As regiões Sul e Sudeste são responsáveis por mais de 70% dos novos casos, variando o quantitativo de incidência por região, de acordo com o tipo de câncer.

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O PACIENTE COM CÂNCER

Quando se avalia a alta incidência crescente e o índice de óbitos, vê-se necessário, por parte do Estado, o planejamento e implementação de diretrizes e políticas públicas de prevenção e controle do câncer, vigilância, como também assistência interdisciplinar de qualidade, em todos os âmbitos, para os

pacientes acometidos pela doença (SILVA et al., 2017; BRASIL, 2014).

Para desenvolvimento de tais políticas e diretrizes, é necessário o registro do câncer, em questão de ocorrência, descrição de incidência e espaço de tempo. A reunião de tais informações é realizada pela Secretária de Vigilância à Saúde, do Ministério da Saúde (MS), através do Registros de Câncer de Base Populacional e Hospitalares – (RCBP/RHC), que permitem a monitorização da situação do câncer no país, por meio de informações enviadas pelos Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica, Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) (INCA, 2015).

POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER

O câncer é uma doença não transmissível, sem causa única e acometimento, e as modificações celulares podem ocorrer por alguns motivos específicos. Entre 80% e 90% das mutações são ocasionadas por fatores externos, como: exposição à radiação e exposição química, hábitos de vida diário (consumo de álcool e tabagismo), envelhecimento, entre outros. Considerando fator hereditário, apenas 10% a 20% das mutações são por influência exclusiva de hereditariedade (INCA, 2018).

Quando se trata de prevenção, ela pode ser primária ou secundária. A prevenção primária é entendida no período que antecede à doença, reduzindo a exposição do indivíduo a fatores de risco, e conseqüentemente diminuindo ocorrência.

Tal prevenção é subdividida em ações de promoção e proteção específicas contra fatores de risco, como a luta contra o tabagismo, orientações sobre alimentação saudável, medidas de proteção contra raios solar, vacinação e exames específicos. A prevenção secundária é o rastreamento de indivíduos assintomáticos (CESTARI; ZAGO, 2005).

Pensando em prevenção primária, e como o câncer pode ser controlado e prevenido, o INCA e o Fundo Mundial de Pesquisa Contra o Câncer/Instituto Americano para Pesquisa do Câncer (WCRF/AICR) se uniram para desenvolver o Relatório de Políticas do WCRF/AICR como política de conscientização, focado em atividade física, nutrição, peso corporal, aleitamento materno e combate ao tabaco como fatores de prevenção do câncer. Nele, relata-se que a não exposição ao tabaco diminuiria em um terço a atual ocorrência de novos casos (BRASIL, 2009).

O Relatório de Políticas do WCRF/AICR (2007) explana que a manutenção do valor de gordura corporal sendo mantido em níveis de normalidade, realizando atividade física diariamente, com alimentação saudável (com limitação de consumo de açúcares, carne vermelha, sal e alimentos processados, focando em produtos naturais e de bons valores nutricionais), limitando consumo de bebida alcoólica, evitando exposição ao tabaco, e especialmente para mulheres, realizando a amamentação, o câncer pode ser prevenido, diminuindo os valores de ocorrência de novos casos em até um quarto.

Como exemplo de prevenção primária em situação específica, podemos falar sobre o exame Papanicolau, o citopatologia cervical, assim como a vacinação contra o Papilomavírus Humano

(HPV), para prevenção do câncer de colo de útero. Outro exemplo é a sugestão pela Câmara de Deputados, dos Projetos de Lei nº 5734/2013, que inclui os protetores solares na abrangência da Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, que “autoriza a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências”, e a n.4.027/2012, que dispõe sobre o fornecimento de protetor solar ao empregado que trabalhe a céu aberto, como um equipamento de proteção individual (EPI) (RAMOS; SANCHEZ; SANTOS, 2016; MOURA et al., 2016; VILLA; PEREIRA, 2009).

Para prevenção secundária, cita-se as Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil (2015), elaborada pelo INCA em parceria com o Ministério da Saúde, para rastreamento de população feminina de risco através da mamografia e diagnóstico precoce.

Como ação federal, baseada na portaria n.2439, de 08 de dezembro de 2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), marco para atenção do paciente oncológico, endossado pelo Pacto pela Saúde (Portaria n.399, de 22 de fevereiro de 2006), em 16 de maio de 2013 foi instituída a portaria n.874, promulgada em Diário Oficial como “Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde”, com objetivo de reduzir mortalidade e incapacidade funcional consequente da patologia, diminuir incidência, melhorar qualidade de vida, através de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, e quando necessário, cuidados paliativos. Ela tem como princípios a promoção e prevenção em

saúde, reduzindo exposição a fatores de risco e promovendo fatores de proteção, além de assistência em âmbito secundário e terciário, e vigilância em saúde (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

A ATENÇÃO AO PACIENTE ONCOLÓGICO NA SAÚDE PÚBLICA

A assistência oncológica no Brasil iniciou com a Portaria n.3535, de 02 de setembro de 1998, que estabeleceu critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia, “garantindo o atendimento integral aos pacientes com doenças neoplásicas malignas; estabelecendo uma rede hierarquizada dos Centros que prestam atendimento pelo SUS a esses pacientes, e atualizando os critérios mínimos para o cadastramento desses Centros de Alta Complexidade em Oncologia”.

A PNAO, de 2005, veio para substituir a primeira Portaria, de 1998, falando sobre a necessidade do cuidado integral do paciente oncológico, por intermédio de referência e contrarreferência, dando acesso a todos os níveis de atenção e complexidade. Anos depois, essa foi substituída pela Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde, em 2013 (MIGOWSKI et al., 2018; SILVA et al., 2017).

Em 27 de fevereiro de 2014, foi promulgada a Portaria n.140, que “Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento

e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Com a implantação da Portaria n.140/2014, os critérios e parâmetros para estabelecimentos atenderem pacientes oncológicos se tornaram muito mais refinados, com exigência de equipe interdisciplinar na assistência ao paciente oncológico, sendo de obrigatoriedade, todos os componentes especializados em Oncologia, para assistência em todos os âmbitos. Os CACONs, UNACONs e Hospitais Gerais que realizam cirurgias oncológicas e Serviço de Radioterapia, precisam atender pré-requisitos mais criteriosos para habilitação de leitos. Pensando no que muda para o paciente, tais avanços melhoram a assistência prestada, refletindo no foco do processo de cura do paciente, e se não for possível, proporcionar a melhor qualidade de vida possível diante das possibilidades.

O primeiro tratamento oncológico deveria iniciar até 60 dias após o laudo do diagnóstico de câncer, como era determinado na Lei n.12.732, de 22 de novembro de 2012. Hoje, o paciente oncológico tem direito, através da Lei n.13.896, de 30 de outubro de 2019, que todos os exames relacionados ao diagnóstico do câncer e início do primeiro tratamento sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, além de toda cobertura de tratamento especializado, seja clínico, de reabilitação e/ou cuidados paliativos, em ambiente apropriado, com cumprimento de pré-requisitos básicos por parte dos estabelecimentos.

CONCLUSÃO

O Brasil tem um histórico de políticas públicas eficientes voltadas ao paciente oncológico, que se refletem nos direitos

adquiridos nos últimos vinte anos. São ganhos importantes, que contribuem para o acesso do paciente e da família aos serviços de saúde, porém, apesar das portarias e leis existirem, ainda é lento o processo de cumprimento por meio de órgãos públicos e/ou privados.

Mas por que tal ineficiência acontece? O Brasil é um país de dimensão continental, com população expressiva e uma ideologia de sistema de saúde significativa, que foi implementado, ocasiona o subfinanciamento e sucateamento a assistência pública a saúde, sendo a principal causa da burocratização do serviço, demora em filas e atendimentos, falta de medicamentos e insumos e descumprimento de portarias.

O Sistema Único de Saúde e as políticas públicas em todos os âmbitos, necessita de apoio da população para eficiência do serviço, cobrando dos servidores eleitos proatividade no quesito de políticas públicas e emendas voltadas a saúde; do apoio da mídia, mostrando que o SUS é muito mais do que suas falhas e momentos de ineficiência; de setores públicos, como universidades, fornecendo assistência a população através de suas clinicas escolas, desafogando os setores secundários e terciários, como maior comprometimento do Estado da administração do setor público.

REFERÊNCIAS

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Sumário Executivo: Políticas e Ações para Prevenção do Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2009.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Alimentos, Nutrição, Atividade Física e Prevenção de Câncer: uma perspectiva global.** Rio de Janeiro: INCA, 2007.

BRASIL. Portaria n.3535, 02 de setembro de 1999. **Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3535_02_09_1998_revog.html. Acessado em: 24 de novembro de 2019, às 20:59.

