

PACO  EDITORIAL

**SABERES, PRÁTICAS E PESQUISAS EM**  
**AMBIENTE E SAÚDE**

**JULIANA CRISTINA LESSMANN RECKZIEGEL**  
**LILIA APARECIDA KANAN**  
**(ORGS.)**

SABERES, PRÁTICAS E PESQUISAS EM

# AMBIENTE E SAÚDE

JULIANA CRISTINA LESSMANN RECKZIEGEL  
LILIA APARECIDA KANAN  
(ORGS.)

PACO  EDITORIAL

---

## Conselho Editorial

Profa. Dra. Andrea Domingues  
Prof. Dr. Antônio Carlos Giuliani  
Prof. Dr. Antonio Cesar Galhardi  
Profa. Dra. Benedita Cássia Sant'anna  
Prof. Dr. Carlos Bauer  
Profa. Dra. Cristianne Famer Rocha  
Prof. Dr. Cristóvão Domingos de Almeida  
Prof. Dr. Eraldo Leme Batista  
Prof. Dr. Fábio Régio Bento  
Prof. Dr. Gustavo H. Cepolini Ferreira  
Prof. Dr. Humberto Pereira da Silva  
Prof. Dr. José Ricardo Caetano Costa

Prof. Dr. José Rubens Lima Jardimino  
Prof. Dr. Juan Droguett  
Profa. Dra. Ligia Vercelli  
Prof. Dr. Luiz Fernando Gomes  
Prof. Dr. Marco Morel  
Profa. Dra. Milena Fernandes Oliveira  
Prof. Dr. Narciso Laranjeira Telles da Silva  
Prof. Dr. Ricardo André Ferreira Martins  
Prof. Dr. Romualdo Dias  
Profa. Dra. Rosemary Dore  
Prof. Dr. Sérgio Nunes de Jesus  
Profa. Dra. Thelma Lessa  
Prof. Dr. Victor Hugo Veppo Burgardt

---

©2022 **Juliana Cristina Lessmann Reckziegel; Lilia Aparecida Kanan**

Direitos desta edição adquiridos pela Paco Editorial. Nenhuma parte desta obra pode ser apropriada e estocada em sistema de banco de dados ou processo similar, em qualquer forma ou meio, seja eletrônico, de fotocópia, gravação, etc., sem a permissão da editora e/ou autor.

---

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO  
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

S119

Saberes, práticas e pesquisas em ambiente e saúde / organização Juliana Cristina Lessmann Reckziegel, Lilia Aparecida Kanan. - 1. ed. - Jundiaí, SP : Paco, 2022.

228 p. ; 21 cm.

Inclui bibliografia  
ISBN: 978-65-5840-423-1

1. Sustentabilidade. 2. Responsabilidade social da empresa. 3. Meio ambiente - Aspectos sociais. 4. Educação ambiental. 5. Saúde pública. 6. Política pública. I. Reckziegel, Juliana Cristina Lessmann. II. Kanan, Lilia Aparecida.

22-79541 CDD: 363.70561  
CDU: 502.14

---

Meri Gleice Rodrigues de Souza - Bibliotecária - CRB-7/6439

PACO  EDITORIAL

Av. Carlos Salles Block, 658  
Ed. Altos do Anhangabaú, 2º Andar, Sala 21  
Anhangabaú - Jundiaí-SP - 13208-100  
11 4521-6315 | 2449-0740  
contato@editorialpaco.com.br

Foi feito Depósito Legal

## **Agradecimentos**

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação de Santa Catarina – Fapesc (Termo de Outorga 2019TR70) pelo apoio.



# SUMÁRIO

PREFÁCIO	9
APRESENTAÇÃO	11
<i>As organizadoras</i>	
1. CIDADE SUSTENTÁVEL: ÍNDICE DE SUSTENTABILIDADE EM ÁREA DE AFLORAMENTO DO AQUÍFERO GUARANI – LAGES (SC)	13
<i>Ada Giovana Fornari</i>	
<i>Lucia Ceccato de Lima</i>	
2. AÇÕES DE RESPONSABILIDADE SOCIOAMBIENTAL DAS EMPRESAS DE GRANDE PORTE DO SETOR DE CELULOSE E PAPEL	37
<i>Amanda Miranda Silva</i>	
<i>Lilia Aparecida Kanan</i>	
<i>Cristina Keiko Yamaguchi</i>	
3. MANEJO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE PELOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE UM MUNICÍPIO DA SERRA CATARINENSE	61
<i>Aline Soares Salvador</i>	
<i>Lenita Agostinetti</i>	
<i>Ana Emília Siegloch</i>	
4. INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM INDÚSTRIAS DE SANTA CATARINA	77
<i>Dejenane de Souza Monteiro</i>	
<i>Natalia Veronez da Cunha Belinatti</i>	
<i>Lilia Aparecida Kanan</i>	

5. LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA E  
REINSERÇÃO SOCIAL: PRÁTICA NOS SERVIÇOS  
DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE 99

*Gisele Willrich Narciso Agostini*

*Cleonice Gonçalves da Rosa*

*Anelise Viapiana Masiero*

*Maria Conceição de Oliveira*

6. MOTIVAÇÃO E ESTRESSE DE ENFERMEIROS  
NAS UBS E SEU REFLEXO NA ATENÇÃO:  
REVISÃO DE LITERATURA 121

*Jociane Farias de Oliveira*

*Juliana Cristina Lessmann Reckziegel*

*Vanessa Valgas dos Santos*

7. PERCEPÇÃO DA INTEGRALIDADE DA  
ATENÇÃO COM A EXPERIÊNCIA DO  
PET-SAÚDE/GRADUASUS NA  
FORMAÇÃO EM SAÚDE 135

*Nayara Lisbôa Almeida Schonmeier*

*Natalia Veronez da Cunha Bellinati*

8. MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL  
PRATICADO PELOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE  
DA FAMÍLIA (NASF) EM SANTA CATARINA 155

*Patrícia Pereira da Silva*

*Lilia Aparecida Kanan*

9. CONTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES  
AGROPECUÁRIAS NA GERAÇÃO DE RENDA  
NO MUNICÍPIO DE SÃO JOAQUIM-SC 187

*Velocino Salvador Bolzani Neto*

*Lenita Agostinnetto*

*Bruna Fernanda da Silva*

10. TRAJETÓRIA DA PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE: UMA PESQUISA DOCUMENTAL	201
<i>Gabriela do Nascimento Pires</i>	
<i>Marjori Barbosa Rosa</i>	
<i>Tania Mara da Silva Bellato</i>	
<i>Juliana Cristina Lessmann Reckziegel</i>	
SOBRE OS AUTORES	221



# PREFÁCIO

Ambiente e Saúde.

Conceitos complexos e interdependentes que desafiam as áreas de conhecimento cotidianamente, em busca da compreensão da relação entre os fatores ambientais que determinam a saúde humana. A ciência tem se mostrado o caminho mais promissor na busca de respostas consistentes, que permitam não apenas identificar e compreender as variáveis envolvidas nessa relação, mas também produzir conhecimentos e tecnologias para que a humanidade avance e garanta a sobrevivência de todas as formas de vida no planeta.

Ambiente, nesse sentido, tem a dimensão de tudo o que nos rodeia, ou seja, o meio ambiente do qual retiramos elementos para suprir necessidades – dimensão macro – bem como o ambiente laboral e social – dimensão micro – que permeia o cotidiano. A produção de conhecimento e seu acúmulo em qualquer dessas dimensões tem sua relevância e contribui na busca de soluções aos crescentes problemas resultantes das ações antrópicas do homem sobre a natureza.

Na teia da vida, natureza e homem se confundem, na medida em que cada ser vivo é parte integrante e indissociável do ambiente. Assim, preservá-la e protegê-la não é simples questão retórica, mas uma exigência à sobrevivência.

Este livro expressa como a produção de conhecimentos na confluência das áreas ambiental e de saúde, com uso de variados percursos metodológicos, pode colaborar na proposição de soluções aos múltiplos, complexos, emergentes e, por vezes, históricos problemas que ameaçam o equilíbrio necessário à manutenção da qualidade de vida. Tais conhecimentos mostram direções para a construção de ambientes e cidades sustentáveis e de ambientes laborais saudáveis, as repercussões de ações de responsabilidade socioambiental na produção industrial, a responsabilidade individual e coletiva no manejo de resíduos e possibilidades de uso do ambiente como fonte de renda, com responsabilidade e justiça ambiental. Numa dimensão mais micro, chama a atenção a aspectos a serem observados na

construção de ambientes saudáveis em empresas, a importância de diagnósticos de saúde em territórios e na construção de projetos de saúde, bem como a necessidade de atuação interprofissional para o desenvolvimento de uma assistência à saúde integral, que inclua, portanto, a dimensão ambiental no cuidado.

Assim, a construção de conhecimentos sobre diferentes temas, combinando conteúdo e forma, resultam em uma leitura proveitosa não apenas no âmbito acadêmico e como alicerce a novas pesquisas, mas aos que precisam – e tem o poder – tomar decisões para a preservação da natureza e para a recuperação dos danos existentes e, acima de tudo, para gerar novos comportamentos que incitem mais a proteção do que a exploração ambiental. Somente desta forma será possível inverter as consequências das ações humanas sobre o planeta e sobre a qualidade de vida de todos os seres vivos que o habitam.

Por fim, os múltiplos aspectos abordados nas páginas desta obra – e que estão alinhados aos grandes temas internacionalmente discutidos – constitui-se uma oportuna e valiosa contribuição para o entendimento da relação entre saúde e meio ambiente e, ao mesmo tempo, para a identificação de lacunas de conhecimento que ainda carecem de estudos e de produção tecnológica para a redução dos desequilíbrios manifestos na forma de poluição, desastres, contaminação e doenças.

*Prof. Dra. Nilva Lúcia Rech Stedile*

Professora do Mestrado em Engenharias e Ciências Ambientais da UCS

# APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que a Universidade do Planalto Catarinense e o Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde apresentam a presente obra, composta por relevantes estudos desenvolvidos no contexto da Serra Catarinense.

É fruto do esforço de pesquisadores, docentes e discentes, porém viabilizado com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação de Santa Catarina – Fapesc (Termo de Outorga 2019TR70).

Traz reflexões sobre o contexto ambiental, de saúde e educacional da região, apresentando ricas reflexões e discussões sobre os temas.

Desejamos ótima leitura!

*As organizadoras*



# 1. CIDADE SUSTENTÁVEL: ÍNDICE DE SUSTENTABILIDADE EM ÁREA DE AFLORAMENTO DO AQUÍFERO GUARANI – LAGES (SC)

*Ada Giovana Fornari  
Lucia Ceccato de Lima*

## **Introdução**

Uma cidade dificilmente se desenvolve de maneira sustentável, a sua sustentabilidade deve ser pensada e exercida diariamente pelos indivíduos e entidades nela envolvidos. Hipócrates determinou, cerca de 400 a.C., princípios para o saneamento, planejamento das cidades, posição dos edifícios em relação à orientação solar e aproveitamento de ventilação natural (Lotufo, 2011).

Percebe-se então, que a reflexão humana sobre as relações entre sociedade e meio ambiente vem de longa data, entretanto, é apenas a partir dos anos 70 que se nota uma crescente preocupação com o meio ambiente, surgindo nos anos 80 o termo sustentabilidade, acendendo questionamentos sobre a necessidade do crescimento econômico em detrimento da natureza, surgindo assim, necessidade de alcançar um desenvolvimento duradouro (Leff, 2001, p. 15).

Lotufo (2011) comenta que devem ser considerados elementos únicos de cada espaço habitado, como tipo de solo, geologia, origem da população, tipo de habitação e costumes dos moradores, além de outros fatores a serem levantados. As questões ambientais permeiam todos os níveis da sociedade, inclusive através da arquitetura, do saneamento, do abastecimento e utilização da água.

Diariamente são noticiados acontecimentos e situações sobre o uso das águas – escassez de recursos hídricos, contaminação de rios e lençóis freáticos, irregularidade nos regimes naturais das chuvas, poluição, usos inadequados dos bens da natureza. Hoje se sabe que

as maiores reservas de água doce potável do mundo são subterrâneas, sendo essas, por longa data, consideradas um recurso renovável, através dos diversos ciclos naturais da água; entretanto tem-se identificado um stress hídrico, uma vez que o consumo tem excedido a taxa de recarga das mesmas, além da baixa qualidade das águas que retornam aos reservatórios subterrâneos (Ribeiro, 2008).

No Brasil se destaca o reservatório subterrâneo do Aquífero Guarani, estendendo-se entre o sudoeste e o sul do país. O Aquífero Guarani é constituído de rochas sedimentares, sendo o arenito Botucatu, devido a sua alta porosidade e permeabilidade, um ótimo reservatório de água (Mazzoli; Ehrhardt-Brocardo, 2013).

A área a ser estudada abrange parte do afloramento do Aquífero Guarani em zona urbana de Lages (SC), mais especificamente uma área habitada, parte regularmente, parte irregularmente, no bairro Santa Cândida – Lages (SC). A ocupação humana em áreas deste tipo pode gerar danos severos ao aquífero. Áreas de recarga são faixas onde o Aquífero se apresenta mais próximo da superfície da crosta terrestre (Gomes; Filizola; Spadotto, 2006).

Levantadas as questões de sustentabilidade urbana, da habitação em áreas de risco ambiental, como é o caso das zonas de afloramento do Aquífero Guarani, as situações de deficiência de sistema sanitário e a problemática crescente da escassez de água potável, tornou-se necessária a busca de instrumentos (indicadores) que possibilitassem analisar e expressar como esses fatores se combinavam mutuamente.

Assim, objetivou-se caracterizar os aspectos socioambientais que interferem no espaço urbano em área de abrangência do Aquífero Guarani em Lages, (SC), a fim de obter um índice atual da sustentabilidade do bairro e discutir estratégias na perspectiva do desenvolvimento de uma cidade sustentável.

## **Referencial teórico**

Na revisão de literatura selecionaram-se tópicos pertinentes aos objetivos da pesquisa, a fim de fundamentar os temas abordados.

Foram escolhidos dois tópicos: Cidade Sustentável; e Indicadores de Sustentabilidade, que deram origem ao índice desenvolvido.

### ***Cidade sustentável***

As cidades são sistemas abertos com uma dependência profunda e complexa de fatores externos, acarretando dificuldades aos esforços de se avançar para a sustentabilidade urbana. Este é, de fato, um princípio profundamente relacionado com a autossuficiência e em que o consumo e eliminação dos resíduos criados ocorrem completamente no interior de um mesmo espaço (Madureira, 2006).

Acsehrad (2011) salienta a questão temporal da sustentabilidade, de práticas do presente que sustentem as condições desejadas para o futuro. A complexidade da questão passa pelas diversas matrizes discursivas, atreladas à ecoeficiência energética, à mobilidade urbana, à racionalidade econômica, à minimização do consumo de fontes de energia, à conservação de estoques e da redução do volume de resíduos, à minimização de impactos, à qualidade de vida, citando apenas algumas.

Observando tal complexidade, tratam-se alguns aspectos socioambientais com maior profundidade: saneamento básico; gestão ambiental urbana; condições habitacionais; hortas urbanas e mobilidade urbana.

### ***Água e saneamento***

De acordo com Madureira (2005), sendo as cidades as maiores consumidoras de recursos naturais e simultaneamente as maiores produtoras de poluição e resíduos, torna-se iminente que a maioria dos entraves mediante a sustentabilidade ambiental global seja resolvida à escala urbana.

No século XX a demanda por água aumentou em mais de seis vezes, superando em duas vezes o crescimento populacional no período. O aumento do consumo desse recurso está relacionado com

o padrão de desenvolvimento adotado na atual sociedade, baseado no conforto da vida urbana moderna, no crescimento acelerado da população e na inevitável aglomeração de pessoas em centros urbanos (Rech, 2014).

A cidade do mundo contemporâneo precisa prover um sistema de uso de água sustentável e soluções integradas às necessidades de um sistema urbano de manejo de água que seja simultaneamente eficiente e responsável (Samuel, 2011).

Segundo Sperling (2005), dentre os poluentes típicos apresentados no esgoto doméstico, destacam-se a matéria orgânica (que consome o oxigênio dissolvido na água), os organismos patogênicos e os nutrientes. Conejo (2007) salienta que o derrame de esgotos sobre os lençóis freáticos gera altas concentrações de nitrato e possibilita o surgimento de bactérias patogênicas e vírus.

Ao pesquisar o Panorama das Águas Subterrâneas no Brasil, Conejo (2007) ressalta o problema do crescimento populacional e produção de resíduos sólidos e como estes contaminantes afetam os aquíferos, alertando sobre o chorume produzido a partir do lixo, onde a decomposição anaeróbica da matéria orgânica produz gases e chorume. Gases como sulfídrico, metano, e mercaptano possuem odor desagradável, já o metano é inflamável possibilitando explosões. A infiltração do chorume, que carrega matéria orgânica e metais pesados, contamina o solo podendo atingir a água subterrânea (Conejo, 2007, p. 98).

### ***Gestão ambiental urbana***

Tomando como ponto de partida a ideia inicial que destaca que a acelerada urbanização transforma espaços naturais e interfere significativamente no meio ambiente, apresentando resultados desastrosos tanto nos ecossistemas quanto na qualidade de vida das pessoas, faz-se necessário um processo urgente de gestão ambiental urbana com vistas ao desenvolvimento sustentável (Rossetto; Orth; Rossetto, 2006).

O termo gestão ambiental urbana, segundo Louro e Menezes, trata-se da tarefa de gerenciamento do espaço urbano de forma sustentável, por meio da articulação das ações dos diferentes agentes sociais que interagem nesse espaço. Nesse sentido, salientando que a busca da sustentabilidade ambiental nos centros urbanos apresenta-se como um dos maiores desafios ambientais dos tempos modernos, uma vez que o acúmulo de problemas ambientais não afeta apenas o desenvolvimento das cidades, bem como qualidade de vida urbana (Louro; Menezes, 2012, p. 62).

Louro e Menezes (2012) também descrevem que grande parte dos problemas ambientais a serem tratados no âmbito da gestão ambiental urbana relacionam-se diretamente à questão da habitação, no que se refere tanto à precariedade das condições de moradia, quanto ao déficit habitacional, aos processos de ocupação irregulares e à falta de saneamento básico.

Baseando-se na Constituição Federal de 1988 o município passou a ter a responsabilidade de atuar na gestão ambiental urbana, através do estabelecimento de políticas públicas de desenvolvimento urbano e ordenamento territorial. Segundo Louro e Menezes (2012), em 2001, a Lei 10.257 instituiu o Estatuto da Cidade, que trata das diretrizes e instrumentos de uma política de desenvolvimento e planejamento urbano com vistas a proporcionar um meio ambiente devidamente equilibrado, de acordo com os princípios do art. 225 da Constituição Federal. Nesse Estatuto são definidas as diretrizes e os instrumentos de gestão urbana, entre eles os de planejamento, que são fundamentais para a conquista do desenvolvimento urbano com vistas à sustentabilidade ambiental. Desta maneira, a gestão urbana é indissociável da gestão ambiental.

### ***Condições habitacionais***

O debate em torno da sustentabilidade urbana passou da esfera científica se materializando através de projetos e empreendimentos com certificações ambientais. No entanto, em geral o objetivo desta

busca por certificações se restringe a modelos que buscam atrair investimentos pontualmente, seguindo a lógica capitalista, ao contrário de preconizar a preservação do meio ambiente e a geração de um sistema-cidade eficiente (Zangalli Jr., 2013, p. 292).

Lotufo (2011) insere a preocupação com a habitação social no discurso da cidade sustentável, em contraponto aos grandes empreendimentos com certificações ambientais. O autor disserta que a demanda por moradia pode ser suprida de diversas formas. Hoje observa-se o esvaziamento dos centros urbanos, locais de infraestrutura consolidada, em função muitas vezes da falta de segurança durante a noite. O repovoamento desses vazios urbanos gera economia de recursos e energia. Entretanto, devem ser utilizados mecanismos para evitar a gentrificação, que é o processo de expulsão de famílias de baixa renda pelo inflacionamento do metro quadrado de área urbana, derivado do investimento em infraestrutura.

Já em loteamentos irregulares e favelas, é “necessário a urbanização com implantação de eficiente infraestrutura de transporte, saneamento, equipamentos e oferta de todos os benefícios que gerem o desenvolvimento do local como bairro, inserido e conectado à cidade”. Quando em casos extremos, em que existem moradias em risco eminente, é necessária a realocação das famílias em situação de vulnerabilidade, considerando a “necessidade de continuidade dos laços sociais e de parentesco, proximidade do emprego”, promovendo uma melhoria da qualidade de vida (Lotufo, 2011, p. 131).

### ***Hortas urbanas***

A partir da concepção de que a sustentabilidade das cidades é uma grande preocupação do mundo contemporâneo destaca-se segundo Abreu (2012) que as hortas urbanas ocupam papel de destaque no quesito sustentabilidade das cidades. As hortas urbanas contribuem para a segurança alimentar e como forma de atividade terapêutica e relaxante, um contraponto ao dia a dia estressante das cidades.

As hortas, de acordo com Abreu (2012) representam uma alternativa bastante importante como ecossistemas agrícolas, pois

além dos serviços gerados como espaços verdes ainda podem suprir necessidades básicas como produtos alimentares. Apesar disso, de acordo com o tipo de agricultura praticada, as hortas podem produzir mais ou menos benefícios.

Segundo Pinto, Ribeiro, Simões, Gonçalves e Ramos, (2016) as hortas urbanas apresentam enormes valores de riqueza biológica, pois as suas características de umidade e de maior profundidade do solo, acrescidas das frequentes mobilizações e incorporação de matéria orgânica aumentam o nível de vida microbiana no solo.

A agricultura urbana é uma forma estratégica de provisão de alimentos, tendo em vista que quanto maior o desenvolvimento de uma cidade maior é a necessidade de comida. A agricultura urbana representa um constituinte do desenvolvimento sustentável, quando utilizadas técnicas naturais de fertilização e de combate a pragas, pois essa permite uma alimentação diversificada, saudável, de baixo custo e uma maior autonomia da população face a situações críticas (Aquino; Assis, 2007).

A agricultura urbana contribui para reduzir a pobreza e os riscos de fome, permitindo obter produtos frescos, proporcionando uma melhor qualidade de vida para as pessoas. Desta forma, as hortas urbanas representam uma forma de segurança alimentar mediante a crise econômica, o aumento abusivo do preço dos produtos, e também qualquer outro fator que possa impedir o transporte e a aquisição de produtos alimentares. A agricultura urbana possibilita ainda unir os setores da agricultura, da economia e da ecologia, a favor da sociedade (Abreu, 2012).

No Brasil, conforme aponta Arruda (2006), o governo federal, no âmbito do Programa Fome Zero e da criação do Ministério de Segurança Alimentar, em 2005, Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), dá um importante passo em direção a utilização da Agricultura Urbana e Peri-urbana como tema transversal no desenvolvimento de políticas públicas setoriais.

De acordo com Abreu (2012), as iniciativas para a criação de hortas urbanas sustentáveis também surgem a partir da população

que, por sua vez, se organiza em associações. Essas iniciativas fornecem apoio, informação e ajuda para a realização das hortas através de práticas sustentáveis, com ateliês e conferências.

### ***Mobilidades urbanas***

A concentração populacional nas áreas urbanas, as cidades com grandes extensões territoriais, o uso indiscriminado do automóvel e a deficiência do sistema público de transporte geraram uma crise na mobilidade urbana. O relatório da ONU *Planning and Design for Sustainable Urban Mobility: Global Report on Human Settlements*, 2013, aponta o crescimento da motorização individual como maior adversidade na mobilidade urbana (Libardi, 2014).

A concentração de automóveis nas cidades demanda alto investimento em sistema viário e áreas de estacionamento em detrimento da melhora da qualidade e tecnologia do transporte público, da aplicação de recursos em ciclovias e mesmo em calçadas e acessibilidade.

Bohusch e Scheibe, (2014), buscam conceituar a mobilidade urbana sustentável, inserindo a questão dentro da problemática ambiental da “geração de gases de efeito estufa e conseqüente contribuição para o aquecimento global”. Concluem que o conceito atual de mobilidade urbana exclui a sustentabilidade, inclusive na Política Nacional de Mobilidade Urbana, lei 12587/12, onde a “mobilidade paga o preço da política econômica de redução do IPI (Imposto sobre Produtos Industrializados) e aumento do financiamento para veículos, paga o preço também de programas de habitação deslocados do planejamento de transporte”, que favorece a expansão territorial da cidade através de especulação imobiliária.

### ***Indicadores de sustentabilidade urbana***

Segundo Martins e Cândido (2015) os indicadores de sustentabilidade permitem captar características do ambiente urbano e revelar questões referentes à (in)sustentabilidade urbana, possibili-

tando informações que deverão fornecer suporte às políticas públicas e ao processo de desenvolvimento.

Mediante ao exposto é possível perceber que a compreensão do fenômeno urbano envolve percepções e interpretações que, em conjunto com interesses distintos que compõem o espaço urbanizado, geram toda a complexidade que envolve esse contexto e estabelece as bases para o processo de desenvolvimento sustentável e da qualidade de vida das cidades (Martins; Cândido, 2015).

Assim, os aspectos conceituais da sustentabilidade e a problemática urbana representam o ponto de partida para a identificação e para a criação de indicadores de sustentabilidade urbana, cujos sistemas constituem instrumentos que permitem avaliar os processos de desenvolvimento e sustentabilidade das cidades. Para atender a propósitos distintos, diversos sistemas de sustentabilidade urbana podem ser citados, como por exemplo: o Índice de Qualidade de Vida Urbana dos Municípios Brasileiros (IQVU-BR); o *Lead for Neighborhood Development* (Lead-ND).

### ***IQVU-BR***

IQVU-BR consiste de um indicador para avaliar a qualidade de vida urbana dos municípios brasileiros, quantificando o acesso da população à oferta de serviços e recursos urbanos, como lazer, esporte, cultura, saúde, transporte. Este instrumento pode auxiliar no planejamento de políticas públicas municipais (Nahas, 2006).

Para o desenvolvimento da pesquisa foi utilizado como referencial teórico o conceito contemporâneo de qualidade de vida que vem se construindo, historicamente, a partir dos conceitos de “bem-estar social, qualidade de vida, qualidade ambiental, pobreza, desigualdades sociais, exclusão social, vulnerabilidade social, desenvolvimento sustentável e sustentabilidade” (Nahas, 2016), conceitos esses fundamentais para este estudo.

O IQVU trabalha com 11 variáveis, sendo selecionadas cinco para pesquisa:

1. Comércio: acesso a serviços no bairro;
2. Cultura: existência de equipamentos culturais;
4. Habitação: condições habitacionais e saneamento básico;
7. Instrumentos de Gestão Urbanística: legislação;
9. Meio Ambiente Urbano: problemas ambientais urbanos e ações ambientais municipais.

### ***Leed-ND***

O *Leed-ND (Leadership in Energy and Environmental Design for Neighborhood Developments – Liderança em Energia e Design Ambiental para Desenvolvimento de Vizinhanças)*, traduzido como *Leed para Desenvolvimento de Bairros*, integra princípios de crescimento planejado e inteligente, urbanismo sustentável e edificações verdes, a utilização de transporte público, eficiente e alternativo, bem como a criação de áreas de lazer e espaços públicos de alta qualidade (Green Building Council Brasil, 2014).

Conforme Negreiros e Abiko (2007), o *Leadership in Energy and Environmental Design for Neighborhood Developments Rating System (Leed-ND)* considera o entorno dos edifícios, a vizinhança, o loteamento como um todo, enfatizando aspectos de desenvolvimento sustentável combinados às práticas dos chamados edifícios verdes.

Albrecht, Griffith e Carvalho (2010), indicam que através do emprego desse método *Leed-ND* espera-se um efeito bastante positivo que deverá motivar os planejadores a revitalizar áreas urbanas, reduzir o consumo de terra e a dependência de automóvel, promover atividade de pedestres, melhorar a qualidade do ar, reduzir poluição de enxurradas, e construir comunidades que sejam mais sustentáveis e com melhor qualidade para pessoas de todas as faixas de renda.

As variáveis utilizadas do *Leed-ND* para pesquisa foram selecionadas para compor o questionário, ou de maneira subjetiva no estudo observacional. Dos 53 tópicos foram selecionados 41.

## **Percurso metodológico**

### ***Caracterização do estudo***

Tendo como pressuposto teórico a interdisciplinaridade, esta pesquisa foi realizada em três etapas: observação *in loco*, questionário e pesquisa documental. É uma pesquisa quantitativa e qualitativa. As observações *in loco* foram importantes para fundamentar as etapas seguintes. Na etapa de observação avaliaram-se questões referentes ao indicador de sustentabilidade *Leed-ND* e ao indicador de qualidade de vida *IQVU-BR*. Por meio dos Agentes de Saúde que colaboraram em suas visitas ao bairro, aplicou-se um questionário por residência, onde houve aceite de participação. Todas as etapas utilizaram como subsídios dados e informações fornecidos pela análise documental de mapas, foto aéreas e documentos.

O questionário produzido resultou de uma adaptação entre os indicadores urbanos *Leed-ND* e *IQVU-BR*. O questionário desenvolvido foi semiestruturado por combinar perguntas fechadas e um espaço para comentário e observação, em que o entrevistado pôde intervir no tema proposto.

Utilizando o mapa do bairro e a questões selecionadas do *Leed-ND*, realizou-se o estudo observacional, percorrendo todas as ruas do bairro e preenchendo o formulário produzido pelo pesquisador, para atender os objetivos da pesquisa.

A utilização de documentos em pesquisa deve ser respeitada e valorizada, uma vez que documentos podem guardar uma riqueza de informações, justificando uso em várias áreas de pesquisa. O uso de documento traz outra dimensão à pesquisa, o tempo, favorecendo o processo de observação da maturação dos eventos; através de registros podemos ter acesso a informações talvez esquecidas ou perdidas (Sá-Silva; Guindani, 2009).

Para a tabulação dos dados dos questionários, transcreveram-se os resultados para o Excel, processando-os e transformando-os em gráficos e estatísticas, e posteriormente, revisando-os para

detectar possíveis erros de digitação e/ou referentes à classificação de respostas faltantes.

Para desenvolvimento da pesquisa e busca dos resultados adotou-se a Análise por Triangulação de Métodos, técnica utilizada para um processo avaliativo complexo e abrangente, que possibilita a combinação de múltiplas fontes de informação, como foi o caso deste estudo. “A Triangulação permite que o pesquisador possa lançar mão de três técnicas ou mais com vistas a ampliar o universo informal em torno do objeto de pesquisa” (Marcondes; Brisola, 2014, p. 203). Para Figaro (2014) a estratégia da triangulação metodológica é uma “alternativa capaz de construir coerência e coesão nas pesquisas empíricas”.

Dividiram-se as questões do questionário em seis conjuntos com perguntas de temas afins, gerando ao final um índice de sustentabilidade por categoria através de média simples, tendo todas as questões o mesmo peso. Foi gerada ao final uma média geral das seis categorias, obtendo-se assim o índice geral de sustentabilidade do bairro, também através de média simples. A análise das médias das categorias aliada aos dados de observação, possibilitaram o planejamento de estratégias para resolução de problemas detectados.

O questionário foi desenvolvido ordenando as respostas em forma de escala, em três níveis, de menos sustentável para mais sustentável, possibilitando gerar ao final uma média das respostas por conjuntos de questão afins, sendo então analisada a prevalência do índice de sustentabilidade baixo, médio ou alto, atendendo aos objetivos do estudo. Partindo dos resultados da média de cada conjunto de respostas, analisaram-se as principais deficiências em cada categoria, e propuseram-se algumas estratégias para melhoria dos índices de sustentabilidade, atendendo ao terceiro objetivo da pesquisa.

### ***Local de estudo***

O local de estudo foi escolhido em função das visitas de campo realizadas, onde percebeu-se que a infraestrutura do bairro Santa Cândida – Lages (SC) é precária, sem saneamento básico, sendo os resíduos jogados em fossas ou a céu aberto. Áreas de

Preservação Permanente (APP) são continuamente invadidas, havendo construções de casas em locais irregulares, sobre as rochas de Arenito Botucatu do Afloramento do Aquífero Guarani. O aquífero se estende no subsolo de toda a região.

## Resultado

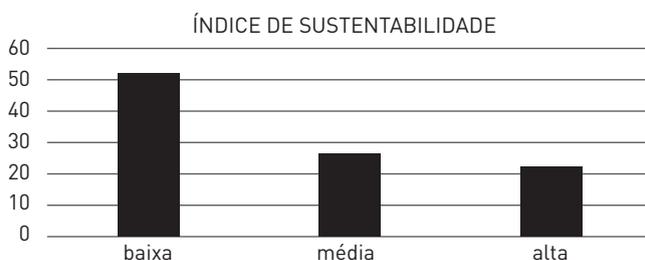
Objetivou-se com esta pesquisa a geração de informações relevantes à promoção e discussão de sustentabilidade do espaço urbano do local estudado, possibilitando ações que favoreçam o desenvolvimento de políticas públicas, bem como de iniciativas privadas, buscando controlar e reduzir impactos ambientais na área de afloramento do SAG, contribuindo com a construção de uma cidade mais sustentável.

Os aspectos habitacionais, selecionados para serem estudados nesta pesquisa foram escolhidos em função da relevância para o desenvolvimento da sustentabilidade do bairro e da cidade. Entre os aspectos eleitos estão o uso de materiais reciclados na construção, a reutilização de água, o sistema de tratamento das águas servidas, o uso de horta e ervas.

Os dados mostram uma situação preocupante, pois 43,92% das residências não possui nenhum tipo de tratamento das águas servidas. A NBR 7.229/1993 estabelece, para residência de padrão baixo, uma contribuição de esgoto de 100L por pessoa/dia. Considerando-se a população total atualizada, 1.016 moradores cadastrados, obtida na data de 26/04/2017 com as agentes de saúde que atendem o bairro, são gerados diariamente 101.600 litros de esgoto; sendo que 43,92% das residências relatam não possuir fossa, conclui-se que 44.704 litros de esgoto sem tratamento são despejados diretamente sobre esta área de recarga do aquífero.

Percebeu-se que o conjunto dos aspectos avaliados resultou na prevalência do baixo nível de sustentabilidade em mais da metade dos itens avaliados relacionados à habitação (Gráfico 1). Para melhorar desses índices seria de grande valia o investimento em educação ambiental no bairro: para fomento do uso de materiais reciclados e de baixo impacto na construção das moradias; para estimular

a reutilização das águas difundindo suas vantagens econômicas e ambientais; para incentivar a utilização de hortas urbanas através da agroecologia e agro homeopatia.

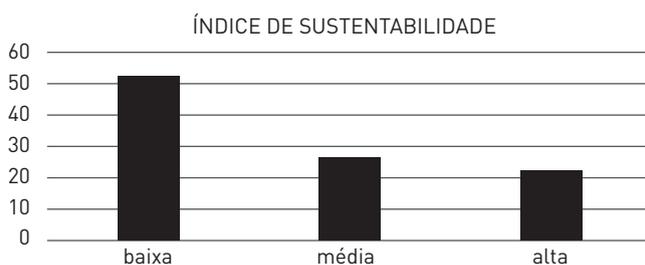


**Gráfico 1. Índice de sustentabilidade dos aspectos habitacionais**

Fonte: Autoras, 2017.

Em relação às condições urbanas, os itens avaliados tiveram contribuições bem distintas na média do nível de sustentabilidade, sendo que os itens de avaliação de serviços (públicos e privados) e do panorama possuíam avaliações bem mais positivas enquanto a má avaliação dos espaços públicos e lazer tiveram grande influência para rebaixar a média, prevalecendo o baixo índice de sustentabilidade (Gráfico 2).

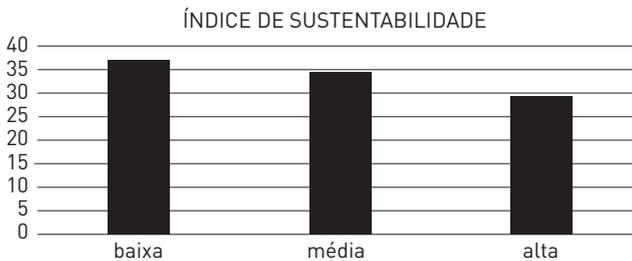
Neste contexto das distintas contribuições dos itens na média do índice de sustentabilidade, para melhorar esta estatística o foco deve ser colocado na questão do espaço urbano do bairro, através principalmente de melhorias na infraestrutura do bairro, a partir, sobretudo, do poder público.



**Gráfico 2. Índice de sustentabilidade das condições urbanas**

Fonte: Autoras, 2017.

A mobilidade urbana apresenta uma avaliação mais equilibrada, sendo que a soma de nível médio e alto superam as avaliações como nível baixo (Gráfico 3). Este resultado tem influência da baixa adesão ao uso do automóvel e frequente utilização do transporte público. Os problemas de mobilidade observados no bairro como falta de calçadas, pavimentação e ciclovias, o isolamento em relação à cidade na parte sul da área, a baixa frequência da linha de ônibus, são questões completamente dependentes da iniciativa pública.



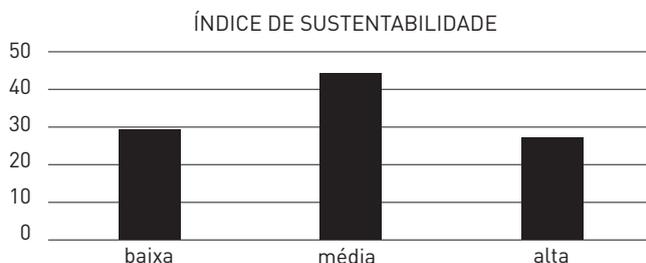
**Gráfico 3. Índice de sustentabilidade da mobilidade urbana**

Fonte: Autoras, 2017.

A questão do tratamento de resíduos sólidos tem dois grandes protagonistas: o poder público em relação ao serviço de coleta e os habitantes em relação à consciência e responsabilidade sobre o lixo que se produz. O gráfico resultante da média da sustentabilidade da área (Gráfico 4), em relação ao tratamento dos resíduos sólidos, tem prevalência do índice médio, o que se pode traduzir como o uso de coleta simples.

Para promover a prevalência do índice alto de sustentabilidade, seria necessário inicialmente o retorno da coleta seletiva no bairro. Em um segundo momento seria possível a formação grupos para trabalhar com reciclagem de diferentes formas como a separação do material da coleta seletiva e posterior venda, fabricação de sabão com restos de óleo de cozinha, produção de artesanato com material reciclado, produção de insumo a partir dos restos orgânicos através de compostagem. Para devida destinação de materiais

específicos sugere-se a instalação de ponto de coleta para pilhas, baterias, remédios e óleo de cozinha no Ceim (Centro de Educação Infantil Municipal) do bairro.

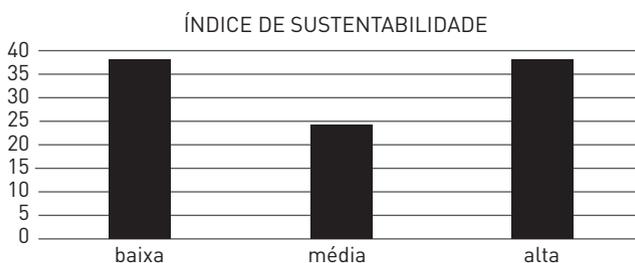


**Gráfico 4. Índice de sustentabilidade do tratamento de resíduos sólidos**

Fonte: Autoras, 2017.

A avaliação da qualidade de vida neste trabalho se restringiu à percepção da população em relação ao acesso e qualidade da saúde pública. Os dois gráficos produzidos se apresentaram praticamente espelhados, com uma excelente avaliação em relação à qualidade do serviço do posto de saúde e uma péssima avaliação em relação ao acesso, devido à distância. A média dessas avaliações resultou em uma avaliação mediana (Gráfico 5).

Como a população do bairro atualmente gira em torno de 1000 habitantes, e a recomendação do Ministério da saúde é de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para no mínimo 2.500 habitantes, não seria o caso de instalação de uma UBS no bairro para melhorar o nível de sustentabilidade, mas melhorar a forma de acesso ao serviço. Já existe um sistema de atendimento domiciliar aos acamados, que poderia ser ampliado para alguns outros serviços. Com a construção do centro comunitário este espaço poderia ser utilizado também para esse fim.

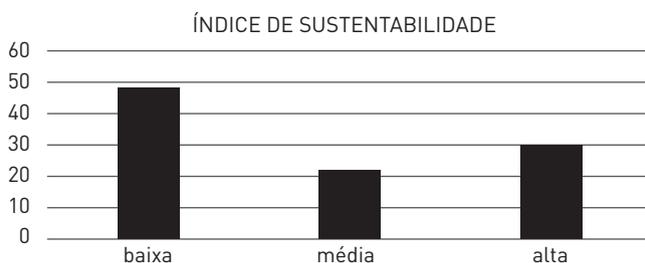


**Gráfico 5. Índice de sustentabilidade da qualidade de vida**

Fonte: Autoras, 2017.

A última média parcial é dos aspectos ecológicos (Gráfico 6), analisados em relação à preservação da fauna da região, em relação ao conhecimento dos habitantes sobre o Aquífero Guarani. Foi avaliada também a origem dos moradores para diagnosticar a existência ou não de famílias provenientes do êxodo rural. A média das avaliações resultou no gráfico 6.

Ao analisar o gráfico percebemos a prevalência do nível baixo de sustentabilidade sobre os aspectos analisados, sendo de grande contribuição para esse resultado o desconhecimento dos indivíduos acerca do Aquífero Guarani. Para a melhora deste quadro um dos caminhos é o investimento em educação ambiental para crianças, jovens e adultos.



**Gráfico 6. Índice de sustentabilidade dos aspectos ecológicos**

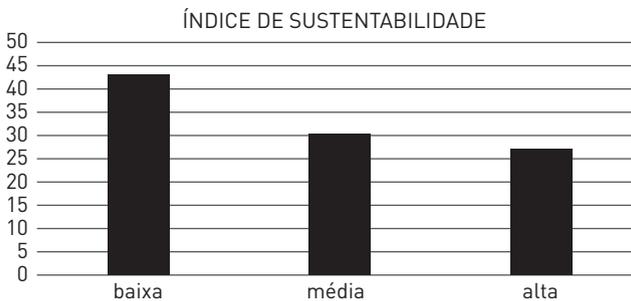
Fonte: Autoras, 2017.

## Discussão

Pretensiosamente objetivou-se no início desta pesquisa produzir um índice final ou um diagnóstico que permitisse uma leitura do quadro da sustentabilidade no bairro (Gráfico 7), utilizando variáveis selecionadas pertinentemente ao *locus* do estudo e que pudessem submeter ao formato de questionário escolhido.

Foram levantados e caracterizados os principais aspectos socioambientais que interferem no espaço urbano na perspectiva do desenvolvimento de uma cidade sustentável, por meio da seleção e adaptação de Indicadores de Sustentabilidade Urbana, discutindo os dados obtidos, no âmbito do Afloramento do Aquífero Guarani, para a construção de índices de sustentabilidades do bairro Santa Cândida – Lages (SC).

Partindo das médias das análises parciais foi gerado o gráfico final das médias de todos os aspectos analisados:



**Gráfico 7. Índice de sustentabilidade do bairro Santa Cândida**

Fonte: Autoras, 2017.

Como pode ser observado, prevaleceu o índice baixo sobre os demais, como já era esperado quando da concepção da pesquisa, uma vez que muitas deficiências foram constatadas em visitas ao local. A partir deste diagnóstico temos mais clareza sobre os temas abrangidos neste estudo, facilitando a tomada de decisões para implementar melhorias necessárias ao bairro, tanto em relação à vulnerabilidade

do Aquífero Guarani quanto para desenvolvimento de uma cidade mais sustentável e da melhora da qualidade de vida dos habitantes.

## **Considerações finais**

Percebe-se a partir das análises, que diversos problemas estão afetando a sustentabilidade do bairro, em maior ou menor grau. Em relação aos aspectos habitacionais percebemos a baixa adesão ao reuso da água, de hortas e de materiais reciclados na construção das casas, e principalmente falta de saneamento básico. Observando as condições urbanas, concluímos que os pontos críticos são o difícil acesso a serviços e espaços públicos, bem como lazer e cultura e a falta de fiscalização relativa às invasões em área de APP. Sobre a mobilidade urbana avaliamos a irregularidade de transporte público e dificuldade de acesso ao bairro como pontos a serem melhorados. A ausência de coleta seletiva de resíduos sólidos, bem como a deficiente separação dos resíduos nas residências e o descarte incorreto de diversos tipos de resíduos são os pontos negativos na parte de tratamento de resíduos sólidos.

Sobre a qualidade de vida pontuamos o descontentamento relativo à distância da UBS (Unidade Básica de Saúde). O desconhecimento por parte dos moradores sobre o afloramento do Aquífero Guarani, que o bairro onde residem é uma área de recarga e de descarga por meio de diversas nascentes, é sem dúvidas um dos aspectos socioambientais e ecológicos mais significativos que identificamos nesta pesquisa. Está é uma área considerada ambientalmente vulnerável.

Ao longo do desenvolvimento deste trabalho foram expostos problemas socioambientais delicados. Ao demonstrar que o bairro não possui sustentabilidade satisfatória, torna-se necessário traçar um caminho para melhorar esse panorama. Foram buscadas estratégias para manejar esses problemas, sendo através da iniciativa pública, privada ou de ONGs (terceiro setor); para tanto é necessário algum conhecimento sobre o assunto, pois sem sensibilização nunca haverá iniciativa de parte alguma.

As pessoas só se preocupam com o que conhecem, só cuidam do que gostam; para se preocuparem e gostarem da natureza precisam conhecer e serem sensibilizadas. Então é preciso pensar em alguma forma de sensibilização. A educação ambiental surge como estratégia necessária para se alcançar a possibilidade de uma cidade com desenvolvimento sustentável.

Este trabalho possibilitou uma leitura da situação socioambiental e urbana dessa área de grande relevância para preservação das reservas subterrâneas de água, uma vez que esta situação se repete em outros bairros desta cidade e mesmo em outras cidades. A partir desta experiência, este estudo poderá ser multiplicado e aprofundado, dando continuidade à pesquisa em relação às soluções para os problemas detectados.