BRASIL. Portaria n.874, de 16 de maio de 2013. **Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acessado em: 24 de novembro de 2019, às 18:40.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Projeto de Lei n.4027, de 2012. **Dispõe sobre o fornecimento de protetor solar ao empregado que trabalhe a céu aberto.** Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=999504. Acessado em: 24 de novembro de 2019, às 19:24.

BRASIL. Portaria n.140, de 27 de fevereiro de 2014. **Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos**

para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html. Acessado em: 24 de novembro de 2019, as 21:41.

BRASIL. Portaria n.2439, de 08 de dezembro de 2005. **Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.** Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/retrol/registrocancer/Portaria2439GM_MS.pdf. Acessado em: 24 de novembro de 2019, as 20:36.

BRASIL. Projeto de Lei n.5734, de 2013. **Inclui os protetores solares na abrangência da Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, que “autoriza a Fundação Oswaldo Cruz (Fio-cruz) a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências”.** Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=9867BFDB09AA50855C478D8EA3366049.proposicoesWebExterno1?codteor=1570314&filename=A-vulso+-PL+5734/2013. Acessado em: 24 de novembro de 2019, às 19:32.

BRASIL. Portaria n.399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acessado em: 24 de novembro de 2019, as 20:35.

BRASIL. Lei n.12.732, de 22 de novembro de 2012. **Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acessado em: 25 de novembro de 2019, as 22:01.

BRASIL. Lei n.13.896, de 30 de outubro de 2019. **Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019_2022/2019/Lei/L13896.htm. Acessado em: 25 de novembro de 2019, as 22:03.

CESTARI, M.E.W.; ZAGO, M.M.F. **A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o Século XXI.** Revista brasileira de enfermagem.. v.58, n.2, Brasília, Mar./Apr., 2005.

FERLAY, J. et al.. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **International Journal of Cancer**, Genève, v. 136, n. 5, p. 359-386, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **O que causa o câncer?**, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/o-que-cao-causa-cancer>. Acessado em: 24 de novembro de 2019, as 15:47.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2015.

KUMAR, V. et al.. **Robbins e Cotran, base patológica das doenças**. 8ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

KUMAR, V. et al.. **Robbins Patologia Básica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MIGOWSKI, A. et al.. A Atenção Oncológica e os 30 Anos do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.64, n.2, p247-250, 2018.

MOURA, P.F. et al.. Câncer de Pele: Uma questão de saúde pública. **Visão Acadêmica**, Curitiba, v.17, n.4, Out. -Dez., 2016.

RAMOS, M.E.S.P.; SANCHEZ, J.J.; SANTOS, L.A. A ação das políticas públicas na prevenção do câncer do colo do útero e mama na atenção básica em Salvador-BA. **Revista Enfermagem Contemporânea**. v.5, n.1, p.5-15, Jan./Jun., 2016.

SILVA, M.J.S. et al.. Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a Criação do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.63, n.3, p.177-187, 2017.

TEIXEIRA, L.A; PORTO, M.; HABIB, P.A.B.B. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. **Caderno de Saúde Coletiva**, v.20, n.3, p.375-80, 2012.

VILLA, M.C.E; PEREIRA, W.R. As políticas públicas e a atenção ao câncer do colo do útero no Estado de Mato

Grosso – uma abordagem crítica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.4, p.1037-42, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. Geneva, 2013.

WUNSCH FILHO, V. Consumo de bebidas alcoólicas. **Revista USP.**, n.96, p.37-46, dezembro/fevereiro, 2013.

A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) JUNTO AO ENFRENTAMENTO DO PACIENTE VIVENDO COM HIV/AIDS: relato de experiência

Brenda Feitosa Lopes Rodrigues, Mestrado, UFPB

Juliana Barbosa Medeiros, Doutorado, UFPB

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) com equipes multiprofissionais tem sido o pilar para o desenvolvimento de uma forma de pensar e praticar saúde distinta do modelo tradicional. O Brasil, desde 1994, adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como opção preferencial de reorganização da atenção à saúde, tendo como desafio a transformação do modelo assistencial, na lógica dos princípios e diretrizes inovadores do SUS (BARBOSA et al, 2016).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma das estratégias do Ministério da Saúde (MS) para reorganizar o sistema de saúde brasileiro, tem papel fundamental no primeiro contato, sendo porta de entrada aos serviços de saúde, na longitudinalidade e na coordenação do cuidado, devendo operar como base de

estruturação das redes de atenção, com suporte dos serviços de apoio diagnóstico, assistência especializada e hospitalar. A ESF visa estruturar o modelo de atenção voltado para a integralidade e a qualidade da assistência prestada e contribuir para consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (MALTA, 2016).

O início das ações relacionadas ao HIV/AIDS na Atenção Básica (AB) iniciaram-se em meados de 1990, tendo maior intensificação nos anos de 2000, justifica-se com a constatação realizada pelo MS em 1998 onde o diagnóstico para o Virus da Imunodeficiência Humana (HIV) ocorria tardiamente no Brasil, dificultando estratégias baseadas em prevenção, promoção e tratamento em saúde. Nos anos 2000 ocorre a publicação de manuais apontando diretrizes sobre a assistência em HIV/AIDS e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) na AB (BRASIL, 2006).

O vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) causador da Síndrome da Imunodeficiência (AIDS) ainda é considerado um grave problema de saúde pública, no que se refere ao seu caráter pandêmico, gravidade e elevada taxa de mortalidade (SOUZA, 2016).

Na atualidade, a epidemia do HIV afeta 37,9 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo que apenas 79% das pessoas vivendo com HIV estão diagnosticadas e conhecem seu estado sorológico positivo para HIV e apenas 24,5 milhões desses indivíduos têm acesso a Terapia Antirretroviral (TARV). Devido a essa problemática, a atenção a pessoa vivendo HIV/AIDS necessita de um olhar singularizado. (UNAIDS, 2019).

No Brasil, no ano de 2017, foram notificados 42.420 casos de infecção pelo HIV, sendo 4.306 (10,2%) casos na região Norte, 9.706 (22,9%) casos na região Nordeste, 16.859 (39,7%) na região Sudeste, 8.064 (19,0%) na região Sul e 3.485 (8,2%) na região Centro-Oeste. No período de 2007 a Junho de 2018 foi notificado no Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) um total de 169.932 (68,6%) casos em homens e 77.812 (31,4%) casos em mulheres. No período de 2007 a junho de 2018, no que se refere às faixas etárias, observou-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se na faixa de 20 a 34 anos, com percentual de 52,6% dos casos. No período de 2007 a 2017, verificou-se uma queda de 14,8% no coeficiente de mortalidade padronizado para o Brasil, que passou de 5,6 para 4,8 óbitos por 100 mil habitantes. No mesmo período, observou-se aumento nesse coeficiente em todos os estados das regiões Norte e Nordeste, à exceção de Roraima e da Bahia, que apresentaram queda de 33,3% e 3,0% em seus coeficientes, respectivamente (BRASIL, 2018).

Na perspectiva de melhorar o avanço no controle da epidemia, em 2013 o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS adotou a meta tríplice, conhecida como 90-90-90, que consiste em: até o ano de 2020: 90% das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) sejam diagnosticadas, 90% das PVHA em uso de TARV e 90% PVHA em uso de TARV com carga viral indetectável e não transmitam mais os vírus (UNAIDS, 2019).

Entre as ferramentas de abordagem ao indivíduo, à família e à comunidade, no contexto da Estratégia de Saúde da Família, destaca-se a Visita Domiciliar (VD). Esta, representa um conjunto de ações em saúde voltadas ao atendimento educativo-

assistencial e é considerada o meio de cuidado mais indicada para o entendimento todo processo de adoecimento dos usuários, sua dinâmica familiar e a comunidade em que eles se inserem. Através das VDs, a equipe de saúde se familiariza sobre os fatores condicionantes e determinantes desse processo, o contexto social em que a família está inserida e as relações interpessoais entre os familiares (BORGES et al, 2017).

Sob essa ótica, é de extrema importância que a avaliação constante dessa população seja realizada a fim de identificar lacunas em relação ao cuidado, bem como promover melhorias na estrutura e no contexto das ações oferecidas (SILVA et al, 2016).

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo descrever a estratégia de saúde da família junto ao enfrentamento do paciente vivendo com HIV/AIDS, através de um relato de experiência.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência que aborda aspectos de uma Visita Domiciliar (VD). A visita foi realizada com a equipe multiprofissional, médica, enfermeira e Agente Comunitário de Saúde (ACS). A experiência ocorreu no ano de 2018, na Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizada no município de Bayeux/ Paraíba.

Entre as ferramentas de abordagem ao indivíduo, à família e à comunidade, no contexto da Estratégia de Saúde da Família, destaca-se a Visita Domiciliar (VD). Esta representa um conjunto de ações em saúde voltadas ao atendimento educativo-

assistencial e é considerada o meio de cuidado mais indicada para o entendimento do processo de adoecimento dos usuários, sua dinâmica familiar e a comunidade em que eles se inserem. Através das VDs, a equipe de saúde se familiariza sobre os fatores condicionantes e determinantes desse processo, o contexto social em que a família está inserida e as relações interpessoais entre os familiares (BORGES et al, 2017).

Ao identificar os indivíduos vivendo com HIV/AIDS do território, foi realizado um cronograma de visitas onde anteriormente foi discutido com a equipe aspectos como o cuidado a saúde da pessoa com HIV/AIDS, bem como os aspectos de enfrentamento e como a ESF poderia contribuir nesse contexto. Durante as visitas, além da constatação clínica de todos os indivíduos, buscamos identificar suas fragilidades, dificuldades, receios, frente ao diagnóstico do HIV/AIDS. Dessa forma, todas as informações obtidas ao decorrer das visitas foram registradas nos prontuários individuais, onde constava todo o histórico de cada indivíduo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Diante da visita domiciliar foi possível ao final criar um plano de cuidado singular, tendo em vista que foi evidenciado fragilidades desde o enfrentamento do preconceito social, dificuldade quanto ao diagnóstico e misticismos a respeito da infecção, continuidade no tratamento, bem como, dificuldades enfrentadas pela própria família.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017 é a responsável pela es-

truturação da Atenção Básica no SUS a partir dos princípios: integralidade, universalidade e equidade e das diretrizes: regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade, ordenação da rede, participação da comunidade e coordenação do cuidado. Sendo assim, a mesma tem por finalidade o cuidado integral e singular dos sujeitos que acontece por meio da valorização dos âmbitos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais de cada um a fim de gerar promoção e prevenção da saúde, além de diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos em casos de necessidade (BRASIL, 2017).

No que se diz respeito as IST/HIV/AIDS, o aconselhamento é entendido como uma prática preventiva ampla, que vai além ao âmbito da testagem e contribui para a qualidade das ações educativas em saúde. Sendo assim, podendo ser executado em vários momentos, não devendo se restringir somente ao pré e pós-teste anti-HIV (ZAMBENEDETTI, 2016).

A descentralização do aconselhamento e testagem do HIV para a AB tem por objetivo ampliar a cobertura de testagem, porém ainda não está ocorrendo com sua capacidade plena. As deficiências encontradas nos diversos serviços dificultam, sobremaneira o acesso precoce ao teste anti-HIV, e o aconselhamento não se constitui em uma prática cotidiana devido as limitações técnicas, institucionais e de relacionamento entre profissionais e usuárias (ZAMBENEDETTI, 2016).

Um resultado positivo para o HIV pode acarretar um grave impacto na vida dos indivíduos. Mas no que se diz respeito aos profissionais da atenção básica ainda não se sentem preparados para trabalhar o aconselhamento nestas circunstâncias

(ZAMBENEDETTI, 2016). Como consequência da falta de preparo dos profissionais na atenção básica, esses serviços não oferecem aconselhamento de seguimento, podendo dificultar o seguimento adequado do tratamento.

Apesar do grande benefício decorrente do uso da terapia antirretroviral (TARV), sobretudo pelo prolongamento da sobrevida e cronicidade da infecção, o tratamento marca profundamente o indivíduo, afetando o seu bem-estar físico, social e mental e envolve sentimentos negativos como depressão, angústia e medo de morrer que interferem em sua identidade e autoestima (SOUZA, 2016). Embora o avanço da terapêutica medicamentosa tenha contribuído para a redução das taxas de mortalidade, sabe-se que no contexto da soropositividade ao HIV, importantes consequências psicossociais são observadas como depressão, baixa autoestima, preconceito (SOUZA, 2016).

Em relação à infecção por HIV, o indivíduo soropositivo pode ser incluído no estereótipo do “aidético” carregando todo o peso moral dessa classificação. A realidade de ser idoso e viver com o HIV/aids coloca-se como uma realidade muitas vezes surpreendente, impensada e de difícil aceitação, uma vez que contraria os estereótipos especificamente vinculados aos idosos, principalmente relacionados às concepções de assexualidade nesse momento da vida (CASSÉTTE et al., 2016).

Esse preconceito faz com que pessoas que vivem ou convivem com o HIV/Aids tendam a se isolar e está associado aos mitos e crenças existentes na sociedade a respeito da doença. Apesar de bastante divulgadas as formas de transmissão, as representações sociais acerca do HIV ainda fazem com que as

pessoas sejam isoladas e passem a ser alvo de recusa por parte de familiares (SANTOS, 2016).

As pessoas vivendo com HIV/AIDS podem ter sua autoestima prejudicada, pois um impacto social é causado devido a infecção, além de ser associado ao estigma da doença. A autoestima influencia no pensamento de vida de forma positiva ou negativa, porém, a infecção também causa na vida do indivíduo limitações que são físicas e sociais, a exemplo da perda de um projeto de vida, a necessidade de reestruturação de seus hábitos, o enfrentamento de suas novas limitações nas relações em seu trabalho e nas relações familiares (FREIRE, 2018).

No tocante aos aspectos psicológicos, durante o processo de diagnóstico do HIV/aids torna-se importante que sejam elaborados manuais de orientação para os grupos que atuam com pessoas idosas e para os seus cuidadores como forma de minimizar o impacto diante do diagnóstico, bem como, intensificar os métodos de prevenção da transmissão do vírus. A convivência com o HIV/AIDS pode trazer consequências negativas, a exemplo da baixa autoestima. Fazendo com que o indivíduo não realize seu cuidado pessoal, criando barreiras para um tratamento eficaz de saúde (FREIRE, 2018).

O Ministério da Saúde preconiza que os profissionais da saúde, ao revelarem o diagnóstico do HIV, especialmente quando positivo, ofereçam apoio emocional e orientações que ajudem a amenizar a ansiedade e esclarecer as dúvidas. Dentre essas orientações, destacasse como importante: diferença entre o HIV e manifestações da AIDS, a disponibilidade do tratamento e sua

oferta pelo Sistema Único de Saúde e os cuidados para evitar a possibilidade de transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2006).

O aconselhamento é uma medida importante e deve ser realizado sempre antes e após a realização do teste. No caso específico desse estudo, todas as entrevistadas passaram por um serviço de orientação profissional, onde se destaca a ênfase da adesão ao tratamento, no que as mesmas não demonstraram dúvidas. Nos depoimentos a seguir, verificou-se o quanto é importante o acompanhamento realizado por uma equipe multiprofissional, que pode, de uma forma conjunta, oferecer suporte para o enfrentamento da doença e para a adesão à quimioprofilaxia (ZAMBENEDETTI, 2016).

CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo descrever a estratégia de saúde da família junto ao enfrentamento do paciente vivendo com HIV/AIDS, através de um relato de experiência. Foi possível visualizar que estavam presentes nas pessoas vivendo com HIV dificuldades como, preconceito social, dificuldade quanto ao diagnóstico e misticismos a respeito da infecção, continuidade no tratamento, bem como, dificuldades enfrentadas pela própria família.

A ESF configura-se como porta de entrada aos serviços de saúde, e por esse tem papel fundamental na coordenação ao cuidado, bem como, no suporte dos serviços de apoio diagnóstico, assistência especializada e hospitalar. A Enfermagem, gestores e toda equipe multiprofissional podem e devem implantar grupos que promovam o conhecimento sobre a doença e o manejo

adequado da tratamento, debatendo as dificuldades enfrentadas por pacientes e profissionais, fortalecendo dessa forma adesão precoce à TARV, o relacionamento entre pacientes e serviço, além de promover a autonomia e percepção das pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Quando vivenciam o apoio e a presença da família, os indivíduos tornam-se mais preparados para enfrentar as dificuldades. A aceitação e a adesão ao tratamento podem ser melhoradas com o suporte familiar. Os familiares necessitam, também, conhecer a doença, suas causas, consequências, tratamento e os meios de contaminação. Esses conhecimentos fazem com que os mesmos possam compreender que o convívio social não põe em risco a sua saúde e, conseqüentemente, percam o receio de serem contaminados. Por outro lado, passam a perceber as especificidades do tratamento.

Esperamos que o conhecimento produzido neste artigo possa ser contrastado com outras produções e novas pesquisas na área, ampliando a compreensão acerca desse tema.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, D.C.M. et al. Visita domiciliar sob a percepção dos usuários da estratégia saúde da família. *Medicina (Ribeirao Preto)*, v. 49, n. 4, p. 360-366. 2016.