Esta pesquisa demonstrou o quanto as questões ambientais estão conectadas às decisões do planejamento e gestão urbanos, não devendo ser pensados separadamente, para permitir e possibilitar o desenvolvimento de uma cidade sustentável.

**Agradecimentos:** Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação de Santa Catarina – Fapesc (Termo de Outorga 2019TR70) pelo apoio.

## Referências

ABREU, Ângela Maria Ribeiro da Silva Morais. **Hortas Urbanas – Contributo para a Sustentabilidade. Caso de Estudo: “Hortas Comunitárias de Cascais”**. 180f. Dissertação (Mestrado em Engenharia do Ambiente – Perfil Ordenamento do Território e Avaliação de Impactes Ambientais). Faculdade de ciências e tecnologia. Universidade Nova de Lisboa. Abril, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/38Nxaw5>. Acesso em: 28 fev. 2016.

ACSELRAD, Henri. **Discursos da sustentabilidade urbana. Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, 2011. [S.l.], n. 1, p. 79, maio 1999. ISSN 2317-1529. Disponível em: <http://bit.ly/2X2jAiV>. Acesso em: 15 maio 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.22296/2317-1529.1999v0n1p79>.

ALBRECHT, Clarissa F.; GRIFFITH, James Jackson; CARVALHO, Aline W. B. de. **Os critérios do LEED-ND e uma avaliação de sua**

**aplicabilidade no Brasil.** VIII ENTAC, Encontro Nacional de Tecnologia do Ambiente construído. Canela, RS. 06 a 08 out. 2010. Disponível em: <https://bit.ly/37Xgvac>. Acesso em: 28 fev. 2016.

AQUINO, Adriana Maria de; ASSIS, Renato Linhares de. **Agricultura Orgânica em Áreas Urbanas e Periurbanas com Base na Agroecologia.** Ambiente & Sociedade. Campinas, v. X, n. 1, p. 137-150, jan.-jun. 2007.

ARRUDA, Juliana. **Agricultura urbana e peri-urbana em Campinas/ SP: análise do programa de hortas comunitárias como subsídio para políticas públicas.** 165f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Agrícola) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Engenharia Agrícola: Campinas, SP: [s.n.], 2006. Disponível em: <https://bit.ly/3o1XGs3>. Acesso em: 28 fev. 2016.

BOHUSCH, Graziela; SCHEIBE, Luiz Fernando. **Mobilidade Urbana Sustentável: um ensaio sobre o conceito.** Geosul, Florianópolis, v. 29, n. 57, p. 157-176, out. 2014. ISSN 2177-5230. Disponível em: <http://bit.ly/3n8lt8J>. Acesso em: 13 maio 2017.

BORGHETTI, Nádia Rita B.; BORGHETTI, José Roberto; ROSA FILHO, Ernani Francisco. **Aquífero Guarani: a verdadeira integração dos países do Mercosul.** Curitiba, 2004.

BRASIL, Serviço Geológico do. **Carta Geológica do Brasil ao Milionésimo.** CPRM – Companhia de pesquisa de recursos minerais. Brasil, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3rHrixl>. Acesso em: 10 jan. 2016.

CONEJO, João Gilberto Lotufo. **Panorama da Qualidade das Águas Subterrâneas no BRASIL.** Superintendência de Planejamento de Recursos Hídricos. Brasília-DF, 2007. Disponível em: <https://bit.ly/3pA81w2>. Acesso em: 29 jul. 2016.

FIGARO, Roseli. A triangulação metodológica em pesquisas sobre a Comunicação no mundo do trabalho. **Revista Fronteiras** – estudos midiáticos, v. 16, n. 2, p. 124-131, maio/agosto 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3rCD4c5>. Acesso em: 30 mar. 2017.

GOMES, Marco A. F.; FILIZOLA, Heloísa Ferreira; SPADOTTO, Cláudio A. Classificação Das Áreas De Recarga Do Sistema Aquífero Guarani No Brasil Em Domínios Pedomorfoagroclicmáticos – Subsídio Aos Estudos De Avaliação De Risco De Contaminação Das Águas Sub-

terrâneas. **Revista do departamento de geografia**: Embrapa Meio Ambiente. Jaguariuna, 2006.

GREEN BUILDING COUNCIL BRASIL [GBC Brasil] (2014). LEED for Neighborhood Development.

GUIMARÃES, Mauro *et al.* **Caminhos da educação ambiental: da forma à ação**. 5. ed. Campinas, SP. Papiris, 2012.

LEFF, Enrique. **Saber ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder**. Tradução de Lúcia Mathilde Endlich Orth. 2. ed. - Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

LIBARDI, Rafaela. **Mobilidade Urbana Frente à Complexidade Urbana**. EURE (Santiago), Santiago, v. 40, n. 121, p. 273-276, sept. 2014. Disponível em: <http://bit.ly/3aVFpJk>. Acesso em: 13 maio 2017. <http://dx.doi.org/10.4067/S0250-71612014000300013>

LÖBLER, Carlos Alberto; SILVA, José Luiz Silvério da. Vulnerabilidade à contaminação das águas subterrâneas do município de Nova Palma, Rio Grande do Sul, Brasil. **Ambiente & Água – An Interdisciplinary Journal of Applied Science**, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 141-152, dec. 2014. ISSN 1980-993X. Disponível em: <http://bit.ly/34VGmO9>. Acesso em: 15 maio 2016.

LOTUFO, José Otávio. **Habitação social para a cidade sustentável**. 2011. 157f. Dissertação (Mestrado em Projeto de Arquitetura) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://bit.ly/2Lb0C7q>. Acesso em: 21 fev. 2016.

MADUREIRA, Helena. **Paisagem Urbana e Desenvolvimento Sustentável: Apontamentos Sobre Uma Estreita Relação Entre Geografia, Desenvolvimento Sustentável E Forma Urbana**. Universidade do Porto. X Colóquio Ibérico de Geografia, Évora, 2005. Disponível em: <https://bit.ly/2Jy5xPe>. Acesso em: 28 fev. 2016.

MARCONDES, Nilsen Aparecida Vieira; BRISOLA, Elisa Maria Andrade. Análise por Triangulação de Métodos: Um Referencial para Pesquisas Qualitativas. **Revista Univap – revista.univap.br** São José dos Campos-SP-Brasil, v. 20, n. 35, jul. 2014. ISSN 2237-1753. Disponível em: <http://bit.ly/37WXXUy>. Acesso em: 30 jan. 2017.

MARTINS, Maria de Fátima; CANDIDO, Gesinaldo Ataíde. Modelo de avaliação do nível de sustentabilidade urbana: proposta para as cidades

brasileiras. urbe, **Rev. Bras. Gest. Urbana**, Curitiba, v. 7, n. 3, p. 397-410, Dec. 2015. Disponível em: <http://bit.ly/3nVJrFc>. Acesso em: 15 maio 2016.

MAZZOLLI, Marcelo; EHRHARDT-BROCARDI, Natalia Carolina Moraes. **Ocupação irregular em áreas de recarga do Aquífero Guarani e vegetação ripária em Lages, SC**. **Geosul**, Florianópolis, v. 28, n. 55, p. 164-180, nov. 2013. ISSN 2177-5230. Disponível em: <http://bit.ly/3nVJyk6>. Acesso em: 10 maio 2015.

MENDONÇA, Francisco. Abordagem interdisciplinar da problemática ambiental urbano-metropolitana: esboço metodológico da experiência do doutorado em MA&D\* da UFPR sobre a RMC - Região Metropolitana de Curitiba. **Desenvolvimento e Meio Ambiente**, n. 3, p. 79-95, jan./jun. 2001. Editora da UFPR. Disponível em: <http://bit.ly/3rDXMbC>. Acesso em: 29 jan. 2016.

NAHAS, Maria Inês Pedrosa. *et al.* **Metodologia de construção do índice de qualidade de vida urbana dos municípios brasileiros (IQVU-BR)**. Disponível em: <https://bit.ly/3rEtsO7>. Acesso em: 14 fev. 2016.

NBR 7.229/1993. **Projeto, construção e operação de sistemas de tanques sépticos**. Associação Brasileira de Normas Técnicas- ABNT.

NEGREIROS, Iara; ABIKO, Alex. **Análise de métodos de avaliação ambiental para loteamentos urbanos: o LEED-ND e o EIA**. IV encontro nacional e II Encontro Latino Americano sobre Edificações e Comunidades sustentáveis. 2007. Disponível em: <https://bit.ly/2M9sWav>. Acesso em: 28 fev. 2016.

PINTO, Rute; RIBEIRO, Cristina, SIMÕES, Pedro, GONÇALVES, Antônio Bento e RAMOS, Rui. **Viabilidade ambiental das hortas urbanas enquanto espaços para o desenvolvimento sustentável**. Associação Portuguesa de Horticultura. APH: Revista da APH, n. 106, julho –agosto –setembro 2011. Disponível em: <http://bit.ly/38LFjRJ>. Acesso em: 28 fev. 2016.

PUCCI, Patricia dos Santos. **Percepções Ambientais dos Professores e Pais de Alunos de um Centro de Educação Infantil Municipal em Área de Abrangência do Aquífero Guarani (Lages-SC)**. 2014. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC – Lages, Santa Catarina 2014.

RECH, Adir Ubaldo. **Instrumentos de desenvolvimento e sustentabilidade urbana**. Caxias do Sul, RS: Educs, 2014. [Recurso eletrônico]. Disponível em: <https://bit.ly/3ocT964>. Acesso em: 30 jan. 2017.

RIBEIRO, Wagner Costa. **Aquífero Guarani: gestão compartilhada e soberania.** Estud. av., São Paulo, v. 22, n. 64, p. 227-238, dez. 2008 Disponível em: <http://bit.ly/2Mgsuax>. Acesso em: 13 mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142008000300014>.

ROSSETO, Adriana Marques; ORTH, Dora Maria; ROSSETO, Carlos Ricardo. **Gestão ambiental integrada ao desenvolvimento sustentável: um estudo de caso em Passo Fundo (RS).** Rev. Adm. Pública v. 40 no. 5 Rio de Janeiro sept./oct. 2006. ISSN 1982-3134. Disponível em: <http://bit.ly/2X93e8B>. Acesso em: 29 jan. 2016.

SAMUEL, Paulo Robinson da Silva. **Alternativas sustentáveis de tratamento de esgotos sanitários urbanos, através de sistemas descentralizados, para municípios de pequeno porte.** 171f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Civil). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Engenharia. 2011. Disponível em: <http://bit.ly/3pxrixS>. Acesso em: 07 fev. 2016.

SANTOS, Milton. **A urbanização Brasileira.** 5 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. 2008.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão D. de; GUINDANI, Joel Felipe. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas.** Revista Brasileira de História & Ciências Sociais Ano I - Número I - julho de 2009. ISSN: 2175-3423 1. Disponível em: <https://bit.ly/37XhK9m>. Acesso em: 22 fev. 2016.

SICHE, Raúl *et al.* Índices versus indicadores: precisões conceituais na discussão da sustentabilidade de países. **Ambient. soc.**, Campinas, v. 10, n. 2, p. 137-148, dec. 2007. Disponível em: <http://bit.ly/3rEEMd8>. Acesso em: 16 fev. 2016.

SPERLING, Marcos Von. **Introdução à qualidade da água e tratamento de esgotos.** 3.ed.-Belo Horizonte: Departamento de Engenharia sanitária e Ambiental. Universidade Federal de Minas Gerais, 2005.

ZANGALLI, Paulo Cesar Jr. **Sustentabilidade Urbana e as Certificações Ambientais Na Construção Civil.** Mestrando em Geografia, FCT/UNESP, Presidente Prudente. Bolsista FAPESP. Soc. & Nat., Uberlândia, v. 25, n. 2, p. 291-302, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2WTrMSP>. Acesso em: 13 fev. 2016.

## 2. AÇÕES DE RESPONSABILIDADE SOCIOAMBIENTAL DAS EMPRESAS DE GRANDE PORTE DO SETOR DE CELULOSE E PAPEL

*Amanda Miranda Silva  
Lilia Aparecida Kanan  
Cristina Keiko Yamaguchi*

### **Introdução**

Para atender os aspectos legais e ser reconhecida pela sociedade é recomendável que a empresa desenvolva ações que diminuam a exploração ambiental e adote em suas práticas programas de RSA (Responsabilidade Socioambiental), visto que tanto a comunidade como a legislação exercem pressão sobre sua forma de atuação. Para que a empresa possa lograr êxito e prosperar em seus objetivos e metas é importante que realize um plano estratégico onde são elencadas ações de cunho sustentável frente aos riscos que sua produção pode causar ao meio ambiente (Abreu; Castro; Lazaro, 2013). Além disso, de modo a se destacarem em um mercado altamente exigente e competitivo é necessário que mantenham sua legitimidade social, e isso acontece por meio do alinhamento de seus negócios à esfera da lei e de sua responsabilidade e contribuições socioambientais (Sindhi; Kumar, 2012).

Os empresários almejam a expansão econômica em seus negócios em âmbito nacional e outros para além desse. Deste modo, para que os resultados em termos de lucratividade sejam ampliados e para que possa haver crescimento em seu poder competitivo, é recomendável que seus gestores atentem para a importância de estabelecer um posicionamento socioambiental sustentável (Barbieri *et al.*, 2010). Isto porque tal posicionamento traz reflexos à sociedade, à saúde e ao am-

biente onde a empresa se insere, além de representar uma estratégia de “marketing natural”, o que pode impulsionar seus lucros.

A preocupação ambiental pelo viés da legitimidade influencia no aumento de divulgações de práticas, publicações de cartilhas, que tratam da interação do meio empresarial com o meio ambiental (Ribeiro, 2012). Dessa forma, se torna evidente o posicionamento e a preocupação ambiental das empresas que utilizam os meios de comunicação para expor informações acerca de sua exploração versus contribuição para com o meio ambiente. Ou seja, as divulgações sobre o crescimento econômico e os recursos ambientais são elaboradas a partir da necessidade de expor informações sobre aspectos ambientais decorrentes da atividade fim da empresa, tendo em vista a legitimidade ambiental disseminada em diferentes esferas sociais (Sousa; Batista; Rêgo, 2012).

Além da legitimidade social outro aspecto importante que envolve a relação das empresas com o meio ambiente é a gestão ambiental, um instrumento pelo qual as empresas informam publicamente sua sustentabilidade econômica. Dessa maneira, as organizações apresentam suas ações sociais e ambientais por meio dos relatórios de sustentabilidade que revelam suas posições e ações em relação às contribuições socioambientais (Colares *et al.*, 2012).

Alguns fatores parecem ter contribuído para que a RSA passasse a representar uma preocupação do mundo contemporâneo. Essa mudança se vincula à sensibilidade da opinião pública quanto às questões ambientais, como também à expansão de diversos movimentos ambientalistas que trouxeram em seu escopo produtos ecológicos, difusão de tecnologias alternativas, estudos sobre os impactos ambientais, entre outros. Estes, por sua vez, originaram movimentos de pressão aos órgãos de regulação ambiental. É preciso referir ainda às inovações tecnológicas que contribuíram à redução e eliminação da poluição e às normas regulamentadoras que ordenaram ações de preservação da vida em todas as suas dimensões, apesar da capacidade produtiva de cada organização (Maimon, 1994; Marques; Xavier, 2018).

As ações de RSA não se limitam tão somente à execução de ações sociais; elas se ampliam na perspectiva da ética, do envolvimento e respeito por meio de ações efetivas nas relações com os seus *stakeholders* (Veiga, 2007). E, nestas condições, o construto RSA se traduz pela obrigação das organizações em responder a todos seus *stakeholders* (partes interessadas) sobre as implicações ou impactos sociais e ambientais que sua atividade causa ou causou (Itani; Rei; Tomelin, 2008). Depreende-se então, que RSA é um tema que recebe atenção de vários atores, não se restringindo somente às empresas ou aos seus *stakeholders*. Isto porque se omitir *diante de* ou negar as questões de interesse social, implica em desapontamentos desses grupos de interesses, o que certamente prejudicará a imagem e os resultados da empresa (Nascimento; Montenegro, 2015).

Existem várias interpretações a respeito do termo RSA. Para alguns trata-se de uma obrigação legal, outros definem como um modelo do que seria eticamente responsável. RSA se caracteriza por uma maneira de gerir definida pela relação clara e ética da empresa com o seu público, suas partes interessadas. Além disso, o conceito na empresa agrega ainda a fixação de objetivos relacionados ao desenvolvimento sustentável da sociedade, à preservação de recursos culturais e do meio ambiente para as futuras gerações, com respeito à diversidade e estimulação à atenuação das desigualdades sociais. Em síntese, o objetivo social de uma empresa e sua atuação econômica, a partir de um modelo de gestão que ultrapassa as leis e a filantropia, representa o que se conceitua como RSA (Instituto Ethos, 2012).

Ao se colocar atenção ao objeto de interesse deste estudo – RSA do setor de celulose e papel – observa-se que as empresas brasileiras de grande porte deste setor publicam suas práticas em prol do meio ambiente nos relatórios de sustentabilidade e em outros relatórios de caráter público como, por exemplo, o balanço social (Di Domenico; Lavarda, 2013). Os relatórios de sustentabilidade, assim como outros documentos pertencentes às organizações deste segmento industrial são disponibilizados em seus sites oficiais. Para a Global Reporting Initiative (2011), além de divulgar informações

sobre seus desempenhos e investimentos sustentáveis, os relatórios de sustentabilidade também representam uma forma de prestar contas às partes interessadas.

No que diz respeito ao setor de celulose e papel, nota-se elevada expressividade financeira, isso porque o setor apresenta representatividade considerável à economia do país. Por exemplo, a indústria brasileira de base florestal se tornou um negócio de classe mundial, altamente competitivo no mercado internacional, em especial devido à alta produtividade das florestas plantadas. No período entre 2005 e 2015 o escoamento do excedente da produção local resultou em crescimento de exportações de base florestal na ordem de 7,1% ao ano, em média (Silva; Bueno; Neves, 2015).

No período de 2000 a 2015, a produção de papéis no Brasil cresceu cerca de 2,5% a.a., acompanhando o crescimento da demanda no mercado doméstico (Silva; Bueno; Neves, 2015). O valor da produção nacional de celulose e papel atingiu, no ano de 2012, 12 e 13,1 bilhões de reais respectivamente (IBGE, 2016). Especificamente no ano de 2016, a produção de celulose cresceu 8,1% e a de papel e de embalagens caíram relativamente pouco – 0,2% e 0,6%, respectivamente. Quanto ao faturamento, em 2018 o setor de celulose apresentou aumento de 0,6%; o de papel cresceu 6,6% e o dos pinus de madeira deu um salto de 20,6%. Em 2018, o Brasil passou a produzir mais 9,85 milhões de toneladas de celulose (Ibá, 2018).

Depreende-se, a partir dessas informações, a expressividade do setor de celulose e papel, de seu impacto ao ambiente, haja vista as áreas plantadas de pinus e eucalipto para fins industriais, como também é expressivo o quantitativo de trabalhadores que emprega. Tal razão justificou o interesse em se produzir conhecimentos a respeito de seus compromissos sociais e ambientais, algo aparente nos relatórios contábeis.

Observa-se ainda, que é necessário mais de uma área de conhecimento para se abordar o tema RSA. Isto porque, para Perrenoud (2013), seria irreal tratar de várias competências com uma única perspectiva, visto que, este termo envolve diferentes problemáticas

que compõem um vasto campo disciplinar. Portanto, ao se abordar o tema em questão, salienta-se que ele tratou por questões sociais, empresariais e ambientais, ou seja, é condição a ampliação do foco de atenção para diversas áreas científicas, por exemplo: ciências biológicas, sociais e agrárias, engenharia etc. A teoria de responsabilidade social possibilitou explorar, analisar e sintetizar o tema e as questões que ele incorpora.

O viés interdisciplinar conferiu a esta pesquisa relevância, uma vez que propõe uma discussão sobre as ações de responsabilidade socioambiental praticadas pelas empresas de grande porte do setor de celulose e papel atreladas a saberes de várias áreas do conhecimento. A verificação sobre quanto essas ações evoluíram ao longo do tempo em relação à sua atividade produtiva representa ainda interesse dos pesquisadores. Por conseguinte, este estudo objetivou examinar as repercussões das ações de RSA nas empresas brasileiras de grande porte do setor de celulose e papel.

### **Percorso metodológico**

Como a pesquisa examinou as repercussões das ações de RSA nas empresas de grande porte do setor de celulose e papel, a perspectiva adotada tornou-se promissora. Isto porque, para além de uma síntese simplificadora ou uma análise fragmentada (Leis, 2005), faz-se a exposição, integração e interação do conhecimento e das diferentes áreas que o abrigam (Pereira, 2009). Para tanto, para se produzir um novo conhecimento interdisciplinar é preciso pesquisar a partir da premissa de rigor, criticidade e profundidade (Fazenda; Varella; Almeida, 2014), compromisso assumido e efetivado.

No que diz respeito à sua natureza, a pesquisa se caracteriza como uma pesquisa aplicada, pois produz conhecimentos que possam ter aplicação prática e serem utilizados na solução de problemas ou superação de desafios relacionados aos investimentos em ações de RSA nas empresas de grande porte do setor de celulose e papel (Silva; Menezes, 2005).

A forma de abordagem do problema caracteriza a pesquisa como qualitativa, pois se interpretaram os fenômenos a serem investigados e atribuíram-lhes significados (Silva; Menezes, 2005). Além disso, o interesse manifesto foi priorizar a qualidade das informações coletadas de forma a detalhar suas características (Volpato, 2013).

Em se tratando de seus objetivos, a pesquisa assumiu o caráter descritivo, pois descreve os investimentos em ações de RSA nas empresas de grande porte do setor de celulose e papel e estabelece relações entre algumas variáveis (Silva; Menezes, 2005). O caráter descritivo que imprimiu à pesquisa se associa à coleta de informações sobre os conceitos ou as variáveis a que se referem (Sampiere, 2006). Assim, ao se selecionar uma amostra e retratar uma parte (empresas de grande porte do setor de celulose e papel) foi possível depreender resultados para o todo (Volpato, 2013). Ao se definir o caráter descritivo da pesquisa, objetivou-se a observação, registro e análise dos documentos publicados pelas empresas em tela, sem, contudo, adentrar-se no mérito dos conteúdos que tais documentos ensejam.

Os procedimentos técnicos ou estratégias de investigação caracterizam o estudo como uma pesquisa documental, pois foi elaborada a partir de materiais – no caso, relatórios contábeis - que não receberam tratamento analítico, que podem ser reelaborados, ou ainda que podem ser reinterpretados de modo a responder à pergunta de pesquisa (Gil, 2008). Há méritos em valer-se de pesquisa documental quando o tema envolve a área Contábil, pois é possível se “verificar fatos passados que possam ser úteis, não apenas como registro de memórias, mas também para ajudar no presente e vislumbrar tendências futuras” (Beuren; Raupp, 2010, p. 90).