BORGES, F.R. et al. Ensino sobre visita domiciliar a estudantes universitários. *Rev Rene*. v.18, n.1, p.129-38. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 2017.

Brasil. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, v. 2, n. 1, p. | 117-117, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS. 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. (2006b). HIV/Aids, hepatites e outras DST / Cadernos de Atenção Básica nº 18 (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília : Ministério da Saúde

BRASIL. Ministério da Saúde. HIV AIDS 2018. Boletim Epidemiológico, Brasília, v.49, n. 53, Jul-2017/Jun-2018. 2018.

CASSETTE, J. B. et al. HIV/aids em idosos: estigmas, trabalho e formação em saúde. Rev bras geriatr gerontol, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 733-744, 2016.

FREIRE DE ARAÚJO PATRÍCIO, A. C.; ROSENDO DA SILVA, R. A.; AZEVEDO MINHAQUI FERREIRA, M.; FEITOSA LOPES RODRIGUES, B.; DIAS DOS SANTOS, T. Análise de conceito da vulnerabilidade ao HIV/aids em mulheres profissionais do sexo. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 20, 31 dez. 2018.

MALTA, Deborah Carvalho et al . A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, p. 327-338, fev. 2016 .

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Global HIV & AIDS statistics [Internet]. 2018.

SANTOS, R.B.; BEZERRA, A.C.L.; BRITO, M.C.C.; DIAS, M.C.A. Histórias de vidas positivas: o conviver com a soropositividade. *Rev Contexto & Saúde* [Internet]. v.16, n.30, p. 142-8, 2016.

SOUZA, G.O.; TIBURCIO, A.A.C.M.; KOIKE, M.K. Appropriate adherence to antiretroviral therapy in the Alto Paranaíba, Minas Gerais, Brazil. *Medical Express* [Internet]. v.3, n.3,p. 160305, 2016.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 26, n. 3, p. 785-806, set. 2016 .

ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS EM DISTÚRBIOS VOCAIS NO BRASIL NO PERÍODO DE 2014-2018

Ana Flávia de Sales Cândido, Mestrado, UFPB
Estêvão Silvestre da Silva Sousa, Mestrado, UFPB
Manuela Leitão de Vasconcelos, Doutorado, UFPB
Patrícia Moreira Batista de Souza, Mestrado, UFPB
Leonardo Wanderley Lopes, Doutor, UFPB

DISTÚRBIOS VOCAIS

Os distúrbios de voz caracterizam-se como processos patológicos que afetam de maneira direta a produção vocal, apresentando-se de diferentes formas, o que inclui a presença de sintomas auditivos e sensoriais, desvios da qualidade vocal e o acometimento de alterações de natureza funcional e estrutural da laringe, provenientes de fatores comportamentais e orgânicos associados à sua formação e manutenção (RAMIG; VERDOLINI, 1998). Além disso, os problemas de voz acarretam impactos que são negativos na qualidade de vida do indivíduo acometido, o que conseqüentemente pode comprometer aspectos emocionais, sociais e laborais (BAKER, 2008).

Os sintomas de distúrbios vocais que são mais referidos são aqueles relacionados ao uso intenso da voz, processos infecciosos de vias aéreas superiores, tabagismo e estresse, dentre eles podemos citar a rouquidão, ardor na garganta, pigarro, fadiga ao falar, desconforto ao deglutir ou no exercício da fala, dentre outros sintomas sentidos por pessoas com distúrbios vocais (FERREIRA; SANTOS; LIMA, 2009).

A produção vocal sofre influências de caráter multidimensional, por esse fato a avaliação de distúrbios vocais precisa incluir a análise perceptivo auditiva, o exame visual laríngeo, a análise acústica, a avaliação aerodinâmica da voz e a autoavaliação vocal (DEJONCKERE, P. H.; BRADLEY P.; CLEMENTE, P.; CORNUT, G. et al., 2001).

Diante disso, o fonoaudiólogo é o profissional capacitado e responsável por atuar na promoção da saúde, prevenção, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia (habilitação e reabilitação) e aperfeiçoamento dos aspectos fonoaudiológicos como por exemplo a voz (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2007).

ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS

Podemos conceituar a Epidemiologia como a “Ciência que estuda o processo saúde-doença dentro da sociedade, analisando assim a distribuição e os fatores determinantes das doenças, danos da saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao

planejamento, administração e avaliação das ações de saúde” (BRASIL, 2005).

Dentre os principais objetivos da Epidemiologia podemos citar: descrever a distribuição e magnitude dos problemas de saúde das populações humanas, proporcionar dados relevantes para o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, controle e tratamento das doenças, e o estabelecimento de prioridades, além disso também é responsável por identificar fatores etiológicos no início das doenças (BRASIL, 2005).

Diante do exposto, se faz necessário identificar o que vem sendo estudado nos últimos anos no Brasil a respeito dos distúrbios vocais, visto que é um assunto relevante para a saúde da população pelo fato de ser um problema possível de acometer todas as pessoas. Através desse levantamento torna-se possível a identificação das potencialidades e lacunas que direcionam para o desenvolvimento de pesquisas futuras. Além do mais ressalta a importância da atuação fonoaudiológica nesses casos.

Os artigos foram selecionados nas seguintes bases eletrônicas de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), Portal Periódicos CAPES, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* utilizando (MedLine) como descritores: fonoaudiologia, voz, epidemiologia e distúrbios vocais.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: estudos na íntegra, no idioma português, publicados no Brasil no período 2014 a 2018 e que contemplasse o tema da pesquisa. Excluíram-se os artigos encontrados em mais de uma fonte de informação ou duplicados e aqueles não relacionados ao tema. Obedecendo

aos critérios foram escolhidos 10 artigos que seguiam os critérios de inclusão.

Nº	Título dos Artigos	Periódico/ Ano de publicação	Autor	Objetivo do Estudo	Característica do Estudo	Síntese das Conclusões/Recomendações.
1	Intensidade do desvio vocal: integração de dados perceptivo-auditivos e acústicos em pacientes disfônicos	CoDAS. 2014	LOPES, L. W.; CAVALCANTE, D. P.; COSTA, P. O.	Fazer a análise da correlação entre medidas de intensidade do desvio vocal e medidas acústicas e o poder de detectar alteração vocal, classificar intensidade do desvio e diferenciar o tipo de voz mais aparente.	Local: João Pessoa/PB. Tipo: Estudo quantitativo, explicativo, de campo e transversal.	Existe correlação entre as medidas perceptivo-auditivas e acústicas. Medidas como o <i>shimmer</i> , GNE, DP de F0 e média de F0.
2	Voz e trabalho: estudo dos condicionantes das mudanças a partir do discurso de docentes	Saúde Soc. 2014	BISERRA, M. P. <i>et al.</i>	Analisar os aspectos relacionados a mudanças na voz e trabalho na fala de docentes da rede municipal de São Paulo.	Local: São Paulo. Tipo: Observacional analítico comparativo.	Houve registros de relato de docentes que pioraram, não apenas em relação a voz, mas com relação a outras atividades, sucessos e frustrações.

3	Distúrbio de voz e fatores associados em professores da rede pública	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 2015	VALENTE, A. M. S. L.; BOTELHO, C.; SILVA, A. M. C.	Analisar a prevalência e os fatores associados ao distúrbio de voz em docentes.	Local: Curitiba/MT. Tipo: Estudo transversal.	A relação de prevalência de distúrbios vocais entre docentes é alta e os fatores correlatos são ambiente e organização de trabalho.
4	Características vocais e de personalidade de pacientes com imobilidade de prega vocal	CoDAS. 2015	ALMEIDA, A. A. F. <i>et al.</i>	Identificar características vocais e de personalidade de pacientes com diagnóstico de disfonia secundária à imobilidade de prega vocal.	Local: João Pessoa/PB. Tipo: Pesquisa descritiva, de campo e quantitativa, do tipo observacional e transversal.	Após realização do estudo, observou-se que o padrão vocal predominante foi a rugosidade.

5	Distúrbio de voz: definição de caso em estudos epidemiológicos	Distúrb Comum. 2016	GIANNINI, S. P. P.; LATORRE, M. R. D. O.; FERREIRA, L. P.	Analisar a definição do conceito de caso em distúrbio da voz com base nas alterações perceptivo-auditivas, perceptivo-visual, referimento de sintomas e impacto do distúrbio vocal na vida do sujeito.	Local: São Paulo. Tipo: Estudo observacional de delineamento transversal.	Divisão similar da amostra em quatro grupos: distúrbio de voz orgânico, queixa, referência de sintomas e impacto causado no sujeito da pesquisa. Faz-se necessária avaliação do ponto de vista funcional, social e profissional do indivíduo.
6	Perfil vocal, ocupacional e de saúde geral de docentes de Santa Maria/RS	Revista CEFAC. 2016	CIELO, C. A.; PORTALETE, C. R.; RIBEIRO, V. V.; BASTILHA, G. R.	Relacionar e caracterizar os perfis vocal, saúde geral e ocupacional de professores do Ensino Fundamental de Santa Maria.	Local: Santa Maria/RS Tipo: Estudo transversal observacional analítico com caráter quantitativo.	As queixas vocais entre professores do ensino fundamental são elevadas e elas relacionam-se com a alta carga-horária de trabalho e medidas de acústicas de <i>jitter</i> .

7	Análise de possíveis fatores de interferência no uso da voz durante atividade docente	Revista de Saúde Pública. 2017	SILVA, B. G. <i>et al.</i>	Medir o risco de disfonias em professores e investigar os aspectos vocais perceptivo- auditivos e acústicos em ao ruído em sala de aula e presença de disfonia.	Local: São Paulo Tipo: Pesquisa transversal observacional.	Professores de ambos os grupos estudados estão expostos a situações que são causadoras de disfonias e apresentam sinais vocais negativos.
8	Desfecho dos professores afastados da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal por distúrbios vocais entre 2009-2010	Rev Bras Med Trab. 2017	SOUZA, C. M. <i>et al.</i>	Avaliar o perfil epidemiológico de docentes afastados em decorrência de distúrbios vocais e como a disfonia pode atingir sua qualidade de vida reduzindo suas atividades laborais.	Local: Distrito Federal. Tipo: Estudo retrospectivo.	O distúrbio vocal é causa de afastamento das atividades trabalhistas. Medidas de prevenção e orientação podem reduzir o número de docentes afastados ou em funções de readaptação por não poderem mais fazer uso de sua voz como instrumento de trabalho.

9	Qualidade de vida docente: relação entre alterações psicoemocionais e disfonias	Revista Pedagógica. 2017	CASELLA, J. G. C.; AFONSO, M. L. M.	Compreender a relação entre questões emocionais e o comportamento vocal de educadores, levando em consideração a qualidade de vida dos docentes.	Local: - Tipo: Revisão integrativa.	Reforça-se a relevância de estudos que trabalhem diretamente com a conscientização do educador para cuidados com sua voz e a qualidade de vida.
10	Factors associated with voice disorders among the elderly: a systematic review	Brazilian Journal of OTORHINO-LARYNGOLOGY. 2018	GOIS, A. C. B.; PERNAMBUCO, L. A.; LIMA, K. C.	Revisão de literatura que busca identificar fatores associados aos distúrbios vocais em idosos descritos em estudos de base populacional.	Local: Estados Unidos da América e Coréia do Sul. Tipo: Revisão sistemática da literatura.	Nenhum dos artigos preencheu todos os requisitos do estudo. De acordo com os estudos, os distúrbios vocais em idosos estão mais relacionados a aspectos físicos e psicossociais.

CONCLUSÃO

Foi possível observar, de acordo com os artigos encontrados na pesquisa, que quando se fala em fatores epidemiológicos e/ou de saúde pública a maior parte dos trabalhos estão relacionados

à saúde vocal de professores, seja em questões emocionais, de qualidade de vida ou laborais, por exemplo.

Também é possível observar que estudos relacionados com a voz são bem desenvolvidos tanto nacionalmente, como internacionalmente; e que mesmo com as particularidades de cada região/país, os pesquisadores sempre buscam respostas para questionamentos em aberto na área.

Atualmente, mesmo com a grande quantidade de obras, ainda se faz necessário trabalhos que envolvam a voz e a saúde pública mais explicitamente, pois, em alguns casos, mesmo abordando a atividade ocupacional do indivíduo, acaba-se esquecendo do impacto na qualidade de vida do mesmo e como esse pode afetar sua vida diária.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. A. F.; *et al.* Características vocais e de personalidade de pacientes com imobilidade de prega vocal. **CoDAS**. v. 27, n. 2, p. 178-85, 2015.

BAKER, J. The role of psychogenic and psychosocial factors in the development of functional voice disorders. **J Speech Lang Pathol**. v. 10, n. 4, p. 210-30, 2008.

BISERRA, M. P.,; GIANNINI, S. P. P.; PAPARELLI, R.; FERREIRA, L. P. Voz e trabalho: estudo dos condicionantes das mudanças a partir do discurso de docentes. *Saúde Soc*. v. 23, n. 3, p. 966-978, 2014.

BRASIL. Curso Básico em Vigilância Epidemiológica (CBVE). **Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde**. Página 34. 2005.

CASELLA, J. G. C.; AFONSO, M. L. M. Qualidade de vida docente: relação entre alterações psicoemocionais e disfonias. **Revista Pedagógica**. v. 19, n. 42, p. 168-182, 2018.

CIELO, C. A.; PORTALETE, C. R.; RIBEIRO, V. V.; BASTILHA, G. R. Perfil vocal, ocupacional e de saúde geral de docentes de Santa Maria/RS. **Rev. CEFAC**. v. 18, n. 3, p. 635-648, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Áreas de Competência do Fonoaudiólogo no Brasil. 8º Colegiado - Gestão 2004/2007. Documento Oficial - 2ª Edição - Março/2007.

DEJONCKERE, P. H.; BRADLEY P.; CLEMENTE, P.; CORNUT, G. et al. A basic protocol for functional assessment of voice pathology, especially for investigating the efficacy of (phonosurgical) treatments and evaluating new assessment techniques. **Eur Arch Otorhinolaryngol**. v. 258, n. 2, p. 77-82, 2001.

FERREIRA, L. P.; SANTOS, J. G.; LIMA, M. F. B. Sintoma vocal e sua provável causa: levantamento de dados em uma população. **Rev. CEFAC**. v. 11, n. 1, p. 110-8, 2009.

GIANNINI, S. P. P.; LATORRE, M. R. D. O.; FERREIRA, L. P. Distúrbio de voz: definição de caso em estudos epidemiológicos. **Distúrb Comun**. v. 28, n. 4, p. 658-664, 2016.

GOIS, A. C. B.; PERNAMBUCO, L. A.; LIMA, K. C. Factors associated with voice disorders among the elderly: a systematic review. **Braz J Otorhinolaryngol**. v. 84, n. 4, p. 506-513, 2018.

LOPES, L. W.; CAVALCANTE, D. P.; COSTA, P. O. Intensidade do desvio vocal: integração de dados perceptivo-auditivos e acústicos em pacientes disfônicos. **CoDAS**. v. 26, n. 5, p. 382-8, 2014.

RAMIG, L. O.; VERDOLINI, K. Treatment efficacy: voice disorders. **J Speech Lang Hear Res**. v. 41, n. 1, p. 101-6, 1998.

SILVA, B. G. *et al.* Análise de possíveis fatores de interferência no uso da voz durante atividade docente. **Rev Saude Publica**. v. 51, n. 124, p. 1-10, 2017.

SOUZA, C. M. *et al.* Desfecho dos professores afastados da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal por distúrbios vocais entre 2009-2010. **Rev Bras Med Trab**. v. 15, n. 4, p. 324-8, 2017.

VALENTE, A. M. S. L.; BOTELHO, C.; SILVA, A. M. C. Distúrbio de voz e fatores associados em professores da rede pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. v. 40, n. 132, p. 183-195, 2015.

REFLEXÕES SOBRE DISFAGIA OROFARÍNGEA E EPIDEMIOLOGIA

Ana Flávia de Sales Cândido
Manuela Leitão de Vasconcelos
Patrícia Moreira Batista de Souza
Estêvão Silvestre da Silva Sousa
Leandro Pernambuco

A disfagia orofaríngea (DO) pode ser entendida como a dificuldade ou impedimento para o avanço normal do bolo alimentar e/ou líquidos pelo trânsito oral e faríngeo (LOGEMANN, 1983; GÓMEZ-NUSSBAUMERA; POLANÍA, 2016; LUCHESI; CAMPOS; MITUUTI, 2018). O indivíduo com DO pode apresentar complicações como desnutrição, desidratação, infecções pulmonares e até mesmo o óbito (LOGEMANN, 1983).

Devido à complexidade dos aspectos anatômicos e neurológicos envolvidos na deglutição humana, esta pode ser afetada por várias patologias (BHATTACHARYYA, 2014). Assim, pode-se dizer que de acordo com as dificuldades ou impedimento no transporte do conteúdo pelo trânsito orofaríngeo, a DO pode ter origem neurológica (ex: acidente vascular encefálico, doença

de Parkinson, encefalopatia cônica não progressiva, etc.) ou mecânica (câncer de cabeça e pescoço, fissura labiopalatina, etc.).