### ***Definição da amostra – critérios de inclusão e exclusão***

As grandes empresas do setor de celulose e papel situadas no Brasil representam a população de interesse deste estudo, especificamente aquelas que têm publicados seus relatórios de sustentabilidade em meio eletrônico de livre acesso. O foco de atenção esteve concentrado

em seus relatórios anuais de sustentabilidade. Nestes termos, para a seleção da amostra do estudo foram adotados os seguintes critérios de inclusão quanto a tais relatórios: (a) publicados entre os anos de 2014 e 2016, (b) de empresas de grande porte, (c) do setor de celulose e papel e (d) que têm atuação e estão localizadas no território brasileiro.

Como critério de exclusão, documentos contábeis (a) de empresas que não publicaram relatório de sustentabilidade, (b) relatórios anuais de sustentabilidade publicados fora do período entre os anos 2014 e 2016 (c) de empresas multinacionais, (d) de empresas de porte médio, pequeno ou micro, (e) de empresas localizadas e com atuação fora do território brasileiro.

A partir da definição dos critérios de inclusão e exclusão, obteve-se como resultado a possibilidade de realizar a pesquisa com os relatórios anuais de sustentabilidade publicados por cinco empresas como amostra: Cenibra (Celulose Nipo-Brasileira S.A), Eldorado (Eldorado Brasil Celulose S.A.), Fibria (Fibria Celulose S.A), Klabin (Klabin S.A.) e Suzano (Suzano Celulose e papel S.A.).

### ***Procedimento de coleta e registro de dados***

Visando identificar aspectos de produção, investimentos ou diretrizes para o desenvolvimento sustentável que tendem a minimizar danos ocasionados pelos métodos de produção utilizados, todos os registros pertencentes aos relatórios de sustentabilidade foram essenciais. Na concepção de Severino (2017, p. 152) a coleta de dados é a “forma de registro e sistematização de dados, informações, colocando-os em condições de análise por parte do pesquisador”.

O procedimento de coleta foi feito entre os meses de agosto e novembro de 2018 e dividido em duas etapas.

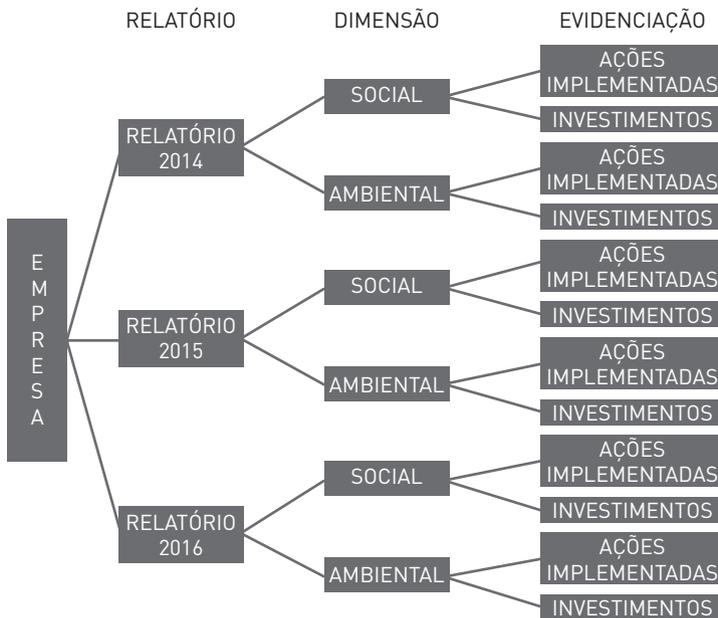
#### ***Etapa 1 – Busca pelos relatórios de sustentabilidade***

Nesta etapa, foram realizadas pesquisas em endereços eletrônicos de websites, com o propósito de compreender como as empresas

divulgavam os relatórios de sustentabilidade, e demais informações sociais e ambientais. Neste contexto, foi importante conhecer a atuação das empresas, histórico, abrangência nacional e principais produtos e serviços oferecidos.

As empresas disponibilizam os relatórios em seus sites oficiais, no formato de arquivo PDF. Os relatórios também podem ser encontrados em websites informativos e no site da empresa BM&F Bovespa publicados para fins econômicos.

Após o processo de busca, foram realizados downloads dos relatórios e armazenado num banco de dados. A partir disso, iniciou-se o estudo das informações e dados presentes nos relatórios elencados. O desenvolvimento dessa etapa ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2018. O processo de extração e organização dos dados na coleta seguiu o fluxo apresentado na Figura 1, a seguir.



**Figura 1. Fluxo de extração e organização dos dados**

Fonte: Dados da pesquisa.

Os relatórios foram organizados em pastas digitais com nome da empresa correspondente. A pesquisadora iniciou o estudo com a leitura prévia dos relatórios por empresa e em ordem de publicação, para conhecer suas estruturas e a forma de apresentação de dados. Dessa forma intensificaram-se as análises nas dimensões sociais e ambientais presentes nos relatórios, com o objetivo de identificar as ações e declarações implementadas pelas empresas. Esse processo foi essencial para avançar para próxima etapa da coleta de dados.

### ***Etapa 2 – Pesquisa documental***

O levantamento de informações referentes ao conteúdo de cunho ambiental e social presentes os relatórios anuais de sustentabilidade abordados nessa pesquisa, possibilitou a elaboração de uma Planilha para coleta dos dados utilizando a ferramenta Microsoft Excel, de acordo com as informações do Quadro 1, cujos elementos estão descritos no Quadro 2.

EMPRESA	201X							
CATEGORIAS	1	2	3	4	5	6	7	8
Subcategorias	Quantidade							

**Quadro 1. Planilha para coleta dos dados – Modelo**

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Tendo como base os conceitos e conhecimentos adquiridos sobre o tema, foi realizada a extração e tabulação de todo o conteúdo de cunho ambiental e social, representadas por informações de ações, programas e projetos, declarações, políticas e impactos relatados no relatório anual de sustentabilidade, separando-as por empresa. Neste estudo foram considerados os anos de 2014, 2015 e 2016.

Dessa maneira, seguindo a metodologia da Planilha para coleta de dados, no momento da coleta, as subcategorias foram classificadas por meio de cinco códigos que se referem à natureza da informação encontrada, conforme a descrição no Quadro 2.

<b>QLIGE</b>	Informações qualitativas genéricas (setor; informação genérica da empresa, como por exemplo, cita que possui ações educacionais, culturais ou esportivas, sem detalhar essas ações)
<b>QTIGE</b>	Informações quantitativas genéricas (setor)
<b>QLIESP</b>	Informações qualitativas específicas (da empresa)
<b>QTINAO</b>	Informações quantitativas não monetárias específicas (da empresa)
<b>QTIMON</b>	Informações quantitativas monetárias (R\$) específicas (da empresa)

**Quadro 2. Classificação das informações: qualitativas, quantitativas e suas derivações**

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Após classificar o conteúdo dos relatórios estudados em suas respectivas categorias, dentro da Planilha para coleta de dados foi realizada a compilação de dados, observando os critérios e princípios para realização da coleta e registro de dados. No momento da extração, transcrição e organização dos dados para a Planilha para coleta de dados, o conteúdo foi identificado e classificado. Esse processo ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2018.

### ***Procedimento de análise de dados***

Os dados coletados foram organizados em planilhas sínteses. A partir destas planilhas, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. Por meio dessa técnica de análise, buscou-se compreender as características, estruturas ou modelos que integram os documentos analisados (Camara, 2013). Bardin (2011) destaca que a concretude da análise de conteúdo implica na consecução de três fases: (a) pré-análise (fase de organização); (b) exploração do material (fase de codificação); (c) tratamento dos resultados a inferência e interpretação (fase de tornar os dados significativos e válidos).

Desta maneira, para compor a técnica de análise de dados foi realizada a pré-análise e a codificação das ações, dentro da Planilha para coleta de dados, por meio de categorias que ajudaram a evidenciar o conteúdo social e ambiental declarados pelas empresas e pu-

blicadas nos relatórios de sustentabilidade estudados. As categorias e subcategorias facilitam o entendimento de programas e projetos realizados e revelam a dimensão (social, ambientais ou ambas) que elas propagam com investimentos, além de padronizar os dados entre as empresas estudadas, como mostra o Quadro 3.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
1. Comunidade	Programas de voluntariado; Patrocínio a projetos de saúde pública; Relações com povos indígenas; Doações de recursos para entidades de utilidade pública ou OSCIP; Apoio à educação; Apoio à habitação e à alimentação; Apoio à cultura; Apoio a atividades esportivas; Relacionamento com <i>stakeholders</i> ; Decisões ou multas relacionadas com a comunidade local e Investimentos de caráter social.
2. Diversidade	Número de mulheres e negros na força de trabalho; Proporção de salário base entre homens e mulheres; Contratação de pessoas com deficiência e Não discriminação contra minorias.
3. Relações com empregados	Número de funcionários, tempo de serviço na empresa e faixas etárias; Remuneração dos funcionários (média e/ou total); Relações sindicais ou com órgãos de classe; Programas de incentivo à cultura; Educação e treinamento dos funcionários; Saúde, higiene e segurança no local de trabalho; Acidentes de trabalho, doenças ocupacionais, absenteísmo e óbitos; Aposentadoria e planos de previdência complementar (ou privada); Auxílio à creche e a bolsa de estudos para filhos de funcionários; Suporte a maternidade e paternidade; Taxa de rotatividade e política de demissão; Participação dos trabalhadores nas decisões gerenciais; Satisfação profissional e motivação dos funcionários.
4. Políticas Ambientais e Sistemas de Gerenciamento Ambiental	Declaração das políticas, práticas, ações atuais; Estabelecimento de metas e objetivos ambientais; Certificação ou <i>compliance</i> com leis e normas ambientais; Prêmios e participações em índices ambientais; Participação em organizações ambientalistas; Relacionamento ambiental com <i>stakeholders</i> ; Gestão (de riscos) ambiental; ISOs 14000; Indicadores de desempenho ambiental; Avaliação incluindo parecer independente e Programas de Qualidade - ISO 9000,9001e FSC.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
5. Impactos dos Produtos e Processos no Meio Ambiente	Desperdícios e resíduos; Vazamentos, derramamentos e terra utilizada; Emissão de Gases do Efeito Estufa (GEE); Emissão de substâncias destruidoras da camada de ozônio; Reciclagem e Uso eficiente e/ou reutilização da água.
6. Políticas de Energia	Desenvolvimento ou exploração de novas fontes de energia; Utilização de resíduos materiais para a produção de energia; Consumo de energia proveniente de fontes renováveis e Esforços da empresa para reduzir o consumo de energia.
7. Educação ambiental e Pesquisas	Educação ambiental (internamente e/ou comunidade) e Apoio às pesquisas relacionadas ao meio ambiente.
8. Outras Informações Ambientais	Menção relativa ao desenvolvimento sustentável; Gerenciamento de florestas e/ou reflorestamento; Preservação da biodiversidade e de recursos naturais; Investimentos ambientais; Custos e/ou despesas ambientais e Passivos ambientais.

**Quadro 3. Estrutura e codificação conceitual para levantamento das informações sociais e ambientais**

Fonte: Adaptado de Rover e Santos (2014).

As oito categorias e subcategorias apresentadas no Quadro 03 foram elaboradas à medida que os estudos avançavam em meio aos relatórios analisados, desta forma, é possível dizer que elas representam, compilam e abrangem as informações socioambientais listadas no período pesquisado.

## Resultados

Os resultados desta seção estão apresentados em duas subseções: análise de informações sociais e ambientais consolidada de informações sociais e ambientais, retiradas dos relatórios de sustentabilidade das cinco em empresas estudadas (Cenibra, Eldorado, Fibria, Klabin e Suzano) entre os anos de 2014, 2015 e 2016.

***Análise de informações sociais e ambientais por empresa***

Para apresentar as informações de cunho ambiental e social retiradas do relatório de sustentabilidade por empresa, optou-se por calcular a quantidade de informações socioambientais correspondentes aos três anos investigados. A quantidade anual em cada categoria representa o total de informações presentes nas subcategorias das cinco empresas que compõem este estudo, sendo elas: Cenibra, Eldorado, Fibria, Klabin e Suzano, conforme a Tabela 1.

Categorias	Quantidade de informações sociais e ambientais por Categoria		
	2014	2015	2016
Comunidade	67	100	100
Diversidade	8	8	6
Relações com empregados	88	71	68
Políticas Ambientais e Sistemas de Gerenciamento Ambiental	65	77	82
Impactos dos Produtos e Processos no Meio Ambiente	48	51	40
Políticas de Energia	11	13	9
Educação ambiental e Pesquisas	27	22	12
Outras Informações Ambientais	65	91	67

**Tabela 1. Quantidade de informações sociais e ambientais das empresas estudadas entre os anos de 2014, 2015 e 2016 evidenciadas por categorias**

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Percebe-se que a maior quantidade de informações sociais e ambientais das empresas estudadas diz respeito à categoria Comunidade que no ano de 2015 e 2016 apresentou igualmente 100 registros de investimentos ou declarações de cunho social. Na sequência, a categoria Outras informações Ambientais, no ano de 2015 teve o total de 91 ações ou menções ambientais.

Outra quantidade expressiva foi nas categorias: Relações com empregados, que no ano de 2014 apresentou 88 informações sobre ações e declarações de cunho social, e Políticas ambientais e Siste-

mas de Gerenciamento Ambiental com 82 registros no conteúdo dos relatórios de sustentabilidade das empresas nos anos estudados. Em contrapartida, a categoria com menor quantidade anual encontrada nos relatórios das cinco empresas pesquisadas foi a de Diversidade, que no ano de 2016 teve somente 6 registros de informações sociais entre as subcategorias expostas na Tabela 1.

Os resultados mostraram que as categorias sociais: Comunidade e Relações com empregados tiveram quantidade expressivas nas declarações e ações frente às demais categorias desse cunho. Os achados que corroboram com o que foi encontrado nessa pesquisa, são referentes ao estudo de Di Domenico *et al.*, (2015), que destaca como principais ações sociais por parte das empresas a prevenção e a melhoria da saúde dos colaboradores e, por extensão, da sociedade, como também as práticas voltadas a benefícios e treinamentos aos colaboradores.

As práticas citadas são contempladas e se enquadram nas subcategorias deste estudo, indo ao encontro dos achados nos resultados dos estudos de Silveira e Pfitscher (2013), para demonstrar seu papel social as empresas buscam divulgar seus investimentos com ações voltadas para o quadro de colaboradores e comunidade. Entre esses investimentos cabe destacar: educação, alimentação e saúde. Com isso, além de expor sua contribuição social, a empresa que investe pode ser reconhecida e atrair mais clientes, resultando em ganhos futuros. Vale ressaltar que com essas ações, investimentos e declarações sociais, as empresas acabam identificando e prevendo futuras implicações em diversos aspectos que podem afetar sua reputação e influenciar de forma negativa o percurso da sua atividade econômica (Camilo; Maia; Xavier, 2016).

Pereira *et al.*, (2017) em seus achados, encontraram maiores níveis de divulgação, referente às demais, na categoria “Políticas Ambientais e Sistemas de Gerenciamento Ambiental” que em seus estudos representam duas categorias isoladas. Observa-se que nos estudos de Gubiane, Santos e Beuren (2012) e Rover, Borba, Murcia e Vicente (2008) a categoria sobre “políticas ambientais” apresenta maior evidência na dimensão ambiental abordada em meio às suas pesquisas. Dessa forma, os resultados encontrados nos estudos citados corroboram com

os que foram encontrados entre as categorias ambientais. Notou-se que as empresas procuram divulgar seus sistemas de gestão, informações ambientais, ações, iniciativas e inovações em prol ao meio ambiente para revelar seus feitos podendo gerar vantagens competitivas e assumir compromissos com o meio ambiental (Clarkson *et al.*, 2013).

Em relação à quantidade anual por categoria, pode-se afirmar que existe uma quantidade parecida entre os três anos analisados. Por mais que os investimentos se mostrem crescentes e contínuos, o ano de 2015 comparado com os demais (2014 e 2016) teve uma quantidade relativamente maior, considerando a totalidade, somando às categorias. Outro fato que influencia diretamente no resultado encontrado é a quantidade geral de informações sociais e ambientais extraídas dos relatórios de sustentabilidade divulgados pelas cinco empresas que fazem parte dessa pesquisa. Pereira *et al.*, (2017) e Gubiane, Santos e Beuren (2012) também acharam pouca evidência nas categorias de cunho social e ambiental utilizadas em seus estudos e mencionaram a dificuldade na evidência de seus dados por falta de qualidade nas informações e divulgações. Os estudos citados analisaram as informações divulgadas pelas empresas sobre questões ambientais, nesse aspecto, os achados desta pesquisa referente à dimensão ambiental se mostram semelhantes.

A Tabela 2 especifica a codificação e identificação das empresas.

<b>Código</b>	<b>Empresa</b>
<b>A</b>	CENIBRA
<b>B</b>	ELDORADO
<b>C</b>	FIBRIA
<b>D</b>	KLABIN
<b>E</b>	SUZANO

**Tabela 2. Codificação e Identificação das empresas**

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A Tabela 3 informa as quantidades de informações sociais e ambientais por empresa. Com isso, será possível observar os resultados e discussões de forma mais distinta e assertiva.

Categorias	Empresas					Quantidade total
	A	B	C	D	E	
Comunidade	111	34	52	19	51	267
Diversidade	3	3	11	2	3	22
Relações com empregados	62	49	46	26	44	227
Políticas Ambientais e Sistemas de Gerenciamento Ambiental	82	27	52	14	49	224
Impactos dos Produtos e Processos no Meio Ambiente	37	17	30	16	39	139
Políticas de Energia	9	3	11	3	7	33
Educação ambiental e Pesquisas	12	13	14	13	9	61
Outras Informações Ambientais	64	37	48	20	54	223
Total	380	183	264	113	256	1196

**Tabela 3. Evidenciação das categorias sociais e ambientais por empresa**

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

De acordo com os dados analisados, a quantidade total de informações sociais e ambientais foi de 1.196 extraídas dos 15 relatórios de sustentabilidade analisados, sendo três relatórios por empresa referente aos anos de 2014, 2015 e 2016. As empresas fazem parte do setor de papel e celulose e divulgam as informações em seus sites por meio de relatórios anuais.

A empresa com maior volume de informações sociais e ambientais, somando as oito categorias formuladas foi a empresa “A”, Cenibra, com quantidade total de 380 informações, representando mais de 31% no total geral. Lugoboni *et al.*, (2013) em seus achados constataram que a Cenibra realizou a divulgação de suas práticas socioambientais nos relatórios de sustentabilidade em todos os anos, dentro do período analisado (de 2008 a 2011) e apresentou o maior percentual de divulgação no Balanço Social – Modelo Ibase no período.

Na sequência, a empresa Fibria, representada pela nomenclatura “C” apresentou a segunda maior quantidade dentro dos critérios formulados nesse estudo, totalizando 264 relatos sobre práticas e menções de cunho social e ambiental, representando mais de 22% no total geral. As empresas: “E” (Suzano) e “B” (Eldorado) apresentaram quantidades e percentuais bem próximos. Suzano com quantidade

total de 256 representando um pouco mais de 21% e Eldorado com quantidade total de 185, representando mais de 15% também no total geral das categorias formuladas e do período investigado.

Em oposição, a empresa que apresentou a menor quantidade frente às demais foi a “D”, referente à empresa Klabin, com quantidade total de 115, representando um pouco mais de 9% no total geral. O percentual mostra-se aproximado com o que foi destacado em um dos resultados da pesquisa de Lugoboni *et al.*, (2013), Klabin destaca-se pelo baixo percentual médio de divulgação, entre os anos de 2008 e 2011, apenas 8% de divulgação dos indicadores sociais, indo ao encontro dos achados de Pires e Silveira (2008) que evidenciaram por meio de uma análise individual por empresa que Klabin foi uma das empresas que apresentou menor número de informações ambientais nos relatórios e notas explicativas do último ano pesquisado (2006).

Já na pesquisa de Borges, Rosa e Ensslin (2010), constatou-se que apenas a Klabin obteve 100% de divulgação em práticas ambientais nos documentos estudados. A divergência entre os achados de Pires e Silveira (2008) e os resultados encontrados nessa pesquisa, pode ser justificada pela disparidade de conteúdos analisados (as pesquisas citadas tratam somente de questões ambientais, já a presente pesquisa aborda aspectos ambientais e sociais), o período estudado é diferente em cada pesquisa, a quantidade de empresas estudadas e os documentos que compõem a análise e as categorias formuladas são diferentes.

## **Considerações finais**

Na finalização do estudo percebeu-se que as empresas criam programas e projetos que contemplam diversos aspectos socioambientais para transparecer seu compromisso com a sociedade e o meio ambiente. Pode-se afirmar que tais programas, principalmente no meio ambiental, estão relacionados à sua atividade socioeconômica.

As informações socioambientais nos relatórios de sustentabilidade referentes a ações e declarações foram quantificadas e divididas em duas subseções: análise de informações sociais e ambientais por

empresa e análise do conteúdo presente nas categorias formuladas. Após isso, foram apresentadas as evoluções anuais das ações sociais e ambientais por meio de gráficos por empresa no período estudado.

Constatou-se que, na dimensão social, as empresas que mostraram evolução gradativa durante os anos de 2014, 2015 e 2016 na quantidade de ações sociais foram a Cenibra e a Eldorado. As demais apresentaram simultaneamente variações oscilantes decrescentes e crescentes, conforme verifica-se nas Figuras 07, 08 e 09. Na dimensão ambiental, as empresas estudadas não demonstraram evolução crescente na quantidade de ações ambientais ao longo dos anos analisados. Portanto, pode-se constatar que todas as empresas apresentaram variações crescentes e decrescentes na quantidade de ações ambientais, ao longo do período estudado.

Em síntese e em resposta à pergunta de pesquisa do estudo, constata-se que as repercussões das ações de responsabilidade socioambiental promovidas pelas empresas do setor de papel e celulose pesquisadas, decorrem do esforço que as mesmas exercem para conservar sua imagem frente aos *stakeholders*, melhorar a qualidade de vida de seus colaboradores e comunidade, compensar danos provocados ao meio ambiente por meio de suas atividades socioeconômicas, investir em educação, cultura, saúde, zelar pela segurança no local de trabalho e gerenciar florestas.

A produção do conhecimento ora proposto pode contribuir à sociedade, na medida em que evidencia as ações de RSA implementadas nas organizações, oportunizando à sociedade maior consciência a respeito dos Programas e Projetos desenvolvidos. Tal fato representa contribuição se consideradas sugestões de melhoria, acompanhamento e fiscalização, para que haja êxito no cumprimento das ações socioambientais propostas.

Para as empresas e o meio acadêmico, o conhecimento produzido no referido trabalho, possibilita dar visibilidade a Programas e Projetos de cunho social e ambiental, a constituição das subcategorias, a comparação e evolução dos resultados obtidos por meio da quantidade numérica de ações, presentes em cada subcategoria, que

possibilitou elencar a representatividade por empresa em cada item listado. Espera-se, portanto, que a partir do referido trabalho novas pesquisas possam ser realizadas na área, de forma aprofundada e abrangente. Também se presume que as empresas em questão, poderão aprimorar suas práticas socioambientais.