Tendo em vista a diversidade de doenças que podem ter a DO como sintoma, entende-se o seu amplo espectro, sua importância e os seus desafios dentro de um cenário que revela a necessidade de compreender a DO para além do âmbito clínico-hospitalar numa reflexão conciliada à Epidemiologia.

Sabe-se que os avanços tecnológicos permitiram aprimorar o conhecimento sobre a fisiologia da deglutição e a fisiopatologia da DO, além de promover avanços em técnicas e instrumentos de avaliação que auxiliam na detecção precoce do sintoma. Entretanto, além do diagnóstico precoce e melhor condução dos processos de intervenção fonoaudiológica, é importante direcionar esforços para o conhecimento dos aspectos epidemiológicos da DO. Entendendo que a Epidemiologia tem como um de seus pilares investigar os fatores que predis põem grupos populacionais a manifestarem uma doença ou agravo de saúde, chama-se a atenção para a importância de estudos epidemiológicos voltados a DO.

A identificação de dados epidemiológicos como prevalência, incidência e fatores de risco ou proteção podem auxiliar pesquisadores e equipes de saúde, visto que a partir destes dados é possível examinar cuidadosamente determinada condição ou doença (KUHLEMEIER, 1994). No caso da DO essa contextualização reconhecidamente não é fácil por tratar-se de um sintoma de etiologia multifatorial (PERNAMBUCO; MAGALHÃES JR, 2014).

Sendo assim, para assimilar a dimensão epidemiológica da DO é necessário conhecer sua prevalência e incidência em cada uma das condições às quais ela pode estar relacionada, bem como os fatores de risco e proteção associados (KUHLEMEIER, 1994). Portanto, é necessário encaminhar mais esforços para conhecer a magnitude da DO a partir de estudos de base populacional. Para isso, uma das necessidades mais urgentes é a proposição de instrumentos que possam ser capazes de rastrear, no nível epidemiológico, a presença de DO nas mais diversas populações. Instrumentos com essas características ainda são escassos, o que acaba fomentando o uso desvirtuado de recursos com finalidade distinta e torna os estudos mais caros, em alguns casos inviáveis e metodologicamente frágeis.

É condição *sine qua non* demonstrar quais as populações mais vulneráveis a distúrbios fonoaudiológicos, incluso a DO, bem como o impacto destes distúrbios na vida do indivíduo e de sua família, seja na interação social, alimentação, comorbidades ou mortalidade, em qualquer fase da vida (GOULART, 2018). Levando-se em consideração o impacto que a alteração de deglutição pode apresentar nos aspectos sociais, de trabalho, nutricionais, de saúde geral, entre outros, pesquisas que apresentem dados epidemiológicos colaboram para o entendimento dos fatores contextuais envolvidos nas causas e consequências da DO.

Nos Estados Unidos a prevalência anual estimada de DO é de 1 para cada 25 indivíduos adultos (BHATTACHARYYA, 2014) e de 9 para cada 1000 crianças de 3 a 17 anos (BHATTACHARYYA, 2015). Presume-se que essa prevalência é subestimada, o que mostra o ainda incipiente conhecimento dos aspectos epidemiológicos

relacionados aos transtornos de deglutição. No Brasil ainda não existem estudos de base populacional que tenham investigado a prevalência de DO. Esforços direcionados neste sentido são imperativos para ajudar a entender quais públicos têm maior probabilidade de desenvolver DO e quais as condições sociais, econômicas, demográficas, comportamentais e de saúde geral que expõem mais a população a esse sintoma. Dados epidemiológicos sobre DO são importantes, pois repercutem diretamente nos serviços de saúde e na economia, visto que com base nestas informações os gestores podem desenvolver programas e direcionar estratégias de prevenção, intervenção e monitoramento desse agravo e dos seus fatores associados.

Vale ainda destacar a relação entre DO e os determinantes sociais da saúde. Os processos de saúde e doença são desencadeados no seio da formação social, marcados pela relação entre os sujeitos nos mais diversos ambientes (residenciais, sociais, de trabalho, etc) (PERNAMBUCO e MAGALHÃES JR, 2014). Os determinantes sociais da saúde são as características sociais dentro das quais a vida do indivíduo acontece (TARLOV, 1996). Levando em consideração que a vida é formada por diversos aspectos, entende-se que os determinantes sociais são influenciados por fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/ raciais, psicológicos e comportamentais, ou seja, aspectos que impactam na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Dessa forma, conhecer os determinantes sociais das doenças é imprescindível para construir estratégias de enfrentamento e melhoria das conjunções de saúde da população (CEBALLOS; CARDOSO, 2009).

O maior obstáculo das pesquisas sobre a ligação entre determinantes sociais e saúde é o de designar uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações onde esses fatores influenciam diretamente a situação de saúde de indivíduos, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito (BUSS; FILHO, 2007). É indispensável um amplo leque de ações para tentar corrigir os problemas associados aos determinantes sociais e fazer com que os sistemas de saúde contribuam para uma realidade com mais equidade (MACKENBACH; BAKKER, 2003).

Evidências apontam que a DO é um problema de saúde que impulsiona um impacto social substancial na vida das pessoas afetadas em termos de funcionamento físico e mental (ESLICK; TALLEY, 2008). Esse impacto não é apenas individual, mas ampliado a todos os familiares envolvidos no cuidado ao doente. Portanto, ações básicas de saúde que ajudem na prevenção, diagnóstico e intervenção da DO tem um impacto maior do que se imagina quando o olhar se estende ao âmbito coletivo. Levando-se em consideração as diferenças sociais no Brasil, sabe-se que o acesso a serviços de saúde é mais difícil nas populações com rendas mais baixas. Assim, é importante pensar em soluções que alcancem o público mais necessitado, visando garantir equidade na oferta dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

BHATTACHARYYA, N. The Prevalence of Dysphagia among Adults in the United States. **Otolaryngology-Head and Neck Surgery**, v.151, n.5, p.765-69, 2014.

BHATTACHARYYA, N. The Prevalence of Pediatric Voice and Swallowing Problems in the United States. **Laryngoscope**, v.125, n.3, p.746-50, 2015.

BUSS, P. M.; FILHO, A.P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, v. 1, p. 77-93, 2007.

CEBALLOS, A.G.C.; CARDOSO, C. Determinantes sociais de alterações fonoaudiológicas. **Rev. soc. bras. fonoaudiol**, São Paulo, v.14, n. 4, p.441-445, 2009.

ESLICK, G.D.; TALLEY, N. J. Dysphagia: epidemiology, risk factors and impact on quality of life – a population-based study. **Aliment Pharmacol Ther**, n. 27, p. 971–979, 2008.

GÓMEZ-NUSSBAUMER, D.; POLANÍA, E. Protocolo diagnóstico de la disfagia. **Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado**, v. 12, n. 1, p. 43-45, 2016.

GOULART, BNG. Uso da epidemiologia para o fortalecimento da Fonoaudiologia. **Rev CEFAC**. 20(2):133-134, 2018

KUHLEMEIER, KV. Epidemiology and Dysphagia. **Dysphagia**, 9:209-217, 1994.

LOGEMANN, J.A. **Evaluation and treatment of swallowing disorders**. Nerang, QLD: Pro-Ed Australia, 1983.

LUCHESI, KF; CAMPOS, BM; MITUUTI, CT. Identification of swallowing disorders: the perception of patients with neurodegenerative diseases. **CoDAS** 2018;30(6): e20180027 DOI: 10.1590/2317-1782/20182018027

MACKENBACH , J.P.; BAKKER, M.J. Combate às desigualdades socioeconômicas em saúde: análise de experiências européias. **PUBLIC HEALTH**, [s. l.], v. 362, n. 9393, p. 1409-1414, 2003.

PERNAMBUCO, LA; MAGALHÃES JÚNIOR. **Aspectos Epidemiológicos da Disfagia Orofaríngea**. IN.: MARCHESAN, IQ; JUSTINO, H; TOMÉ, MC. Tratado de Especialidades em Fonoaudiologia. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014.

TARLOV, A. Social Determinants of Health: the sociobiological translation. In: BLANE, D.; BRUNNER,E.; WILKINSON, R. (Eds.). Health and Social Organization. London: Routledge. p. 71-93, 1996.

POLÍTICAS DE SAÚDE DO ADOLESCENTE: REFLEXÕES E PERSPECTIVAS

Basílio Henrique Pereira Júnior, Mestrado, UFPB.

Marieliza Araújo Braga, Mestrado, UFPB.