Numa perspectiva interdisciplinar ampliada, buscou-se a abrangência do tema em questão, pois o objeto de interesse trilha e compreende as esferas econômicas, sociais, ambientais, agrárias, biológicas, entre outras. Tal fato pode, em alguma medida, estimular outras ou mais ações responsivas às demandas da sociedade e do meio ambiente, considerando sua complexidade no que diz respeito à RSA por parte de empresas de médio e pequeno porte também.

As limitações da pesquisa estiveram presentes, ainda que os critérios metodológicos estabelecidos fossem seguidos rigidamente. A falta de padronização das informações presentes nos relatórios limitou a comparação e busca de dados que foram divulgados nos relatórios de sustentabilidade. A amostra envolveu apenas as empresas listadas no ranking das cinco maiores empresas de grande porte do setor de papel e celulose, com atuação expressiva no Brasil, publicado em 2016 pela *Revista Exame*. Logo, a produção de conhecimento não pode ser ampliada para demais setores empresariais. Diante do exposto, foram analisados somente os Relatórios de Sustentabilidade entre os anos de 2014, 2015 e 2016.

Sugerem-se para futuros estudos, avaliação dos impactos que as emissões de Gases do Efeito Estufa, o uso de energia não renovável, e os derramamentos e vazamentos que as empresas relatam nos relatórios estudados, podem trazer para a sociedade e para o meio ambiente. Este estudo poderá ainda ser aprofundado com análise de todas as empresas do segmento, visando comparar resultados e aprofundar as particularidades ou especificidades. E por fim, sugere-se a normatização da evidência ambiental, de forma obrigatória, que regulamente a padronização das informações que compõem o relatório e a conciliação desses dados em demais documentos contábeis.

**Agradecimentos:** Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação de Santa Catarina – Fapesc (Termo de Outorga 2019TR70) pelo apoio.

## Referências

ABREU, Mônica Cavalcanti Sá de. *et al.* Avaliação da influência dos stakeholders na proatividade ambiental de empresas brasileiras. **Revista de Contabilidade e Organizações**. v. 17, n. 17 p. 22-3, jan/abr, 2013. Disponível em: <http://bit.ly/3nigH8t>. Acesso em: 30 abr. 2017.

BARBIERI, José Carlos. *et al.* Inovação e sustentabilidade: novos modelos e proposições. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 50, n. 2, p. 146-154, abr./jun, 2010. Disponível em: <http://bit.ly/3o0eRKH>. Acesso em: abr. 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEUREN, Maria Ilse; RAUPP, F. M. Metodologia da pesquisa aplicada às Ciências Sociais. *In*: BEUREN, Maria Ilse (Org.) **Como Elaborar Trabalhos Monográficos em Contabilidade**. São Paulo: Atlas, 2010.

BORGES, Ana Paula; ROSA, FabríciaSilva da; ENSSLIN, Sandra Rolim. **Evidenciação voluntária das práticas ambientais**: um estudo nas grandes empresas brasileiras de papel e celulose. *Production*, v. 20, n. 3, p. 404-417, 2010.

CÂMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais**: Revista Interinstitucional de Psicologia, v. 6, n. 2, p. 179-191, 2013.

CAMILO, Sílvio Parodi Oliveira; MAIA, Andrei Giovani; XAVIER, Wlamir Gonçalves. Implicações da Responsabilidade Social Corporativa na Estratégia Organizacional: Um Ensaio Teórico. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 1, p. 1-14, 2016.

CLARKSON, Peter M. *et al.* The relevance of environmental disclosures: Aresuch disclosures incrementally informative? **Journal of Accounting and Public Policy**, v. 32, n. 5, p. 410-431, 2013.

COLARES, Ana Carolina Vasconcelos *et al.* O balanço social como indicativo socioambiental das empresas do Índice de Sustentabilidade Em-

presarial da BM&F Bovespa. **Revista de contabilidade do mestrado em ciências contábeis da UERJ**, v. 17, p. 83-100, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/37ZgYcf>. Acesso em: 30 abr. 2017.

DI DOMENICO, Daniela; LAVARDA, Carlos Eduardo Facin. Características das empresas de capital aberto e os indicadores da contabilidade de gestão ambiental (CGA). *In*: Congresso Brasileiro de Custos ABC, 8; 2013, Uberlândia. **Anais...** Uberlândia, 2013.

FAZENDA, Ivani Catarina Arantes; VARELLA, Ana Maria Sanchez; ALMEIDA, Telma Teixeira. O. Interdisciplinaridade: tempo, espaços, proposições. **Revista e-Curriculum**, v. 11, n. 3, p. 847-862, 2014.

GUBIANE, Clésia Ana; SANTOS, Vanderlei; BEUREN, Ilse Maria. Disclosure ambiental das empresas de energia elétrica listadas no índice de sustentabilidade empresarial (ISE). **Revista sociedade, contabilidade e gestão**, v. 7, n. 2, p. 7-23, jul./dez. 2012.

IBÁ. Indústria Brasileira de Árvores. **Relatório Ibá 2015**. Pöyry Consultoria em Gestão e Negócios Ltda. 2015.

ITANI, Alice; REI, Fernando; TOMELIN, Nelson Júnior. Gestão integrada em saúde do trabalho e meio ambiente. São Paulo: **Rev. Bras. Farm.** v. 92, n. 3, p. 111-117, 2008.

LEIS, Héctor Ricardo. Sobre o conceito de interdisciplinaridade. **CADERNOS DE PESQUISA INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS HUMANAS**, v. 6, n. 73, p. 2-23, 2005.

LUGOBONI, Leonardo Fabris. *et al.* Análise dos relatórios de sustentabilidade das indústrias de papel e celulose/Analysis of sustainability reports of pulp and paper industries. **Revista Metropolitana de Sustentabilidade**. v. 3, n. 3, p. 66-88, 2013.

MAIMON, Dália. Eco-estratégia nas empresas brasileiras: realidade ou discurso? **Revista de Administração de Empresas**, v. 34, n. 4, p. 119-130, 1994.

NASCIMENTO, Lucélia Lima; MONTENEGRO, Ludmila Meyer. Responsabilidade socioambiental: um estudo no setor de cerâmica vermelha de Itabaiana-SE. **Amazônia, Organizações e Sustentabilidade**, v. 4, n. 2, p. 147-172. 2016.

PEREIRA, Isabel Brasil. Interdisciplinaridade. *In*: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César. (org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2009. Disponível em: <http://bit.ly/3hsi8yF>. Acesso em: 30 maio 2017.

PEREIRA, Rennan Marreiro. *et al.* Disclosure socioambiental das empresas brasileiras de capital aberto listadas no índice de sustentabilidade empresarial. **Revista de administração e contabilidade-RAC**. v. 16, n. 32, 2017.

PERRENOUD, Philippe. **Desenvolver competências ou ensinar saberes? A escola que prepara para a vida**. Tradução de Laura Solange Pereira. Porto Alegre: Penso, 2013.

PIRES, Charline Barbosa; SILVEIRA, Fabiana Costa da Silva. A evolução da evidenciação das informações ambientais de empresas do setor de celulose e papel: uma análise de conteúdo das notas explicativas e relatórios de administração. **ConTexto**, v. 8, n. 13, 2008.

RIBEIRO, Maísa de Souza. Uma Reflexão sobre as Oportunidades para a Contabilidade Ambiental. **Revista de Contabilidade do Mestrado em Ciências Contábeis da UERJ**. v. 17, Ed. Especial, p. 6-17, out. 2012. Disponível em: <https://bit.ly/38Hj93a>. Acesso em: 29 abr. 2017.

ROVER, Suliani. *et al.* Divulgação de informações ambientais nas demonstrações contábeis: um estudo exploratório sobre o disclosure das empresas brasileiras pertencentes a setores de alto impacto ambiental. **Revista de contabilidade e organizações**, v. 3, n. 2, p. 53-72, mai./ago. 2008.

ROVER, Suliani; SANTOS, Ariovaldo. Revisitando os determinantes do disclosure voluntário socioambiental no Brasil: em busca de robustez na mensuração da variável socioambiental. **CONTABILOMETRIA - Brazilian Journal of Quantitative Methods Applied to Accounting**, v. 1, n. 2, p. 15-35, 2014. Disponível em: <http://bit.ly/3pBX6So> Acesso em: 30 jan. 2019.

SAMPIERE, R. *et al.* **Metodologia de pesquisa: formulação de hipóteses**. 3. ed. São Paulo: Mcgraw-hill Interamericana, 2006, p. 583.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 24. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

SILVA, Carlos Alberto Farina; BUENO, Jefferson Mendes; NEVES, Manoel Rodrigues. **A indústria de celulose e papel no Brasil**. Disponível em: <https://bit.ly/3py8Ghi>. Acesso em: 29 out. 2017.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera. A pesquisa e suas classificações. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis, UFSC, 2005.

SILVEIRA, Maria Luíza Gesser *et al.* Responsabilidade Socioambiental: estudo comparativo entre empresas de energia elétrica da região sul do Brasil. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 3, n. 2, p. 177-195, 2013.

SINDHI, Sumita. *et al.* Corporate environmental responsibility - transitional and evolving, **Management of Environmental Quality: An International Journal**, v. 23, Ed. 6 p. 640-657, may. 2012. Disponível em: <http://bit.ly/2KKRWo8>. Acesso em: 30 mar. 2017.

SOUSA, Susano Pereira; BATISTA, Fabiano Ferreira; RÊGO, Thaiseany. Evidenciação das práticas ambientais: um estudo nas empresas do segmento de celulose e papel registradas na Bovespa. *In*: Congresso Brasileiro de Custos ABC, 36; 2012, Bento Gonçalves. **Anais**. Bento Gonçalves, 2012.

VEIGA, José Eli. **A Emergência Socioambiental**. São Paulo: Editora SENAC, 2007.

VOLPATO, Gilson Luiz. **Ciência: da filosofia à publicação**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2013. 377p.



# 3. MANEJO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE PELOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE UM MUNICÍPIO DA SERRA CATARINENSE

*Aline Soares Salvador*

*Lenita Agostinetta*

*Ana Emília Siegloch*

## Introdução

O adequado gerenciamento dos resíduos gerados pelos estabelecimentos de saúde é fundamental para a promoção da saúde, qualidade de vida e preservação do meio ambiente. Sendo assim, faz-se necessário que os gestores das esferas municipais, estaduais e federais busquem se aprimorar sobre a gestão de resíduos de serviços de saúde (RSS) para colocar em prática as normatizações e legislações brasileiras vigentes (Oliveira *et al.*, 2014).

O manejo de RSS é definido como todas as ações de gerenciamento de resíduos, tanto dentro como fora dos estabelecimentos de saúde, esse vai desde o momento em que são gerados até a disposição final (Brasil, 2006). Assim sendo, todos os profissionais que realizam ações voltadas ao manejo de resíduos são responsáveis por sua correta identificação, segregação, acondicionamento, tratamento intermediário, transporte interno, armazenamento temporário, armazenamento externo, tratamento final e disposição (destinação), etapas essas que contemplam o manejo de resíduos e devem constar no plano de gerenciamento do estabelecimento de saúde (Oliveira *et al.*, 2018).

A preocupação com o gerenciamento dos RSS pode ser considerada recente no contexto hospitalar e na prestação de serviços de saúde. Após a publicação da RDC nº 306/04 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (Brasil, 2004) e da Resolução nº

358/05 do Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama) (Brasil, 2005), este tema se tornou de grande relevância, porém ainda está em fase de amadurecimento no país. Ambas as resoluções foram compactuadas entre si para melhor atender as necessidades dos profissionais envolvidos no manejo dos RSS (Oliveira *et al.*, 2018).

De acordo com a RDC Anvisa nº 306/04 e a Resolução Conama nº 358/2005, são definidos como Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) todos os resíduos produzidos nos serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo, entre outros (Brasil, 2004, 2005).

Recentemente a Anvisa publicou a Resolução – RDC Nº 222/2018, que regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde (Brasil, 2018). Dentro das suas principais mudanças a nova resolução define os serviços geradores de RSS e ampliou a lista contida na resolução anterior, incluindo os salões de beleza e estética. Além disso, a resolução apresenta também instruções para o descarte de equipamentos de proteção individual (EPIs), ampliação da lista de resíduos que podem ser classificados no Grupo D, permissão para separação do conjunto seringa-agulha, e a nomenclatura atualizada para a disposição final, que passou a ser “disposição final ambientalmente adequada” (Brasil, 2018). Outra informação importante é que as embalagens vazias de medicamentos devem ser descartadas como rejeitos e não precisam de tratamento prévio à sua destinação (Brasil, 2018).

No Estado de Santa Catarina, o Conselho Estadual do Meio Ambiente – Consema e a Diretoria de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde DIVS/SC elaboraram uma Resolução conjunta de nº 01/13, a qual estabelece a obrigatoriedade de elaboração e apresentação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e seus documentos complementares, como documento oficial para os estabelecimentos geradores desses tipos de resíduos, atendendo as exigências da resolução da RDC Anvisa nº 306/04, sendo que o PGRSS deve ser cadastrado na plataforma via online (Santa Catarina, 2013).

O PGRSS é o documento que aponta e descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características e riscos, no âmbito dos estabelecimentos, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde e ao meio ambiente (Brasil, 2006).

Cabe ao responsável pelo estabelecimento gerador implementar um PGRSS, baseando-se em normas científicas e de acordo com as legislações vigentes, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos, bem como dar a disposição final segura e adequada, visando a proteção dos funcionários, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente (Garcia; Ramos, 2004; Garcia *et al.*, 2017; Ribeiro *et al.*, 2017).

O inadequado gerenciamento de RSS contribui para a ocorrência de problemas sanitários, pois servem de abrigo para vetores de doenças e contaminação do solo e água (Silva *et al.*, 2017; Souza *et al.*, 2017). Aproximadamente um quarto do total da incidência de doenças no mundo ocorrem devido às modificações ambientais, sendo que as doenças mais frequentes são a diarreia e as infecções respiratórias que estão vinculadas à poluição da água e do ar, pois alguns microrganismos presentes nos RSS possuem capacidade de persistência ambiental, como a *Mycobacterium tuberculosis*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* e os vírus da hepatite (Souza *et al.*, 2017).

Outro problema que merece destaque é o risco ao profissional ao manejar esses resíduos, pois quando manuseados de forma incorreta podem acarretar acidentes de trabalho que podem ser tanto com materiais biológicos quanto com perfurocortantes (Brasil, 2006; Garcia; Ramos, 2004; Garcia *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2017).

Os RSS perfurocortantes trazem uma maior preocupação quanto aos riscos aos profissionais da saúde, devido ao potencial de causar infecções, pois podem possibilitar o contato do profissional com alguns patógenos de transmissão sanguínea, como vírus das hepatites B e C e o HIV (Alves *et al.*, 2018).

O profissional da saúde trabalha diretamente com todas as etapas do manejo de RSS em suas diferentes classes (biológicos, químicos, perfurocortantes etc), no entanto, na maioria das vezes não possui conhecimento sobre o gerenciamento adequado (Amarante; Rech; Siegloch, 2017). Portanto, o processo de conscientização dos profissionais de saúde se baseia no entendimento de que para a transformação de uma cultura, necessita-se de mudança de comportamento, resultando, assim, em uma nova forma de conscientização para ações ambientalmente adequadas e apropriadas (Garcia *et al.*, 2017).

O enfermeiro vem sendo frequentemente designado para a gestão administrativa das Unidades de Saúde por compreender a complexidade e a organização desses serviços, incluindo o gerenciamento dos RSS. Assim, o conhecimento sobre os aspectos normativos referentes à gestão destes resíduos é fundamental para que o enfermeiro possa avaliar as condições do local de trabalho, capacitar a sua equipe e conscientizar todos os demais profissionais quanto aos riscos inerentes ao manejo e ao descarte adequado dos diferentes tipos de RSS (Moreira; Gunther, 2016).

No estado de Santa Catarina ainda são incipientes dados sobre gestão de RSS. Uma pesquisa realizada no município de Lages-SC, abrangendo uma unidade hospitalar, três UBS e dois locais de tratamento e destino final dos resíduos encontrou diversas irregularidades em todas as etapas do gerenciamento (geração, segregação, armazenamento, transporte e descarte) de RSS, reflexo da falta de capacitação e conscientização tanto dos gestores dos órgãos geradores de resíduos, como dos órgãos fiscalizadores e prestadores de serviços, envolvendo também os profissionais que diretamente fazem parte do processo (Amarante; Rech; Siegloch, 2017).

Deste modo, considerando que os RSS necessitam de cuidados especiais desde o momento que são gerados até o descarte final, a presente pesquisa teve como objetivo caracterizar as práticas adotadas pelos enfermeiros no manejo de resíduos de serviços de saúde na atenção primária de um município da Serra Catarinense.

## **Percurso metodológico**

Trata-se de um estudo de campo descritivo de abordagem quantitativa com a finalidade de caracterizar as práticas adotadas pelos enfermeiros durante o manejo de RSS na atenção primária. Salienta-se que esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Planalto Catarinense com certificado de apreciação ética nº 2.835.619.

O estudo foi realizado em um município de médio porte da Região Serrana do Estado de Santa Catarina, Sul do Brasil, com população de aproximadamente 157.743 habitantes (IBGE, 2018), referência regional em prestação de serviços de saúde nos níveis de complexidade média e alta, contando com 31 unidades básicas de saúde e 49 equipes da estratégia da saúde da família (ESF) coordenadas por enfermeiros.

A população do estudo foi constituída pelos profissionais enfermeiros que atuam nas unidades básicas de saúde do município da Serra Catarinense, totalizando 49 equipes da estratégia da saúde da família (ESF), sendo selecionado um enfermeiro por cada equipe de ESF. A escolha dos sujeitos foi atrelada à responsabilidade deste profissional frente ao gerenciamento de resíduos e a elaboração do plano de gerenciamento dos RSS. Desta forma, participaram efetivamente deste estudo 41 enfermeiros que se enquadraram nos critérios de seleção da pesquisa e aceitaram participar assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), os outros oito profissionais da ESF não estavam presentes no momento da coleta de dados que ocorreu durante a educação permanente dos enfermeiros (EP).

A EP, que reúne mensalmente todos os profissionais enfermeiros que atuam nas 49 equipes da saúde da família para realizar capacitações permanentes referente às suas atividades e responsabilidades, ocorreu no auditório nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde do município. A aplicação do instrumento de coleta aconteceu em agosto de 2018, após contato prévio com a coordenação da atenção primária à saúde do município que disponibilizou

um período de 40 minutos durante EP, tendo em vista a relevância do tema. Os participantes foram informados sobre a realização da pesquisa, sua finalidade, justificando o motivo pelo qual se deu a escolha dos sujeitos, em espaço cedido pela coordenação para o preenchimento do instrumento de coleta de dados.

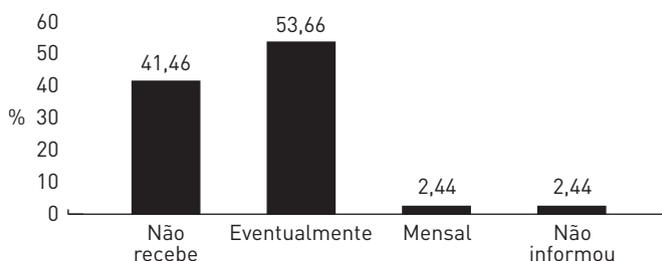
O instrumento de coleta de dados se deu por meio da aplicação de um questionário autoaplicável adaptado de Amarante (2015) com questões fechadas, elaborado com base na RDC 306/2004 e RDC 222/2018 que visa identificar os procedimentos gerenciais, operacionais e o levantamento de dados quantitativos sobre a forma adotada para o manejo dos RSS nas unidades de saúde do município.

Com os dados obtidos através do instrumento de coleta os mesmos foram organizados em planilhas do Programa Excel®. Após a organização do banco de dados, esses foram submetidos aos procedimentos estatísticos descritivos e os resultados apresentados em figuras.

## **Resultados**

A população do estudo representa 85,37% do total de enfermeiros gestores das unidades básicas de saúde, sendo que a sua grande maioria correspondeu ao sexo feminino (92,68% dos participantes), na faixa etária de 21 e 34 anos (73,17%) e que apresentam tempo de serviço de um a cinco anos (24,39%) na atenção primária à saúde do município da região serrana de Santa Catarina.

Cerca de 87,80% dos sujeitos informaram ter algum conhecimento frente aos procedimentos de descarte de resíduos previstos na legislação e no que se refere à frequência de capacitação referente ao descarte de RSS 41,46% dos sujeitos relataram não receber nenhuma capacitação, 53,66% recebem capacitações esporadicamente e apenas 2,44 % recebem capacitações sobre o assunto pelo menos uma vez ao mês (Figura 1).



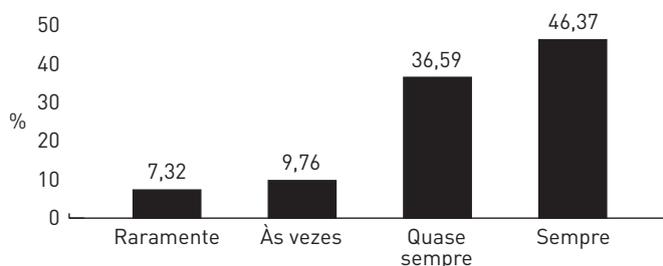
**Figura 1. Frequência em que são realizadas capacitações sobre o descarte de resíduos de serviços de saúde relatados pelos enfermeiros da atenção básica de um município de médio porte da região serrana de SC**

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Quanto à identificação das lixeiras, 56,10% dos participantes disseram que todas são identificadas corretamente e 100% dos sujeitos afirmaram que o descarte de resíduos biológicos ocorre em saco de lixo branco e leitoso. Sobre o armazenamento dos perfurocortantes, 60,98% relataram que os coletores permanecem em local próprio, ou seja, um depósito destinado para armazenamento dos RSS para a coleta por empresa específica.

Um percentual de 51,22% de participantes informou que não há lixeira diferenciada para recicláveis nas UBS e 39,02% realizam o descarte de material reciclável em lixo comum. Sobre a empresa responsável pela coleta dos RSS, 85,37% tem conhecimento que há apenas uma empresa que desenvolve esse trabalho de transporte até a disposição final de resíduos e apenas 7,32% acreditavam ser a prefeitura responsável pela coleta.

Os enfermeiros mencionaram a importância da utilização dos equipamentos de proteção individual (EPIs) para manuseio de RSS e descarte, no entanto, somente 43,34% utilizam sempre o EPIs, os demais disseram que raramente, às vezes ou quase sempre utilizam, ou seja, 53,67% dos enfermeiros não usam os EPIs (Figura 2).



**Figura 2. Frequência de uso dos equipamentos operacionais padrão (EPIs) durante o manejo de resíduos de saúde em um município de médio porte da região serrana de SC**

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Quanto a UBS possui o plano de gerenciamento de resíduos, 41,46% dos profissionais desconhecem a existência do plano, enquanto 39,02% confirmam que o local possui o PGRSS. Cerca de 73,17% dos profissionais afirmam conhecer o plano de gerenciamento da UBS, no entanto, 24,39% relatam não conhecer.

Quanto à classificação de resíduos pela RDC nº 222/2018, que classifica cinco principais grupos: grupo A (potencialmente infectantes), grupo B (químicos), grupo C (rejeitos radioativos), grupo D (resíduos comuns) e grupo E (perfurocortantes), o estudo mostrou que apenas 31,71% dos profissionais conhecem a correta classificação.

A principal dificuldade encontrada neste estudo em relação ao adequado gerenciamento dos resíduos levando em consideração a legislação vigente foi a falta de conhecimento sobre a legislação específica para o gerenciamento dos RSS apontada por 34,15% dos sujeitos, enquanto 31,71% relataram a falta de treinamento de pessoal e 26,83% apontaram diversos motivos. Quanto à ocorrência de acidentes com material perfurocortantes, 26,83% dos sujeitos apontam que os profissionais que sofreram algum tipo de acidente foram os profissionais da enfermagem e apenas 2,44% dos pesquisados disseram ter ocorrido com os auxiliares de limpeza.

A pesquisa revelou que os profissionais desconhecem na sua grande maioria quais as etapas do gerenciamento de resíduos que

devem estar descritas no PGRSS das UBS, sendo que todos os participantes desconhecem a etapa de geração de RSS, 97,56% desconhecem a segregação e o acondicionamento, 85,37% desconhecem o armazenamento e 87,80 % o destino final dos RS.

Sobre o destino final dos resíduos de serviços de saúde, 46,34% dos profissionais afirmaram que os resíduos são coletados por empresa específica e depois são incinerados, já 29,29% afirmaram que esses são coletados por empresa específica e depois são destinados a aterros específicos para cada grupo de resíduo e 21,95% desconhecem a forma que ocorre a destinação final.

## **Discussões**

No presente estudo foi possível identificar que o manejo de resíduos nas UBS ainda ocorre de forma inadequada pelos enfermeiros da atenção primária a saúde, onde os profissionais em sua maioria desconhecem as etapas descritas no PGRSS para o correto manejo de resíduos, demonstram desconhecimento sobre a legislação vigente e não possuem capacitações frequentes sobre o tema, o que pode contribuir para a ocorrência de equívocos em relação ao manejo dos RSS, acidentes com os profissionais de saúde e ocasionar riscos de contaminação ao meio ambiente.

O conhecimento sobre a legislação vigente torna o enfermeiro apto a avaliar as condições de trabalho em que exerce suas funções, e assim pode contribuir para o treinamento de sua equipe quanto ao manejo correto dos RSS. O enfermeiro tem como parte de suas responsabilidades promover a saúde da população, sendo assim faz-se necessário ressaltar a importância na condução adequada do gerenciamento de resíduos, tendo em vista que sua formação também é voltada para gestão, tornando o mesmo responsável técnico pelo PGRSS (Santos; Souza, 2012).

Habilitado pela Resolução Cofen nº 303/05 o enfermeiro é responsável pela elaboração do PGRSS, devido a sua capacidade de desenvolvimento de ações preventivas, promoção, proteção e re-

abilitação da saúde, individual e coletivamente, minimizando os resíduos gerados após o exercício da função e diminuindo riscos de infecção cruzada e ambiental, tanto para os próprios profissionais como para os pacientes envolvidos nos tratamentos (Cofen, 2005).

Cabe ao enfermeiro responsável pela equipe de cada unidade de saúde conhecer o PGRSS de seu local de trabalho e auxiliar na elaboração deste, levando em consideração as suas condições de trabalho e como estratégia de amenizar os riscos oriundos de uma prática ineficaz, deste modo, cabe a ele frequentemente orientar/capacitar todos os profissionais envolvidos com o manejo de resíduos de serviço de saúde (Mendonça *et al.*, 2017).

Os profissionais da enfermagem por estarem mais envolvidos na geração de resíduos, precisam realizar o manejo conforme a legislação vigente, visando a redução dos riscos de infecções, acidentes ocupacionais e contaminação do meio ambiente. Em uma pesquisa realizada no município de Pelotas-RS as UBS também apresentam importantes fragilidades no processo de gerenciamento e manejo dos RSS, sendo a maioria delas associadas à falta de capacitação profissional, assim como o desconhecimento das legislações vigentes que tratam sobre os RSS (Teixeira *et al.*, 2018).

A deficiência de conhecimento dos enfermeiros frente às etapas de manejo dos RSS (segregação, identificação, acondicionamento, coleta e transporte internos, armazenamento temporário, coleta e transporte externos e disposição final) apresentadas na pesquisa é preocupante, pois tais etapas são imprescindíveis para um gerenciamento seguro e adequado dos RSS. Ressalta-se que o manejo deve ser planejado e implementado com o objetivo de proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro, com vistas à proteção dos trabalhadores, redução de custos à secretaria municipal de saúde, contribuir com a saúde da população, devido às doenças e infecções que podem ser ocasionadas pelos RSS e evitar possível contaminação do meio ambiente (solo e recursos hídricos) (Cafure; Gracioli, 2015). Para o sucesso da implementação e execução do PGRSS é necessária a participação dos profissionais envolvidos no

manejo dos RSS e dos gestores, com ampla discussão sobre a importância do cumprimento das metas e ações descritas no plano e fiscalização dos órgãos responsáveis (Mendonça *et al.*, 2017).

Em consonância com outros estudos (Agostinetto *et al.*, 2019; Amarante; Rech; Sieglloch, 2017, Alves *et al.*, 2018, Garcia; Ramos, 2004) foi apontada ainda na pesquisa a falta de capacitações referente ao gerenciamento de RSS. Para Alves *et al.* (2016) a falta de treinamento dos profissionais da saúde, assim como a ausência de atualização e educação continuada limitam as possibilidades do conhecimento acerca das normas preconizadas, favorecendo o manejo inadequado de resíduos, assim é fundamental que toda a equipe seja capacitada para que possam cumprir rigorosamente a legislação vigente.

Existem também falhas na formação acadêmica de profissionais no que se refere ao gerenciamento de resíduos, devido ser um tema de pouca abordagem em ensinos técnico e superior e inexistência de frequentes capacitações sobre o gerenciamento correto de RSS (Agostinetto *et al.*, 2019; Garcia *et al.*, 2017). Abordar a legislação de forma mais efetiva frente ao gerenciamento de resíduos durante a formação acadêmica dos profissionais da área de saúde e dos gestores responsáveis é fundamental para proporcionar a implementação de procedimentos e técnicas que assegurem a saúde do trabalhador e a proteção do meio ambiente (Santos; Souza, 2012). O modelo atual de formação dos profissionais de saúde está voltado a priorizar técnicas e práticas não preventivas, o que provoca certo distanciamento na relação entre saúde e ambiente (Amarante; Rech; Sieglloch, 2017).

O gerenciamento de RSS deve ser sistematizado e com rigorosa fiscalização, tendo em vista que trabalhadores que realizam o manuseio estão expostos constantemente a materiais biológicos e perfurocortantes, o que expressa risco potencial de contaminação para doenças infectantes transmitidas por contato com o sangue ou outros fluidos corpóreos nos estabelecimentos de saúde (Alves *et al.*, 2018).

Os EPIs são de uso obrigatório aos profissionais de saúde durante a realização de procedimentos técnicos, manuseio de resíduos perfurocortantes e materiais contaminados com material biológico

(Oliveira *et al.*, 2014). De acordo com a NBR 12810/1993 é indispensável o uso completo do EPI (uniforme, luvas, gorro, máscara, óculos, avental e botas) para os agentes que manuseiam os resíduos de serviços de saúde, a fim de evitar danos ou agravos que incidem sobre a sua saúde (Mendonça *et al.*, 2017). No entanto o estudo mostrou que esses equipamentos nem sempre são utilizados pelos profissionais de saúde e fica evidente que a maior parte de acidentes relacionados com material perfurocortante acomete o profissional de enfermagem.

Os resíduos classificados como perfurocortantes têm maior potencial de causar infecções que podem acometer a saúde, devido às suas formas anatômicas, o que se torna um risco e necessita de atenção durante o manuseio (Gomes; Esteves, 2012; Teixeira *et al.*, 2018). A preocupação com a ocorrência de acidentes com esse material é devido ao risco dos profissionais da saúde se infectarem com patógenos de transmissão sanguínea, especialmente os vírus das hepatites B e C e HIV (Oliveira *et al.*, 2018). Segundo os mesmos autores as taxas de infecções pelos profissionais de saúde estão associadas à exposição ocupacional aos vírus da hepatite B e C, sendo observada uma elevação de três a cinco vezes maior ao ser comparada a população geral.

Os acidentes com material perfurocortante, especialmente com as agulhas, podem ocorrer desde o momento do manejo inicial até a disposição final, durante os procedimentos de reencape da agulha e durante a coleta desses resíduos é onde ocorre a maior incidência de acidentes com esses materiais (Garcia; Ramos, 2004).

A ausência do uso de equipamento de EPI e a falta de cuidados com o manuseio dos RSS são fatores de risco à saúde do trabalhador (ABNT, 1993). Portanto, para evitar a disseminação de doenças é necessário trabalho de conscientização dos profissionais envolvidos, estimulando o manejo adequado dos resíduos de saúde e, conseqüentemente a diminuição dos riscos à saúde voltados aos profissionais (Alves *et al.*, 2018).

Vale ressaltar que o conhecimento dos riscos advindos dos RSS favorece o manejo adequado, pois há uma relação direta entre o

gerenciamento de RSS e a saúde do trabalhador, devido à possibilidade de ocorrência de acidentes de trabalho durante as etapas do manejo desses resíduos (Oliveira *et al.*, 2018).

## Considerações finais

O manejo adequado dos resíduos de serviços de saúde ainda é um desafio aos gestores das Unidades Básicas de Saúde no município estudado. Capacitações frequentes, educações permanentes sobre o tema são o meio mais eficiente para mudar essa realidade e conscientizar os profissionais sobre a importância do manejo adequado dos RSS, uma vez que a falta desse manejo pode comprometer sua integridade física e causar acidentes de trabalho.

**Agradecimentos:** Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação de Santa Catarina – Fapesc (Termo de Outorga 2019TR70) pelo apoio financeiro.

## Referências

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR-12810: Coleta de resíduos de serviços de saúde-procedimento**. ABNT. 1993.

AGOSTINETTO, Lenita *et al.* Adopted practices for the disposal of drug waste and sanitary household products by the high school students. **Evidência**, v. 19, n. 2, p. 185-202, 2019.

ALVES, Anne Karoline e Silva *et al.* Gestão dos resíduos de serviços de saúde: mitigação dos impactos sanitário e ambiental. **Revista Unin-gá Review**, v. 25, n. 2, p. 2178-2571, 2018. Disponível em: <http://bit.ly/34Vgp0O>. Acesso em: 03 abr. 2019.

AMARANTE, Juliana Aparecida. *et al.* Avaliação do gerenciamento dos resíduos de medicamentos e demais resíduos de serviços de saúde na Região Serrana de Santa Catarina. **Engenharia Sanitária Ambiental**, v. 22, n. 2, p. 317-326, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/38LnFO5>. Acesso em: 03 abr. 2019.

AMARANTE, Juliana Aparecida. **Gerenciamento do descarte de medicamento e demais resíduos dos serviços de saúde humana e veterinária em Lages-SC**. 2015. 78 p. Dissertação (Mestrado em Ambiente e Saúde), Universidade do Planalto Catarinense, Lages (SC), 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3o0gKXN>. Acesso em: 03 abr. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 306, de 07 de dezembro de 2004**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de Resíduos de serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama). **Resolução nº 358 de 29 de abril de 2005**. Dispõe sobre o tratamento e disposição final dos resíduos de serviços de saúde e dá outras providências. 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 222 de 28/03/2018**. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde. 2018.

CAFURE, Vera Araújo *et al.* Os resíduos de serviço de saúde e seus impactos ambientais: uma revisão bibliográfica. **Interações Campo Grande**, v. 16, n. 2, p. 301-314, 2015. Disponível em: <http://bit.ly/3n0Je2r>. Acesso em: 03 abr. 2019.

CASTRO, Josiane Marcia *et al.* Implicações dos Resíduos Sólidos a Saúde Humana: Explorando Publicações de Enfermagem. **UNICIÊNCIAS**, v. 21, n. 1, p. 45-49, 2017.

COFEN. 2005. **Resolução COFEN-303/2005**. Dispõe sobre a autorização para o Enfermeiro assumir a coordenação como Responsável Técnico do Plano de gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS.

GARCIA, Leila Posenato; ZANETTI-RAMOS, Betina Giehl. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: uma questão de biossegurança. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 744-752, 2004. Disponível em: <https://bit.ly/38LnPoF>. Acesso em: 03 abr. 2019.

GARCIA, M.B.S.; NETO, J.L.; MENDES, J.G.; XERFAN, F.M.F.; VASCONCELLOS, C.A.B.; FRIEDE, R.R. Resíduos sólidos: Responsabilidade Compartilhada. **Semiões**, v. 9, n. 2, p. 77-91, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/380QpmO>. Acesso em: 23 mar. 2018.

GOMES, Luciana Paulo; ESTEVES, Roger Vinícius Rosa. Análise do sistema de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde nos municípios da bacia hidrográfica do Rio dos Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. **Engenharia Sanitária Ambiental**, v. 17, n. 4, p. 377-384, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades, Santa Catarina, Lages**. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/38SJYSe>. Acesso em: 23 out. 2018.

MENDONÇA, Isabela Vieira dos Santos *et al.* Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde: uma questão de Planejamento. **Revista Pesquisa de Saúde**, v. 18, n. 1, p. 7-12, 2017.

MOREIRA, Ana Maria Moreira; GUNTHER, Wanda Maria Risso. Gerenciamento de resíduos sólidos em unidades básicas de saúde: aplicação de instrumento facilitador. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, e2768, 2016.

OLIVEIRA, Luana Pontes *et al.* Fatores associados ao manejo adequado de resíduos de serviços de saúde entre profissionais de enfermagem. **Revista Baiana de Enfermeira**. v. 32, p. e25104, 2018.

OLIVEIRA, Luzibênia Leal *et al.* Resíduos dos serviços de saúde: desafios e perspectivas na atenção primária. **Revista de enfermagem UERJ**, v. 22, n. 1, p. 29-34, 2014.

RIBEIRO, Edilton Juarez Matos. *et al.* Resíduos de Serviços de Saúde: O Gerenciamento e a Legislação Pertinente. **Revista Multidisciplinar de Psicologia**.v. 11, n. 37, p. 226-246, 2017. Disponível em: <http://bit.ly/37ZxPvl>. Acesso em: 03 abr. 2019.

SANTA CATARINA. **Resolução conjunta CONSEMA e DIVS nº 01, de 06 de dezembro de 2013**. Estabelece a obrigatoriedade de elaboração e apresentação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde – PGRSS e seus documentos complementares, como documento oficial nos estabelecimentos geradores destes tipos de resíduos, atendendo

às exigências da resolução da RDC ANVISA nº 306/2004. Florianópolis: Vigilância Sanitária do Estado de Santa Catarina. 2003.

SANTOS, M.A.; SOUZA, A.O. Conhecimento de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre resíduos dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 4, p. 645-652, 2012. Doi: <https://bit.ly/3dWFu2T>. Acesso em: 03 abr. 2019.

SILVA, L.; OLIVEIRA, J.S.B.; EVANGELISTA, T.J.; SUTO, C.S.S.; MASCARENHAS, N.B. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: atenção básica e hospitalar. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 8, n. 2, p. 338, 2017.

TEIXEIRA, Matheus Veber et al. Avaliação da Gestão dos Resíduos em Unidades Básicas de Saúde de um Município Sul-Brasileiro. **Revista FundCare Online**, v. 10, n. 3, p. 824-831, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3pV4dau>. Acesso em: 03 abr. 2019.

# 4. INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM INDÚSTRIAS DE SANTA CATARINA

*Dejenane de Souza Monteiro  
Natalia Veronez da Cunha Belinatti  
Lilia Aparecida Kanan*

## **Introdução**

De acordo com o Censo Demográfico, realizado no Brasil pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), existem cerca de 24% de pessoas que declararam ter pelo menos um tipo de deficiência, a saber, visual, auditiva, motora e mental ou intelectual. Trata-se de um número expressivo da população brasileira, com iguais direitos à cidadania e oportunidades dignas de trabalho.

Estudo realizado nas 500 maiores empresas brasileiras revela que a taxa de participação de pessoas com deficiência (PcD) no mercado de trabalho não ultrapassa 1,5% (Instituto Ethos, 2010). No estado de Santa Catarina, das 42.929 vagas de trabalho para PcD apenas 15.680 estavam preenchidas, ou seja, somente 37% das vagas ofertadas foram preenchidas. Esse percentual representa 1,56% de PcD com trabalho formal em todo o estado (Ministério Público do Trabalho, 2015).

Estes percentuais que se apresentam de forma inexpressiva, reforçam o entendimento de que para haver humanização e inclusão plena, além de políticas públicas e leis que amparam a inclusão, é preciso uma transformação social, que amplie as condições de trabalho e permita maior justiça para as PcD (Anjos; Bezerra; Farias; Marinho; Barreto, 2016).

Em relação a políticas públicas, destaque é dado à Lei n. 8.213 (1991) criada para garantir o direito de inserção de PcD no mercado de trabalho, pois estabelece que empresas que possuem mais de 100

empregados devem garantir em seu quadro funcional, entre 2% e 5% de vagas para PcD ou reabilitados. Apesar da obrigatoriedade da lei, as empresas nem sempre conseguem cumprir a cota prevista. Alguns impeditivos ao seu efetivo cumprimento são a falta de estrutura, ausência de candidatos às vagas ofertadas, ou até mesmo, seletividade quanto ao tipo de deficiência apresentada pelos candidatos (Tette; Carvalho-Freitas; Oliveira, 2014).

A macroestrutura das empresas em termos de acessibilidade, oportunidades profissionais, salários, desenvolvimento pessoal e profissional, ergonomia, tecnologias assistivas, entre outros exemplos, quando deficitária, além de comprometer o acesso das PcD ao mercado de trabalho, podem interferir também no interesse delas em buscar qualificação e oportunidades profissionais (Maia; Carvalho-Freitas, 2015). As políticas públicas protetivas promulgadas em favor das PcD, a exemplo do direito ao recebimento de um salário oferecido pelo governo, acrescidas de insuficiente apoio familiar para a busca de novas oportunidades, são algumas das razões que tendem a dificultar substancialmente o processo de inclusão no ambiente laboral das organizações (Philereno *et al.*, 2015).

Importante ressaltar que, apesar de muitos esforços terem sido despendidos para propiciar a inclusão no mercado de trabalho, as barreiras ainda são muitas no que diz respeito à aceitação da sociedade. O que se percebe é uma sociedade preconceituosa e pouco inclusiva e os desafios a serem enfrentados vão além das barreiras físicas, pois passam barreiras comportamentais e culturais (Ribeiro *et al.*, 2014).

A inclusão é um direito que deve ser garantido a todos os cidadãos (Aranha, 1995). Ou seja, para uma sociedade ser inclusiva, é preciso se ampliar o debate de forma democrática, onde todos os interessados possam manifestar suas necessidades e anseios. O autor refere ainda que somente com oportunidades igualitárias, com tomadas de decisões que garantam o bem-estar das minorias e com justiça social a inclusão acontecerá de maneira absoluta.

Pacheco e Alves (2007) advogam o entendimento de que a inclusão é um processo recíproco, onde a sociedade se ajusta em

seus processos para promover a inclusão; da mesma forma, as PcD buscam estar preparadas para assumirem seus papéis na sociedade. Nessa perspectiva, tanto para as pessoas ainda excluídas quanto para a sociedade não se esgota o objeto de discussão: as dificuldades e propostas de soluções para que de forma igualitária as oportunidades sejam para todos.

A respeito de políticas públicas observa-se que há um quantitativo expressivo de constatações a respeito de políticas públicas de inclusão de PcD, onde resta comprovado algum progresso e muitos desafios (Souza, 2006). Através de leis e políticas públicas o caminho para a promoção da justiça e igualdade social tem apresentado progresso. Exemplo disto é a Lei n. 7.853 (1989) que estabelece normas que asseguram os direitos individuais das PcD e integração social. Outro exemplo sobre inserção no mercado de trabalho é a Lei n. 8.213 (1991) que prevê cota de contratação para empresas com mais de 100 empregados, por meio de um percentual entre 2% a 5% de postos de trabalho para PcD. Da mesma forma, a Lei n. 10.098 (2000) estabelece normas gerais para a promoção da acessibilidade de PcD com mobilidade reduzida, mediante a supressão de barreiras nas vias e espaços físicos. A Lei n. 13.146 (2015) - Lei Brasileira de Inclusão de Pessoa com Deficiência, alterou o entendimento jurídico da questão da deficiência no país, fundamentado nos direitos humanos

Em estudo realizado com base nos dados do último censo demográfico do IBGE, Garcia e Maia (2014) identificaram as características socioeconômicas e de inserção ocupacional entre PcD, pessoas com limitação funcional (PcLF) e pessoas sem deficiência e limitação funcional (PsDLF). Os resultados da pesquisa demonstraram que as PcD, em relação aos demais grupos pesquisados, apresentaram o menor índice de participação no mercado de trabalho. Apresentaram ainda, índices inferiores nos itens escolaridade e salários. Tais resultados requerem a produção de conhecimento a respeito das reais condições de acesso ao mercado de trabalho para as PcD uma vez que não é possível haver inclusão plena sem que haja mecanismos que garantam a acessibilidade, nas escolas, nos espaços públicos e privados.

Nesse contexto, os autores ressaltam a participação dos empregadores, para que as oportunidades para as PcD não sejam discriminatórias, ou, simplesmente uma obrigação legal, mas sim, que haja mobilização para garantir oportunidades e condições de acesso ao trabalho de forma justa e igualitária. E isso constitui desafio a ser enfrentado por parte deles, uma vez que incluir de fato PcD no ambiente laboral requer preparação de todos os recursos que a organização abriga, quer sejam humanos, estruturais, processuais etc.

Conforme relatado em estudo feito por Pereira e Passerino (2012), a educação profissional para PcD é aspecto importante para prepará-los para o trabalho, pois a baixa escolaridade e qualificação são um dos fatores que dificultam a inserção no mercado de trabalho. Porém para os autores, é preciso ir além: a educação formal deveria tratar os temas diversidade e inclusão social de forma mais profusa, para que gestores, profissionais de recursos humanos e a sociedade sejam mais receptivas e apoiadoras. Deste modo, será possível haver igualdade de oportunidades e relações mais positivas entre trabalhadores deficientes e os demais trabalhadores.

Para Coelho, Sampaio e Mancini (2014) a falta de reconhecimento da empresa e sociedade é identificada como um fator de sofrimento, pois as tarefas designadas são as mais simples que as organizações dispõem e conseqüentemente, os salários são mais baixos. Os fatores que podem gerar prazer e sofrimento no ambiente de trabalho estão relacionados à organização do trabalho e a deficiência, barreiras consideradas como transponíveis (Leão; Silva, 2012). Observa-se assim, que as transformações no mundo do trabalho, que passou de regular e assalariado para um ambiente competitivo e instável, propiciou às PcD, dignidade e cidadania quando oportunizado um trabalho condizente; mas por outro lado, ainda prevalecem as cobranças em termos de desempenho, que acarretaram acentuados esforços de superação frente a uma realidade marcada pelo desemprego, subcontratação, desvalorização e falta de reconhecimento (Coelho; Sampaio; Mancini, 2014; Maia; Carvalho-Freitas, 2015). Neste sentido, sem investimentos em adaptações no ambiente de trabalho e em tecnologias assistivas, permanece uma limitação nas contratações de PcD,

tornando esse processo pouco inclusivo e discriminatório (Freitas; Maranhão; Félix, 2017; Maia; Carvalho-Freitas, 2015).