PROGRAMA SAÚDE DO ADOLESCENTE

A saúde do adolescente tem sido cada vez mais abordada em estudos e pesquisas, devido às necessidades assistenciais específicas desse público causadas pelas várias transformações biológicas, psicológicas e sociológicas neste grupo etário. Compreender este grupo etário a partir de uma perspectiva biopsicossocial é um desafio para qualquer profissional de saúde, pois tanto o serviço, como a equipe devem estar preparados para atendê-lo (SILVA et al., 2014).

Com o objetivo de especializar e melhorar a atenção prestada aos adolescentes, o Ministério da Saúde em 1989 oficializou o Programa “Saúde do Adolescente” (PROSAD). Ele foi pioneiro ao se preocupar de maneira específica com a saúde adolescente, o que “representou um avanço em termos de saúde pública destinada a essa população” (JAGER et al., 2014). Ele tem

como princípios: promover a saúde dos adolescentes, desenvolver sua autonomia, identificar e fortalecer fatores protetores como: autoestima, vínculos, segurança, habilidades sociais e convivência familiar, por exemplo (SANTOS, et al., 2016). Além disso, o PROAD também objetiva:

“A valorização da participação ativa do adolescente e do protagonismo juvenil; o envolvimento da família e da comunidade; a articulação da saúde com outros setores (educação, assistência social, cultura, esportes, justiça, conselhos tutelares, organizações não-governamentais [ONGs] e outras organizações de atendimento) de forma atraente para os adolescentes, com garantia de respeito e confidencialidade; o trabalho em equipe, com prioridade para as atividades educativas de integração entre os diferentes programas e projetos das secretarias municipais de saúde, como Saúde da Família, Saúde Escolar, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, DST/AIDS, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Saúde Bucal, Terapias Alternativas, entre outros. O programa é executado dentro do princípio da integralidade das ações de saúde, da necessária multidisciplinaridade no trato dessas questões e na integração intersetorial e interinstitucional dos órgãos envolvidos, respeitando-se as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) apontadas na Constituição Brasileira” (HORA, et al., 2008, p.31).

As ações básicas promovidas pelo PROSAD fundamentam-se numa política de prevenção à saúde, diagnóstico de grupos de risco, rastreamento precoce dos agravos, tratamento especializa-

do e reabilitação. O Programa também deverá delinear e desenvolver práticas participativas e educativas que norteiem todas as ações voltadas aos adolescentes, garantindo-lhes apropriação de informações necessárias para um controle maior de sua saúde (BRASIL, 1996).

O Programa de Saúde do Adolescente aborda algumas áreas prioritárias na assistência oferecida que são: a saúde bucal, a sexualidade, a saúde reprodutiva, a saúde mental, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a saúde do escolar, a prevenção de acidentes, o trabalho, a abordagem da violência e maus tratos, a família, cultura, esporte e lazer (BRASIL, 1996). Porém, com uma abordagem tão ampla e tantas áreas prioritárias, o programa tem uma alta demanda, pois se propõe a atender todo o território nacional. Nesta perspectiva, Fernandes, Ribeiro e Moreira (2015) afirmam que:

“A atenção integral à saúde de adolescentes no Brasil é um tema que envolve aspectos polêmicos e representa um desafio bastante considerável para estudiosos e, principalmente, para os gestores públicos. A simples observação do cotidiano e a apreciação da literatura acadêmica revelam que questões político-ideológicas, valores morais e preconceitos comportamentais sobre a adolescência são notáveis”.

Oferecer toda essa assistência no âmbito nacional é um desafio complexo, afinal o país é muito grande, heterogêneo e com necessidades peculiares em cada região. Diagnosticar qual área prioritária é mais urgente é uma tarefa que exige sensibilidade e acurácia dos profissionais de saúde e gestores que

prestam assistência ao adolescente na atenção básica, o que gera ao Programa Saúde do Adolescente diversos desafios (DUARTE; FERREIRA; SANTOS, 2013).

OS DESAFIOS DO PROGRAMA SAÚDE DO ADOLESCENTE

A criação e implementação do PROSAD é consequência de uma série de transformações e lutas pelos direitos dos adolescentes. Percebeu-se que a sociedade estava em transição e que esse público necessitava na atenção primária de um Programa de Saúde mais especializado, porém os serviços ofertados a este público ainda se encontram além do idealizado. Um dos grandes problemas enfrentados é a sua cobertura.

Segundo Jager et al. (2014) o PROSAD não tem atendido todos os adolescentes brasileiros, distante da cobertura universal que é uma das diretrizes propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A articulação de ações para contemplar o público-alvo apresenta fragilidades e deficiências em muitos municípios brasileiros que ainda não possuem o programa funcionando de maneira efetiva.

A implantação e adesão de um programa nacional de promoção a saúde do adolescente à nível municipal não é uma tarefa simples. Algumas dificuldades como: pluralidade cultural, políticas-organizacionais, administração e preparação profissional da equipe em saúde comprometem o funcionamento pleno e a operacionalização adequada do que foi programado (MEDEIROS, et al., 2018).

Os serviços em saúde, além de envolver o desenvolvimento de estratégias e instrumentos voltados à integração da as-

sistência, abarca negociações e acordos políticos entre as três esferas de governo que tem um caráter decisivo para sua efetivação. Esses trâmites não ocorrerem de maneira uniforme nos diferentes espaços geográficos brasileiros (DUARTE; FERREIRA; SANTOS, 2013).

“Para a implantação de políticas de saúde na atualidade é importante ter-se em conta que a região agrega a perspectiva da diversidade regional (traduzida por dinâmicas específicas), o desenvolvimento e a articulação dos diversos campos da atenção à saúde no território e também sua interface com a dinâmica dos processos em sua singularidade” (VIANA; LIMA, 2011; DUARTE; FERREIRA; SANTOS, 2013).

Outra problemática enfrentada pelo programa é a capacitação profissional. Apesar de todos os esforços para formar profissionais de saúde com uma base curricular holística e comprometidos com a realidade, alguns fenômenos específicos sobre o atendimento ao adolescente como violência sexual, alcoolismo e drogas são realidades complexas que devem ser tratadas dentro das políticas públicas (DESLANDES et al., 2015).

Alguns estudos questionam a formação do profissional em saúde e afirmam que ela necessita de reformulações na atuação prática dos profissionais (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL 2014; BATISTA et al., 2015). Pesquisas apontam uma falha na comunicação entre as Instituições de Ensino Superior com os órgãos responsáveis pela prestação de serviço à sociedade civil. Para construção de um ambiente profissional que desenvolva práticas coletivas que atendam as demandas atuais dos

adolescentes, um diálogo entre ambas as partes precisa ser construído (VIEIRA et al., 2015).

Os profissionais da atenção básica necessitam da preparação necessária para atender e assistir os principais conflitos que permeiam a adolescência. A equipe multidisciplinar nesse contexto vem como promotora de estratégias e planos para que através da troca de conhecimento e experiências o contexto social e os aspectos sociodemográficos e socioeconômicos sejam ponderados e analisados, bem como suas influências na saúde e no acesso à informação deste adolescente.

Nesta perspectiva, observa-se que a atenção do PROSAD ainda está muito voltada para a saúde reprodutiva das adolescentes e outras características importantes são vistas de maneira secundária, o que priva este público de uma assistência integral de qualidade e cumprimento dos propósitos do Programa.

A gravidez na adolescência não é o único desafio enfrentado nesta faixa etária. Fonseca et al. (2013) sobre as vulnerabilidades enfrentadas pelas crianças e adolescentes no Brasil afirmam que:

“As principais vulnerabilidades que acometem as crianças e os adolescentes são os riscos inerentes aos problemas relacionados ao alcoolismo e conflitos entre casais, que tornam crianças testemunhas de agressões e de toda forma de violência. Os riscos relacionados ao lugar de moradia incluem a precariedade da oferta de instituições e serviços públicos, a falta de disponibilidade dos espaços destinados ao lazer, as relações de vizinhança e a proximidade da localização dos pontos de venda controlados pelo tráfico de drogas. Além de todos esses riscos, podem-se destacar os riscos do trabalho

infantil e o da exploração da prostituição de crianças”

O FOCO DA SAÚDE REPRODUTIVA: será esse o único problema?

Com o passar dos anos a atenção do PROSAD tem voltado os seus esforços para a saúde reprodutiva das adolescentes. Porém outras características desse grupo etário também são importantes, porém vistos de maneira secundária, o que priva este público de uma assistência integral de qualidade e cumprimento dos propósitos do Programa.