Esta pesquisa pretendeu conhecer como ocorre o processo de inclusão de PcD nos ambientes laborais das indústrias de Santa Catarina. E, deste modo, ampliar o conhecimento a respeito de aspectos que contribuem ou que dificultam esse processo.

## **Percurso metodológico**

O estudo é uma pesquisa aplicada, quanto aos objetivos do estudo, ele se caracteriza como descritivo e transversal. Do ponto de vista dos procedimentos técnicos, a pesquisa assumiu o design de levantamento (*survey*), pois se fez aplicação de questionários aos indivíduos cujo comportamento se pretendia conhecer.

A pesquisa contou com a participação de três grupos distintos. Serão eles:

- Participante Grupo 1: Profissionais de Recursos Humanos das indústrias de grande porte de Santa Catarina que estejam enquadradas na Lei n. 8.213 (1991), a Lei de Cotas - o quantitativo de participantes foi definido conforme a lista de associados da Federação das Indústrias de Santa Catarina (Fiesc). Em maio de 2017 essa lista continha a identificação de 142 indústrias de grande porte em Santa Catarina; portanto, fez-se contato via online com os profissionais de Recursos Humanos de todas essas, convidando-os à participação.

- Participantes Grupo 2: Associações representativas das PcD física, visual e/ou auditiva, localizadas nas maiores cidades das seis macrorregiões de Santa Catarina, a saber, Blumenau, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Joinville e Lages - o quantitativo de participantes desse grupo foi definido com base nos registros de localização das mesmas, ou seja, em cada uma das maiores cidades das seis mesorregiões de Santa Catarina há Associações de Deficientes Físicos, Associação de Deficientes Auditivos e Associação de Deficientes Visuais; com isso foram acessadas 18 associações. Definiu-se assim, que o critério de acessibilidade determinou o quantitativo de participantes.

- Participantes Grupo 3: Pessoas com Deficiência (PcD) auditiva, visual e/ou física, que residem nas maiores cidades das seis macrorregiões de Santa Catarina, a saber, Blumenau, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Joinville e Lages - o quantitativo de participantes - Pessoas com Deficiência (PcD) auditiva, visual e/ou física - foi dependente da participação dessas nas reuniões ordinárias promovidas pelas associações que os representam. Neste caso, não houve número mínimo ou máximo de participantes deste grupo. Portanto, definiu-se que o critério de acessibilidade determinou o quantitativo de participantes.

A coleta de dados foi realizada através de questionário, onde constaram os dados sociodemográficos do participante; (a) questionário parte 1, com 20 questões com perguntas fechadas abordando especificamente ações das empresas voltadas para inclusão no ambiente laboral, subdividas em cinco categorias: legislação, canal de comunicação, políticas internas, desenvolvimento de pessoas e estratégias de inclusão. Este instrumento foi adaptado do Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social. O instituto é registrado como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Ethos, 2017); (b) questionário parte 2, com 5 questões com escala de resposta do tipo Likert de 1 à 6; (c) Instrumento adaptado de Inventário das Dificuldades e Facilidades para a Inserção no Mercado de Trabalho – DFIM (Carvalho-Freitas; Marques, 2010) que abordou questões relativas às PcD e sua participação no mercado de trabalho.

### ***Caracterização dos sujeitos da pesquisa***

Dentre os 90 PcD participantes, 46,7% têm deficiência física, seguida de 33,3% de pessoas com deficiência visual e 20% com deficiência auditiva. Prevaleceu dentre eles a faixa etária entre 36 e 40 anos (28,8%) e acima de 41 anos (24,4%). A maior parte possui nível superior (45,5%), sendo que 21% desses possuem pós-graduação, 13,3% apresentaram ensino superior incompleto, ensino médio (23,3%) e ensino médio incompleto 9,9%, ensino fundamental 5,5% e 4,4% com ensino fundamental incompleto. Todos apresentaram experiência profissional comprovada em empresa privada ou pública.

Das indústrias de grande porte então acessadas, 15 responderam ao instrumento de coleta de dados, representando 10,5% da amostra acessada. O segmento de atuação das empresas participantes da pesquisa foi diverso, são eles: alimentos, iluminação, embalagens, transformação plástica, metalúrgica, metalomecânica, papel e celulose, têxtil, transformação de termoplásticos e vestuário. Quanto ao número de empregados, 33,3% das empresas se enquadram na faixa entre 500 a 750 empregados, 6,7% entre 751 a 900 empregados, 13,3% entre 901 a 1.150, 13,3% entre 1.551 a 1.350 e 33,3% de empresas que têm acima de 1.351 empregados. Os profissionais que responderam a pesquisa em sua totalidade são da área de Recursos Humanos (RH), ocupam cargos de analista ou assistente de RH (66,6%), psicólogo (6,6%), enfermeiro (6,6%) e em cargo de gestão (13,3%). Todos com formação em nível superior, sendo 80% pós-graduados.

Entre as dezoito Associações representativas dos interesses de PcD, que participaram da pesquisa nas seis cidades do Estado de Santa Catarina definidas para este estudo (Joinville, Criciúma, Lages, Chapecó, Blumenau e Florianópolis), houve representatividade das três categorias de deficiência também definidas no estudo (auditiva, visual e física).

Em relação às funções desempenhadas pelos respondentes 55,6% declararam ser presidente, vice-presidente ou coordenador da instituição, seguido de educadores e professores (22,2%), assistente social (11%), e psicólogo (5,6%). Apresentaram média de 12 anos de atuação profissional nas Associações, e predomínio da formação em nível superior (83,3%) e nível médio (16,7%).

## **Resultados**

### ***Sobre a Inclusão***

A seguir são apresentados os resultados da pesquisa a respeito da inclusão, dados obtidos, suas análises e a discussão dos resultados distribuídos nas categorias de análise definidas no método

do estudo. A saber: Legislação, Canais de Comunicação; Políticas Internas, Desenvolvimento de Pessoa e Estratégias de Inclusão. A distribuição do quantitativo e do percentual de respostas separadas pelos 3 grupos de participantes relativas às 5 categorias constaram na Tabela 1, a seguir.

Categoria	Grupos	Sim		Não		Não sei/ Não se aplica	
		N	%	N	%	N	%
Legislação	Indústrias	14	93,3	-	-	1	6,7
	PcD	63	70	13	14,4	14	15,6
	Associações	8	44,5	9	50	1	5,6
Canal de comunicação	Indústrias	11	73,3	3,7	24,5	0,3	2,2
	PcD	46,7	51,8	22,7	25,2	20,7	23
	Associações	4	22	7	38,9	7	38,9
Políticas internas	Indústrias	13,3	88,4	1,2	8,3	0,5	3,3
	PcD	55,5	61,7	17	18,9	17,5	19,4
	Associações	5,3	29,2	7	38,9	5,8	31,9
Desenvolvimento de pessoas	Indústrias	12	80	2,5	16,7	0,5	3,3
	PcD	52	57,8	30	33,3	8	8,9
	Associações	5,8	31,9	7,5	41,7	4,8	26,4
Estratégias de inclusão	Indústrias	10,5	70	4	26,7	0,5	3,3
	PcD	39,8	44,3	38,5	42,8	11,7	13
	Associações	4	22,2	10,2	56,5	3,8	21,3

**Tabela 1. Distribuição do quantitativo e do percentual de respostas separadas pelos 3 grupos de participantes relativas as 5 categorias**

Fonte: Elaborada pelas autoras com base nos dados primários.

### ***Categoria Legislação***

Aspecto importante do processo de inclusão de PcD no mercado de trabalho, diz respeito ao cumprimento da legislação representada neste estudo pelo cumprimento da Lei de Cotas e da Lei Brasileira de Inclusão de Pessoa com Deficiência. A Lei n. 8.213 (1991) Art. 93, também chamada de Lei de Cotas, que determina que as empresas com 100 ou mais empregados devem contratar PcD ou beneficiários reabilitados. A Lei n. 13.146 (2015) em seu Art. 4º cita que “Toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com

as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação”. Sob essa condição as empresas participantes 93,3% afirmaram cumprir a legislação vigente, por se tratar de empresas de grande porte, com estratégias organizacionais melhor estruturadas, depreende-se que exista um envolvimento e reconhecimento maior da diversidade.

A maioria das PcD (70%) informaram que em seu atual/último emprego as empresas cumpriam a Lei de Cotas e se asseguram de não praticar discriminação. No entanto, outros 14,4% consideram que não há esse cuidado efetivo. As Associações, que atuam na defesa dos interesses das PcD, observaram o mercado de trabalho de forma ampla, sendo que 50% entendem que as empresas não cumprem a legislação vigente plenamente.

Estudos revelam que se por um lado muitas empresas estão mobilizadas para estabelecerem ambientes de trabalho mais acessíveis e inclusivos, outras ainda adotam fatores considerados impeditivos à garantia da inclusão plena em seu contexto laboral. Esses fatores estão associados à não promoção da diversidade, às barreiras arquitetônicas, às barreiras atitudinais, entre outros aspectos (Alves; Galeão-Silva, 2004; Carvalho-Freitas; Marques, 2007).

Corroborando esse resultado o estudo de Toldrá (2009) que visou conhecer a opinião de PcD a respeito da legislação que prevê a reserva de vagas no mercado de trabalho e de sua efetiva aplicação. No estudo, ficou evidente que a legislação é importante devido ao histórico de discriminação vivenciado por esse grupo de pessoas. Porém, a legislação em si não basta para garantir ambientes de trabalho mais justos.

Dessa forma as empresas devem se conscientizar da necessidade de mudança de valores e atitude em relação às PcD para que seja possível a contratação e permanência desses profissionais nas organizações de trabalho.

### ***Categoria canal de comunicação***

Sobre a existência de canais de comunicação, sugestões e queixas que viabilizam as relações de todos os funcionários, da mesma

forma procedimentos para tratar as reclamações e sugestões recebidas. Das indústrias pesquisadas 73,4% afirmam dispor desses canais, normalmente as empresas de grande porte possuem mais recursos para investimentos em programas internos e tecnologias. Exemplo disso é a implementação de ouvidorias para serem utilizadas para reclamações ou denúncias. Nesses casos as empresas disponibilizam esse recurso para todos os seus empregados e as tratativas têm o mesmo critério de soluções e devolutivas aos usuários.

Porém é relevante, dentre as empresas participantes, o percentual (33,3%) que não dispõe de canais de comunicação para esse fim. No que diz respeito às PcD e às Associações essa realidade é mais perceptível, haja vista que, somente 51,8% e 22%, respectivamente, observaram que as empresas oferecem tais recursos. Importante ressaltar que muitos relataram suas vivências em organizações de trabalho outras, que não correspondem às características e porte das empresas participantes deste estudo.

Para Iasbeck (2010), muitas organizações privadas não têm consciência da importância de um serviço de ouvidoria. O autor afirma que o principal propósito em estabelecer canais de comunicação entre o público e a empresa é viabilizar uma troca bilateral de informações. Nesta condição é possível gerir os interesses, motivações, conflitos e demais sentimentos, muitas vezes difíceis de serem expressos de forma direta.

A comunicação utilizada como uma ferramenta de inclusão é fundamental, pois contribui para o bem-estar dos profissionais com deficiência.

### ***Categoria políticas internas***

Em relação a políticas internas, das respostas relativas às empresas encontra-se que, de modo geral, há iniciativas de eliminação de ações contrárias à promoção da diversidade. Encontra-se em 88,4% a afirmação de que têm políticas internas nos processos de recrutamento e seleção (R&S), equidade salarial e código de ética e conduta que

coíbem qualquer tipo de discriminação. Isso é algo importante, pois estudos sobre inclusão (Carvalho-Freitas, 2007; Santos, 2016) Disability, and Health - ICF, the 2001 UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, and more recently, the July 2015 Brazilian Inclusion of People with Disabilities Act (IPDA) destacam que as políticas e normas internas contribuem para promover a inclusão, porém, isso apenas não é suficiente: é preciso uma mudança mais profunda que altere as percepções das pessoas sobre diversidade e inclusão.

Na perspectiva das PcD os percentuais chegam a 60%, em média, de concordância, no que diz respeito à existência de políticas internas, que revelam preocupação vigente nas empresas em eliminar quaisquer ações contrárias à promoção da diversidade. As Associações apresentaram os menores percentuais em relação a essas questões (29,2%). A este respeito, Hammes e Nuernberg (2015), em uma experiência vivida pelo Sistema Nacional de Emprego (Sine) em que foram utilizadas ações específicas para a promoção da inclusão no ambiente laboral, asseveram existir muitas dificuldades em relação à inclusão de PcD no trabalho. Dentre elas, os autores relatam o despreparo das políticas internas das empresas, bem como, dos próprios profissionais de RH no que diz respeito às práticas que dão suporte à inclusão.

### ***Categoria desenvolvimento de pessoas***

Neste item serão apresentadas as percepções dos três grupos de participantes sobre as práticas organizacionais relacionadas ao desenvolvimento das PcD para o trabalho. Avaliação de desempenho, capacitação para o trabalho, oportunidade de capacitações externas representam algumas formas de desenvolvimento abordadas neste estudo.

Das empresas participantes, 80% têm práticas para promover o desenvolvimento dos profissionais com deficiência. A esse respeito, Assis e Carvalho-Freitas (2013) destacam que empresas que aderem a programas de inclusão, têm maiores condições de criar uma cultura organizacional que respeita e valoriza as diferenças individuais.

Na percepção das PcD 57,8% manifestam ter trabalhado em empresas que têm programas que visam o desenvolvimento de seus profissionais com deficiência. Ainda sobre avaliação de desempenho, alguns autores (Carvalho-Freitas, 2009; Carvalho-Freitas; Marques, 2007; Lino; Cunha, 2008) várias políticas públicas de inclusão surgiram para facilitar a inserção da pessoa com deficiência no mercado de trabalho, como, por exemplo, a Lei no 8.213/91 (Lei das Cotas) referem que práticas de inclusão ainda são raras nas organizações de trabalho. Estes revelam a necessidade de atender a Lei de Cotas que faz com que as empresas realizem o processo formal de recrutamento e seleção de PcD. Porém, segundo os autores, não há uma preparação interna para se ter um ambiente acessível, permanecendo o entendimento de que as PcD devem se adaptar aos locais de trabalho. Advogam que os gestores nas organizações de trabalho devem melhorar os ambientes de trabalho para receber os profissionais com deficiência, pois isso corresponde a garantias de acessibilidade, estrutura e bom relacionamento interpessoal para todos.

De modo geral, 31,9% dos respondentes pelas Associações entende que as empresas proporcionam oportunidades de desenvolvimento profissional às PcD. Depreende-se que empresas de grande e médio porte têm melhor estrutura para desenvolver programas de inclusão que oportunizem desenvolvimento aos profissionais com deficiência e, deste modo tornar-se referência profissional para as comunidades onde estão inseridas.

### ***Categoria Estratégias de Inclusão***

As estratégias de inclusão referem-se às ações que, implementadas pelas empresas, contribuem expressivamente nos processos de inclusão. Compõem a categoria: acessibilidade; pesquisa de satisfação de PcD; serviços de atendimento gratuito às PcD; sensibilização das equipes de trabalho e gestores para práticas de inclusão. Na visão das empresas (70%) das práticas organizacionais privilegiam a inclusão, porém no entendimento das PcD (44,3%) e das Associações (22,2%) as organizações de trabalho precisam evoluir muito nesse quesito.

Estudos (Coutinho *et al.*, 2017; Leão; Silva, 2012; Lima; Tavares; Brito; Capelle, 2013) revelam que as questões relacionadas à acessibilidade e tecnologias assistivas facilitadoras do desempenho dos profissionais com deficiência não são práticas constantes nas organizações de trabalho. Em tais estudos encontra-se ainda a prática de busca no mercado de trabalho por candidatos que apresentem deficiências consideradas leves, que não demandam alterações mais importantes nas estruturas das organizações de trabalho.

Ainda nessa perspectiva um estudo sobre comprometimento organizacional (Carvalho-Freitas; Marques, 2010) observaram que 77% dos participantes afirmaram haver adaptações em seus locais de trabalho, porém as adaptações dos ambientes de trabalho, não contribuíram diretamente para seu comprometimento. Os autores salientam que elas entendem se tratar de melhorias que proporcionam condições de acessibilidade para a execução das atividades designadas. Todavia, um ambiente de trabalho adequado é condição básica, que as organizações devem garantir aos seus empregados, independentemente de terem ou não algum tipo de deficiência.

As estratégias de inclusão representam uma categoria primordial, pois através delas as empresas podem ter um olhar sistêmico sobre a diversidade, compreender que os esforços de todos devem estar pautados em ações que promovam a inclusão e estabeleçam um ambiente de trabalho saudável, equilibrado e com oportunidades para todos.

### ***Participação das PcD no mercado de trabalho***

Esta categoria teve tratamento estatístico diferenciado em razão de ensejar respostas em uma escala tipo Likert de seis pontos, onde o 1 representa a total discordância, o 2, muita discordância, o 3, pouco discordância, o 4, pouca concordância, o 5, muita concordância e o 6 total concordância. A distribuição do quantitativo e do percentual de respostas, separadas pelos 3 grupos de participantes relativas à participação das PcD no mercado de trabalho está contido na Tabela 2.

Descrição do Item	Grupo	Média	DP
Falta formação/capacitação às PcD para o trabalho	Empresas	4,7	1,1
	PcD	4,5	1,4
	Associações	4,5	1,4
As PcD não têm interesse pelo mercado de trabalho	Empresas	3,7	1,2
	PcD	2,9	1,7
	Associações	3,2	1,7
Há acomodação diante da deficiência	Empresas	4,0	1,3
	PcD	3,9	1,5
	Associações	4,4	1,3
As PcD têm preferência em receber o benefício oferecido pelo Estado a trabalhar	Empresas	4,5	1,4
	PcD	3,8	1,6
	Associações	4,5	1,4
Falta incentivo dos familiares às PcD para buscarem autonomia decorrente de um emprego	Empresas	5,0	1,3
	PcD	4,1	1,6
	Associações	5,2	0,9

**Tabela 2. Distribuição do quantitativo e do percentual de respostas, separadas pelos 3 grupos de participantes relativas à participação das PcD no mercado de trabalho**

Fonte: Elaborada pelas autoras com base nos dados da pesquisa.

Em relação à participação das PcD no mercado de trabalho ficou evidente que existem muitas situações impeditivas para o exercício do direito ao trabalho. A falta de qualificação e apoio familiar são exemplos disso. O que se observa é que em muitos casos a instabilidade pela qual as PcD vivem implicam na opção pelo BPC, benefício concedido pelo Estado, o que pode suscitar na percepção de que há acomodação diante da deficiência. Autores (Hammes; Nuerberg, 2015; Pereira; Passerino, 2012; Philereno *et al.*, 2015) em seus estudos advogam que a realidade das PcD relacionada ao mercado de trabalho apresenta diversos fatores impeditivos. Por exemplo, quando as vagas de trabalho são mais operacionais e remuneram próximo a um salário mínimo, não há justificativas segundo as PcD para os esforços em locomoção, adaptação e desempenho no trabalho. Nesse aspecto muitas PcD optam pelo BPC, pois em termos de valores financeiros se equivalem. Os autores relatam ainda a falta de incentivo dos familiares, que exercem uma proteção excessiva que restringe a busca por uma colocação no mercado de trabalho.

Complementa esse entendimento (García, 2014) ao manifestar que, independentemente dos fatores culturais que envolvem as PcD, é necessário um movimento que promova uma ruptura. Segue reafirmando que os estigmas que envolvem a deficiência devem ser vencidos, e isso se dará com o envolvimento da sociedade, do Estado e principalmente das PcD, sem detrimento da participação ativa dessas pessoas, de modo que sejam as protagonistas do movimento de mudança.

## **Discussão**

Ao longo do estudo esteve em foco a Lei n. 8.213 (1991), que é denominada como Lei de Cotas e a Lei n. 13.146 (2015) - Lei Brasileira de Inclusão de Pessoa com Deficiência, e, a este respeito, as empresas declaram cumprir tal legislação. A necessidade de atingimento da cota de empregados com deficiência estipulada pela Lei faz com que as empresas apresentem ações inclusivas que permitam a contratação de profissionais com deficiência, dando garantias de atingimento da cota, ou ao menos, no caso de não atingimento, argumentos de ações internas que representam essa intenção. Porém, essas ações devem ter o intuito genuíno para que, além de garantir vagas de emprego, possam proporcionar qualidade de vida, reconhecimento e oportunidades às PcD.

Os dados coletados possibilitam constatar que ainda há organizações de trabalho que ignoram as ferramentas de comunicação, sem perceberem que os profissionais com deficiência precisam sentir-se parte integrante da empresa para atribuírem significados mais positivos ao trabalho. A ausência de canais de comunicação para queixas e denúncias pode ser um dos impeditivos para que haja maior interação e solução dos problemas vivenciados pelas PcD nos ambientes laborais.

Percebe-se que as empresas não desenvolvem “programas de inclusão”, o que fazem são “ações pontuais” para garantir o acesso do profissional com deficiência. Nesse aspecto considera-se que muitas organizações sejam seletivas quanto ao tipo de deficiência,

com intuito de adaptar as PcD ao seu ambiente, sem investir em acessibilidade, comunicação e tecnologias assistivas, que tornariam a vivência profissional das PcD prazerosa e produtiva.

Em se tratando de gestão de pessoas, as empresas entendem que os gestores e equipes de trabalho estão aptos quanto aos comportamentos e ações voltadas para a inclusão. Esse entendimento não é compartilhado pelas PcD e Associações, pois atribuíram baixos percentuais relacionados ao preparo dos gestores e equipes de trabalho para receberem profissionais com deficiência. Ao se analisar os resultados observa-se que as empresas investem pouco em estratégias de inclusão; pode-se afirmar que as organizações de trabalho são pouco receptivas ao convívio com PcD. Dispor de ferramentas comunicacionais adequadas, investir em acessibilidade, fazer campanhas de sensibilização das equipes de trabalho, capacitar as lideranças em processos inclusivos; certamente seriam diferencial para melhorar a performance dos profissionais com deficiência. Para as PcD o trabalho passaria a representar realização, o que ampliaria sua autonomia, cidadania e bem-estar. Muito provavelmente esse tipo de investimento não traria retorno financeiro imediato, porém os ganhos associados ao clima organizacional, imagem de empresa como socialmente responsável, por exemplo, seriam altamente positivos às organizações de trabalho.

A lacuna existente entre a intenção e a realidade na inclusão no local de trabalho, requer estratégias adicionais, que são necessárias para melhorar as oportunidades para as PcD. Aspectos como a ergonomia podem ter papel essencial na resolução desse desafio, ou seja, adaptar o ambiente de trabalho e a concepção do trabalho de acordo com as necessidades individuais tende a resultar em possibilidade de favorecimento aos processos inclusivos (Moody *et al.*, 2016).