Sabe-se que no Brasil, a gravidez na adolescência é um grande problema de saúde pública. A desistência dos estudos, a desestruturação familiar, o trabalho precoce, além da morbimortalidade perinatal e materna, são algumas das repercussões sociais da maternidade nessa faixa etária, alterando seu presente e futuro radicalmente. Na maioria dos casos, a gravidez na adolescência está associada a vulnerabilidade social, bem como o acesso aos serviços de saúde e a falta de informações (BARBOSA, 2016).

Porém, a gestação adolescente não é o único desafio enfrentado nesta faixa etária. Outras questões como aspectos psicossociais também são questões de enfrentamento desse período. Fonseca et al. (2013) sobre as vulnerabilidades enfrentadas pelas crianças e adolescentes no Brasil afirmam que:

“As principais vulnerabilidades que acometem as crianças e os adolescentes são os riscos inerentes aos problemas relacionados ao alcoolismo e conflitos entre casais, que tornam crianças testemunhas de agressões e de toda forma de violência. Os riscos relacionados ao

lugar de moradia incluem a precariedade da oferta de instituições e serviços públicos, a falta de disponibilidade dos espaços destinados ao lazer, as relações de vizinhança e a proximidade da localização dos pontos de venda controlados pelo tráfico de drogas. Além de todos esses riscos, podem-se destacar os riscos do trabalho infantil e o da exploração da prostituição de crianças”

Pesquisas tem apontado que os maus-tratos adolescentes têm sido uma tendência mundial. Este fenômeno no Brasil tem se apresentado com alta prevalência, “constituindo-se como uma das principais causas de morte de crianças e adolescentes a partir dos cinco anos de idade, sendo assim, um relevante problema de saúde pública”. (MASSONI et al., 2014; AZEVEDO et al., 2012; SOUZA et al., 2012)

Nesta perspectiva dos maus tratos, a exploração da mão de obra adolescente ainda é uma realidade. Muitas delas em trabalhos perigosos e em situações de vulnerabilidade social, associados à pobreza da população rural e a precariedade de suas condições de vida. O adolescente do campo, por exemplo, sofre devido ao fato da quase ausência de políticas públicas de saúde e programas que atendam as suas necessidades (VERONESE e LEME, 2016).

Outro desafio a ser enfrentado na adolescência é a sua alta vulnerabilidade à violência sexual. Ela pode vir de diversas esferas relacionais, dentre elas: da relação com os pais, com o atual ou antigo namorado(a) ou com pessoas da escola/comunidade, não sendo um fato isolado, podendo em alguns casos ocorrer mais de uma vez (CARVALHO; ASSIS e PIRES, 2017). O serviço de saúde

deve estar preparado para receber e atender esse adolescente vítima desse evento tão prejudicial a sua saúde física e mental. Ele deve oferecer atendimento psicossocial e psicoterapia.

“As consequências da violência sexual, especialmente as de longo prazo, justificam o investimento em serviços de atendimento com o objetivo de aumentar a qualidade de vida de crianças e adolescentes vítimas e prevenir a ocorrência de psicopatologias na infância, adolescência e idade adulta” (VON HOHENDORFF; HABIGZANG e KOLLER, 2015, p. 185).

O Estatuto da Criança e do Adolescente, por meio do artigo 87, garante : “serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão”. Porém, sabe-se que na prática existem lacunas nos serviços prestados na atenção básica e o atendimento especializado que essas vítimas necessitam ainda é deficiente em municípios brasileiros.

No âmbito das situações de risco enfrentadas pelos adolescentes, destaca-se ainda o uso de drogas sejam elas lícitas ou ilícitas. A adolescência é uma fase de mudanças caracterizada por conflitos internos e sociais, onde o uso da droga é uma questão de autoafirmação ou aceitação social. Porém, os indivíduos expostos as drogas nessa fase tão precoce da vida podem trazer sérias consequências para sua saúde e vida adulta (SILVA et al., 2015).

Apesar dos esforços e das Políticas Nacionais antidrogas (BRASIL, 2005), na atenção básica que normalmente é a primeira

porta de entrada do usuário de saúde ainda não existe uma assistência voltada para o dependente químico, além da falta de capacitação profissional para atuação perante o problema da droga (SILVA et al., 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos, a atenção à saúde do adolescente vem se tornando uma prioridade em muitos países e tornando-se objeto de estudo de muitos pesquisadores. Este fenômeno se dá pela constatação de que esta fase de vida do ser humano é decisiva e possui diversas particularidades, definindo a formação das gerações futuras.

A especificidade da atenção ao adolescente é uma característica peculiar e deve ser levada em consideração no Programa de Saúde do Adolescente por profissionais e gestores para seu funcionamento eficaz. Dentre essas especificidades destaca-se a linguagem abordada a este público, suas características e reais necessidades presentes.

Percebeu-se que o PROSAD tem demandado esforços para atender a saúde reprodutiva do adolescente, no intuito de reduzir os riscos a mãe adolescente, porém, mesmo na atenção reprodutiva, ainda é frágil pois foca sua assistência a jovem e coloca de maneira secundária o indivíduo do sexo masculino, agente reprodutor e possível transmissor de doenças infectocontagiosas.

Observou-se que muitas áreas prioritárias do PROSAD ainda estão sem assistência, e sua cobertura em território nacional não é universal, como proposta pelas diretrizes do SUS,

com destaque para a assistência terapêutica ao adolescente vítima de abuso sexual, problemas de saúde oriundos da exploração de trabalho infanto-juvenil e fragilidades no programa de combate as drogas ao público jovens dependentes químicos.

Conclui-se que o Programa ainda está distante de atender os seus objetivos propostos, principalmente nos aspectos biopsicossociais e que a capacitação profissional da atenção básica é uma lacuna presente, onde o serviço tem dificuldades e desafios a serem enfrentados no atendimento desse público tão específico.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Dolores; GOMES DE MIRANDA, Maria Claudina; BRASIL, Sandra L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, p. 20, 2014.

AZEVEDO, Marina Sousa et al. Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. **Brazilian oral research**, v. 26, n. 1, p. 5-11, 2012.

BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva et al. Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 743-752, 2015.

CARVALHO, Lusanir de Sousa; ASSIS, Simone Gonçalves de; PIRES, Thiago de Oliveira. Violência sexual em distintas esferas relacionais na vida de adolescentes. **Rev. Adolesc. Saúde (Online)**, p. 14-21, 2017.

DESLANDES, Suely et al. Capacitação profissional para o enfrentamento às violências sexuais contra crianças e adolescentes em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 431-435, 2015.

DUARTE, Sebastiao Junior Henrique; FERREIRA, Sueli Francisca; SANTOS, Neuci Cunhas. Desafios de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na implantação do Programa Saúde do Adolescente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 479-86, 2013.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.

FERNANDES, Fernando Manuel Bessa; RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga. A saúde do adolescente privado de liberdade: um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 120-131, 2015.

FONSECA, Franciele Fagundes et al. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 31, n. 2, p. 258-264, 2013.

_____. Gabinete de Segurança Institucional. Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. **Conselho nacional antidroga**. Brasília: 2005.

HORA, Sidney Alverni Eloy et al. Centro de Referência em Atenção à Saúde do Adolescente no município de Jaboatão dos Guararapes (PE). **Adolescência e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 31-35, 2008.

JAGER, Márcia Elisa et al. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. **Psicologia em Estudo**, v. 19, n. 2, p. 211-221, 2014.

MASSONI, Andreza Cristina de Lima Targino et al. Maus-tratos na infância e adolescência: conhecimento e atitude de profissionais de saúde. **Arquivos em Odontologia**, v. 50, n. 2, p. 71-77, 2014.

MEDEIROS, Eliabe Rodrigues de et al. Facilidades e dificuldades na implantação do Programa Saúde na Escola em um município do nordeste do Brasil. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 2, p. 2127-2134, 2018.

SANTOS, Heloisa Andreia Silva et al. Promovendo a saúde do adolescente na escola: um relato de experiência. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 10, n. 3, 2016.

SILVA, Marta Angelica Iossi et al. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 619-627, 2014.

VERONESE, Josiane Rose Petry; LEME, Luciana Rocha. Marco normativo para prevenção e erradicação do trabalho infantil no campo no Brasil. **Revista Direitos Emergentes na Sociedade Global**, v. 5, n. 1, p. 90-121, 2016.

VIANA, Ana Luiza D'Avila, LIMA Luciana Dias, organizadores. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011. p. 81-113.

VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza et al. Capacitação para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e

adolescentes em quatro capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3407-3416, 2015.

VON HOHENDORFF, Jean; HABIGZANG, Luisa Fernanda; KOLLER, Silvia Helena. Psicoterapia para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no sistema público: panorama e alternativas de atendimento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 1, p. 182-198, 2015.