No contexto da participação das PcD no mercado de trabalho, constatou-se que há falta de qualificação para as PcD conseguirem melhores colocações profissionais. Importante destacar que o nível de escolaridade dentre os pesquisados é elevado, porém o acesso às escolas e, ainda mais, às universidades para as PcD, de modo

geral, é escasso. Questões como a falta de acessibilidade, recursos financeiros diminutos e ausência de incentivo familiar representam desafios para muitos permanecerem nos bancos escolares.

## **Considerações finais**

Diante da relevância de se produzir conhecimento para elucidar processos que possam contribuir para o bem-estar social, o estudo ora apresentado teve como objetivo analisar o processo de inclusão de PcD no ambiente laboral das indústrias de grande porte de Santa Catarina. A importância e originalidade do estudo se assentam no fato de explorar a inclusão de PcD na perspectiva de profissionais de recursos humanos das indústrias de grande porte – sujeitas à Lei de Cotas – das PcD e das Associações que as representam. Tal fato se mantém como uma lacuna do conhecimento, uma vez que os estudos já empreendidos, em sua grande maioria, tratam de questões locais, particulares e pouco consideram o entendimento de PcD e empresas conjuntamente.

Os aspectos que envolvem as condições das PcD para o trabalho são muitos. Observou-se neste estudo, que dependendo do tipo de deficiência, quanto menos restritivas, mais fácil será o acesso ao mercado de trabalho. As condições sociais, culturais e econômicas também influenciam a oportunidade das PcD se colocarem no mercado de trabalho. Os familiares desempenham um papel fundamental para promover a autoconfiança e autonomia voltadas à busca de colocação profissional. Depreende-se que todas essas variáveis podem revelar que as PcD sozinhas terão mais dificuldades de se inserirem no mercado de trabalho.

A interdisciplinaridade permeia todos as possibilidades de atuação e intervenção quando se considera o processo de trabalho de PcD, pois não há solução isolada para melhorar a inclusão nos ambientes laborais das indústrias de grande porte de SC. As barreiras atitudinais são as mais danosas nesse processo, pois elas impedem que gestores organizacionais, profissionais de RH, Associações e

PcD dialoguem, reflitam discutam e busquem soluções ao interesse de todos. A legislação serve como base para construir ações que efetivam o acesso ao trabalho, porém a conjugação de saberes é capaz de transitar em todas as possibilidades e efetivar as práticas inclusivas que garantirão o bem-estar e auto realização das PcD. Da mesma maneira, reitera-se a importância de ambientes de trabalho mais afetivos e produtivos, decorrentes da promoção da diversidade.

Por fim, o estudo instiga aqueles que buscam clarificar caminhos que proporcionem às PcD uma vida mais digna, próspera e feliz. Ao se considerar que o trabalho é uma fonte inegável de realização, entende-se que o papel das organizações de trabalho nesse processo é fundamental.

**Agradecimentos:** Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação de Santa Catarina – Fapesc (Termo de Outorga 2019TR70) pelo apoio.

## Referências

ALVES, Mario Aquino; GALEÃO-SILVA, Luis Guilherme. A crítica da gestão da diversidade nas organizações. **RAE**, v. 44, p. 20-29, 2004.

ANJOS *et al.* A pessoa com deficiência no mercado de trabalho e suas implicações. **Revista de Psicologia**.v. 10, n. 29, p. 51-70, 2016.

ARANHA, Maria Salete Fábio. Integração social do deficiente: análise conceitual e metodológica. **Temas em psicologia**, v. 3, n. 2, p. 63-70, 1995.

ASSIS, Adamir Moreira; CARVALHO-FREITAS, Maria Nivalda. Estudo de caso sobre a inserção de pessoas com deficiência numa organização de grande porte. **Revista Eletrônica de Administração - Read**, p. 496-528, 2013.

BRASIL. Lei 10.098 de 19 de dezembro de 2000. **Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências**. Recuperado de: <https://bit.ly/3okuZqE>. Acesso em: 09 ago. 2017.

BRASIL. Lei n.º 8.213 de 24 de julho de 1991. **Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências**. Disponível em: <https://bit.ly/2Z1HtZT>. Acesso em: 09 ago. 2017.

BRASIL. Lei nº 7.853 de 24 de outubro de 1989. **Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência**. Recuperado de: <https://bit.ly/3pNigx5>. Acesso em: 09 ago. 2017.

BRASIL. Lei 13.146 de 6 de julho de 2015. **Institui a Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)**. Diário Oficial da União 2015; 7 jul.

CARVALHO-FREITAS, Maria Nivalda; MARQUES, Antônio Luiz. A Diversidade através da História: a Inserção no Trabalho de Pessoas com Deficiência. **Organização & Sociedade**, v. 14, n. 41, p. 59-78. 2007.

CARVALHO-FREITAS, Maria Nivalda. *et al.* A Inserção de Pessoas com Deficiência em Empresas Brasileiras: uma Dimensão Específica da Diversidade nas Organizações. **EnANPAD Encontro da ANPAD Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração**, v. XXXI, n. Setembro de 2007, p. 1-16, 2007.

CARVALHO-FREITAS, Maria Nivalda. Inserção e gestão do trabalho de pessoas com deficiência: um estudo de caso. **Revista de Administração Contemporânea RAC**, v. 13, n. Edição Especial, p. 121-138, 2009.

CARVALHO-FREITAS, Maria Nivalda; MARQUES, Antônio Luiz. Inserção de pessoas com deficiência em organizações brasileiras : um estudo com empresas socialmente responsáveis. **Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**, v. 8, n. 32, p. 483-502, 2010.

COELHO, Cecília Martins; SAMPAIO, Rosana Ferreira; MANCINI, Marisa Cotta. Trabalhadores com deficiência: vivências de prazer e sofrimento. **Psicología y Sociedad**, v. 26, n. 1, p. 214-223, 2014.

COUTINHO, B. G. *et al.* Qualidade de Vida no Trabalho de Pessoas com Deficiência Física. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15 n. 2, p. 561-573, 2017.

FREITAS, Geovane Rodrigues. *et al.* A Deficiência Auditiva e a possibilidade de Inclusão no Mercado de Trabalho. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 11, n. 3, p. 85-218, 2017.

GARCIA, Vinícius Garcia; MAIA, A. G. Características da participação das pessoas com deficiência e/ou limitação funcional no mercado de trabalho brasileiro. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 31, n. 2, p. 395-418, 2014.

GARCÍA, Vinicius Gaspar. Panorama da inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 165-187, 2014.

HAMMES, Isabel Cristina; NUERNBERG, Adriano Henrique. A inclusão de Pessoas com Deficiência no Contexto do Trabalho em Florianópolis: Relato de Experiência no Sistema Nacional de Emprego. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 3, p. 768-780, 2015.

IASBECK, Luiz Carlos de Assis. Ouvidoria é comunicação Ombudsmanship is communication La defensoría es comunicación. **ORGANICOM (USP)**, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). (2012). **Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. 2012. Disponível em: <https://bit.ly/3nkCFYs>. Acesso em: 09 ago. 2017.

INSTITUTO ETHOS. **Perfil social, racial e de gênero das 500 maiores empresas do Brasil e suas ações afirmativas**. São Paulo. 2010. Disponível em: <https://bit.ly/2Jzm0CO>. Acesso em: 09 ago. 2017.

LEÃO, Marluce Auxiliadora Borges Glaus; SILVA, Ludimila Santos. Vivências de trabalhadores com deficiência: uma análise à luz da Psicodinâmica do Trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 37, n. 125, p. 159-169, 2012.

LIMA, Michelle. *et al.* O sentido do trabalho para pessoas com deficiência. **Revista de Administração Mackenzie**. v. 14, n. 2, 2013.

LINO, Michelle Vilaça; CUNHA, Ana Cristina Barros. Uma Questão de Cotas? Como pessoas com deficiência percebem sua inserção no mercado de trabalho com base em políticas públicas de inclusão. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 3, n. 1, p. 65-74, 2008.

MAIA, Andréia Maria de Carvalho; CARVALHO-FREITAS, Maria Nivalda.. O Trabalhador Com Deficiência Na Organização: Um Estudo

Sobre O Treinamento E Desenvolvimento E a Adequação Das Condições De Trabalho. **REAd - Porto Alegre**, v. 82, n. 3, p. 689-718, 2015.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO EM SANTA CATARINA. **Contagem-regressiva-para-o-dia-d-grande-feirao-de-empregos-para-pessoas-com-deficiência**. 2015. Disponível em: <http://bit.ly/38OCvDs>. Acesso em: 09 ago. 2017.

MOODY, Louise. *et al.* An exploratory study of barriers to inclusion in the European workplace. **Disability and Rehabilitation**, v. 0, n. 0, p. 000, 2017.

PACHECO, Kátia Monteiro de Benedetto; ALVES, Vera Lucia Rodrigues. A história da deficiência, da marginalização à inclusão social: uma mudança de paradigma. **Acta Fisiátrica**, 2007.

PEREIRA, Ana Cristina Cypriano; PASSERINO, Liliana. Um Estudo Sobre o Perfil dos Empregados com Deficiência em uma Organização. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 18, n. Marília, p. 245-264, 2012.

PHILERENO, Deivis Cassiano *et al.* Qualificação das pessoas com deficiência para o mercado de trabalho: um estudo de caso em Caxias do Sul - RS. **Estudo & Debate**, v. 22, n. 1, p. 160-179. Lajeado. 2015.

RIBEIRO, Aline Pereira. *et al.* Cenário da inserção de pessoas com deficiência no mercado de trabalho : Revisão Sistemática. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 12, n. 2, p. 268-276, 2014.

SANTOS, Wederson. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3007-3015, 2016.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Political Science**, v. 8, n. 2003, p. 20-45, São Carlos, 2006.

TETTE, Raissa Pedrosa Gomes; CARVALHO-FREITAS, Maria; OLIVEIRA, Marcos Santos. Relações entre significado do trabalho e percepção de suporte para pessoas com deficiência em organizações brasileiras. **Estudos de Psicologia**, v. 19, n. 3, 2014.

TOLDRÁ, Rosé Colom. Políticas afirmativas: opinião das pessoas com deficiência acerca da legislação de reserva de vagas no mercado de trabalho. **Revista Terapia Ocupacional**, p. 110-117, 2009.



# 5. LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA E REINserÇÃO SOCIAL: PRÁTICA NOS SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE

*Gisele Willrich Narciso Agostini*

*Cleonice Gonçalves da Rosa*

*Anelise Viapiana Masiero*

*Maria Conceição de Oliveira*

## **Introdução**

A Lesão Encefálica Adquirida (LEA) é contemplada por um conjunto de patologias formadas por traumatismo crânio-encefálico, acidente vascular encefálico, tumores, infecção do sistema nervoso central (SNC) e anóxias cerebrais (Ponte; Fedosse, 2016).

A escolha em abordar esse assunto deve-se à experiência vivida na reabilitação neuropsicológica, visto que a situação desse agravo na Serra Catarinense tem refletido em problemas na saúde pública. Apoiado em índices de mortalidade, aumento do agravo da lesão, reinternação nos leitos hospitalares, dificuldade na reinserção profissional e, consequentemente, atribuição do benefício estendido no INSS, fazendo aumentar os gastos governamentais (Ramos *et al.*, 2015).

Discutem-se as práticas reabilitadoras, a organização dos serviços de saúde e o entendimento dos funcionários a respeito do cenário da reabilitação quando se remete a portarias, leis e programas voltados à prática do cuidado assistencial (Brasil, 2017).

Com o envelhecimento populacional, estima-se que no Brasil o aumento da incidência de acidentes e outros agravos – que conferem ao cidadão algum grau de deficiência – representam um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), pautado na organização da

assistência à saúde, dos cuidados básicos à reabilitação (Miranda; Mendes; Silva, 2016).

Ao mencionar acidentes e agravos, sinaliza Malta *et al.* (2015) que tais ocorrências contemplam o Grupo – Causas Externas – representando a terceira causa mais frequente de morte. Configurando-se de maneira emergencial um desafio aos gestores de políticas públicas, especialmente aos profissionais do setor da saúde e, principalmente, considerando que atinge a camada jovem e produtiva da sociedade.

De acordo com o Brasil (2013), ao analisar dados pelo Datasus TabWin, o Brasil, em 2011, obteve 547.468 internações devido a causas externas variadas e dessas resultaram 12.800 óbitos demonstrando 2,34% da taxa de mortalidade no ano.

No que se refere aos dados do Datasus de mortalidade hospitalar do SUS por causas extremas relacionadas ao local de internação na Serra Catarinense contemplando os municípios de Lages, Bom Retiro e São Joaquim totalizaram 179 mortes nessa região.

As insuficiências das práticas de reabilitação dos serviços na rede encontram-se entre os principais problemas do sistema, para Silva, Jorge e Silva (2015) e apesar das normas em políticas públicas, sinalizam que poucas conquistas foram evidenciadas, faltando implantar e legitimar os programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde.

Embora existam avanços desenvolvidos pelo Datasus

O problema de reinternação ainda persiste. Isso ocorre porque não é possível identificar, ao longo de um período determinado, as internações relativas à mesma pessoa, no mesmo hospital ou em outros para onde é encaminhada. Esse não é um problema menor, porque altas taxas de reinternação podem ter reflexos de problemas relacionados à qualidade do cuidado. (Viavaca, 2002, p. 609)

Além disso, Moura, Tavares e Acurcio (2013) afirmam que no sistema de saúde as taxas de reinternação na média complexidade

envolvem, de maneira geral, a realização de procedimentos, assumindo gastos significativos no ambiente hospitalar.

A fragilidade da assistência em reabilitação em nosso país é ainda aspecto a ser mudado. Antes do SUS, de acordo com Borgneth *et al.* (2018), a assistência as pessoas com lesão física e cognitiva até então não era enfoque do Governo Federal.

Em meados dos anos 40, não havia políticas públicas específicas para atender à demanda de reabilitação. A partir da década de 60, a reabilitação começou a ser entendida como nível terciário da assistência, as únicas instituições públicas até então eram os centros de reabilitação profissional do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (Ribeiro, 2010).

Entretanto, Lima *et al.* (2009) apontam que a organização dos serviços de reabilitação representa um eixo crítico na RAS, necessitando de investimento federal contínuo. A falta de articulação nos serviços da rede citado por Peruzzo *et al.* (2018) e a dificuldade de interação do paciente, família e pós-alta na articulação com outros serviços são problemas vivenciados na prática da efetivação da reabilitação no Brasil. Esses resultados ressaltam limitações na efetivação do SUS.

Diante disso, entende-se que ocorrem mudanças no perfil epidemiológico nas Redes de Atenção à Saúde, ao tratar das ocorrências que configuram agravos agudos, espera-se que a população acometida seja acolhida em qualquer nível de atenção do sistema de saúde (Cestari *et al.*, 2015).

Com essa afirmativa, pode-se compreender que as mudanças nessa área são imprescindíveis e que sejam levadas em consideração, a fim de promover alterações de tais cenários. Este estudo visa apresentar os principais resultados da pesquisa que buscou compreender e avaliar o itinerário do paciente que sofreu Lesão Encefálica Adquirida e as suas trajetórias no atendimento da Rede de Saúde no Município de Lages, desde a porta de entrada até a alta complexidade. Pretendeu-se fazer um recorte de como ocorrem as práticas profissionais dos serviços na tentativa de localizar os problemas que interferem na garantia de um cuidado integral em saúde.

## **Percurso metodológico**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada na Serra Catarinense que está configurada em dois momentos: a) Entrevistas com gestores dos vários níveis da RAS e b) Formação de quatro grupos focais que se fizeram presentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), na qual foram escolhidas pela demanda espontânea atribuída a Lesão Encefálica Adquirida (LEA).

No que se refere às entrevistas semiestruturadas realizadas, participaram os Gestores Municipais, Coordenador da Regional da Saúde, Coordenadores das quatro UBS, responsável clínico do Hospital de referência e do Pronto-atendimento, totalizando oito entrevistas. Tempo da entrevista se deu em torno de 20 a 55 minutos.

O grupo focal foi composto por oito a quinze profissionais das UBS e funcionários do Hospital referido. Para participação do grupo focal, nas UBS foi sugerido e agendado pelo gestor no dia em que acontecem as reuniões das equipes nas quais se encontravam presentes Médico, Enfermeiro Gestor, Técnico de Enfermagem, Dentista, Assistente de dentista e Agentes Comunitários.

A pesquisa qualitativa cumpriu com as etapas da análise de conteúdo (Minayo, 2012).

## **Resultados e discussões**

Ao analisar os participantes da pesquisa, esses tinham em média dois anos de experiência nas diversas atividades profissionais assumidas e com nível de escolaridade entre Ensino Fundamental, tecnólogo e superior com especialização. Participaram da pesquisa os sujeitos que estavam em pleno exercício profissional no momento em que foi entrado em contato para apresentação do presente estudo e agendamento das entrevistas e grupos focais. A prontidão em receber a pesquisadora foi de forma precisa, bem como as discussões e inquéritos realizados.

De maneira geral, a coleta de dados foi rica na capacidade de informações quanto à rotina que se estabelece entre gestão e unidades

de saúde. Especificamente nos grupos focais realizados nas UBSs, diante do assunto abordado ficou evidente a inexperiência em falar sobre o tema, de modo que muitas vezes assume a demanda na prática diária, porém não é problematizado como ações na saúde (dados específicos das LEAs, nível de mortalidade, encaminhamentos de dados, plano terapêutico referenciado, referência/contrarreferência e informações fundamentais, tanto na capacidade técnica, quanto das leis e implantações a serem realizadas na região).

Formaram-se sete categorias das entrevistas e dos grupos focais, atribuídos aos depoimentos mais ilustrativos sobre o trabalho em elaboração das sínteses principais. Essas representadas por letras referenciando os gestores e algarismos para referenciar as equipes das UBS e do Hospital.

### ***Retaguarda Ambulatorial e Assistência Sequencial***

Quando se reporta ao termo retaguarda ambulatorial, sinaliza-se a capacidade de fomentar os serviços de saúde (Organização Mundial de Saúde, 1957). Silva (2004) define como prevenir as enfermidades, servindo de vínculo entre o hospital, os serviços sanitários, locais e a comunidade. E que está inserida num plano global de assistência sequenciada. Nesse sentido, gestores dos variados níveis da RAS destacaram sua percepção sobre este cenário do Portador das LEAs.

Eu vejo esses pacientes ganhando alta, indo pra casa, totalmente desarticulado, ele saiu com traqueotomia, ele saiu incapacitado, ele vai para a atenção básica, não há uma conversa, em ambos os setores nem da rede hospitalar, não dá para culpar, nenhum nem outro, a comunicação não se estabelece, esse paciente obviamente vai agravar, porque nós não temos o melhor em casa que poderíamos fazer essa ponte, esse paciente vai agravar com infecção via aérea, e ele reinterna. (Gestor I)

Hoje ela é falha, por que eu não consigo fazer a reabilitação, eu consigo fazer o tratamento da queixa principal e a promoção e prevenção da saúde do cuidador. (Gestor D)

*É vago, dados a gente tem que buscar nos prontuários de forma manual.* (Gestor F)

Acredito que eles estão buscando um melhor atendimento, para oferecer melhor qualidade para esses pacientes. Agora eu não tenho conhecimento. (Gestor H)

As descrições acima demonstram que pacientes que sofrem trauma possuem uma série de entraves na rede, desde a atenção primária até a alta complexidade do atendimento, confirmando que muitos serviços são fragmentados e atuam de maneira isolada, sendo incapazes de prestar um cuidado contínuo e integral à população.

Nesses contextos, é referido que a coordenação de cuidado se torna o primeiro ponto de partida para atenção primária e ela não consegue exercer sua função plena de ordenadora das redes de atenção e das linhas do cuidado quando os usuários necessitam (Aguilera, 2013).

Entende-se que a partir do modelo de saúde organizado pela Atenção Básica (AB) com a criação da constituição em 1988, inclinou-se a estruturar ações, integrando-as com os demais serviços e níveis de cuidado, permitindo como foco principal o acesso integral e de qualidade a toda a população (Sousa *et al.*, 2017). No entanto, exercer a integralidade remete a trabalhar com novos modelos que venham unificar o usuário, o cuidador e a rede de atuação para que ele possa ser reinserido socialmente, a fim de promover a saúde e melhores condições ao trabalho.

Ainda nesse cenário, os estudos de Morschel e Barros (2014) apontam a formulação da Política Nacional de Humanização (PNH) que aposta numa nova política pública que constitui em atualizar os princípios do SUS e a fomentar a prestação de seus serviços. Essa categoria necessita ser refletida de maneira que o Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e Qualidade da Atenção

Básica (PMAQ-AB) busca analisar tanto a coordenação do cuidado daqueles usuários cujo cuidado é desenvolvido na própria UBS, quanto os que precisam, em algum momento, de ações desenvolvidas em outros serviços da RAS como é o caso das LEAs.

Ao mencionar a análise do cuidado aos usuários, especificamente com problemas crônicos, eles têm crescente prevalência e são pouco responsivos à atenção médica, caracterizada como fragmentada, excessivamente especializada e organizada de modo a responder a problemas agudos, não garantindo atenção integral ao paciente crônico. Para melhor resolutividade aos agravos crônicos, é necessário integralidade e coordenação ao cuidado (Giovannella, 2018).

### ***Conversando na rede sobre processos de reabilitação***

Nessa categoria, os relatos remetem à reabilitação de uma maneira vaga e de uma rede que não se comunica. Também evidencia a lacuna de informações entre os profissionais e usuários. Concorde-se com Machado *et al.* (2007), quando atribuem que as ações de educação na saúde exigem caráter de urgência de se corrigir uma rede de saúde que se apresenta fragmentada e desarticulada.

Percebe-se ainda que este modelo, está pautado numa atuação prescritiva sem os processos reabilitadores resultando no aumentado dos agravos das LEAs, conforme visto nos relatos dos gestores A e C:

A reabilitação é voltada para o olhar biomédico mesmo.  
(Gestor, A)

O paciente com esta lesão adquirida ele precisa de uma maior atenção de um profissional com mais tempo com ele. (Gestor, C)

Esse paciente pós cirúrgico ou não, muitas vezes avisado pela agente comunitária, que ficou com lesão e precisa ser reabilitado. (Gestor, D)

Geralmente os pacientes que tiveram alguma lesão que precisam da gente geralmente a gente passa as visitas em casa. (Gestor, E)

Identificou-se, nos relatos dos gestores A e E, entendimento da prática reabilitadora de forma muito primária, sem reconhecer esse paciente na sua integralidade. Espera-se que a Atenção Básica (AB) seja a principal porta de entrada do sistema, a ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a coordenadora do cuidado. Compreende-se que a coordenação do cuidado seja uma continuidade até a perspectiva do usuário.

O atendimento à saúde é atribuído como herança de um modelo liberal privatista, tornando os serviços de saúde pautados no estilo médico que distancia o profissional do usuário. Remete ao papel indevido de porta de entrada, caracterizando atendimentos com baixa resolutividade (Merhy, 2004).

Então assim, a rede ela é rede, ela tem desde atenção básica que é a porta de entrada principal, então essas pessoas vão sofrendo dessas lesões ou agravos evitáveis muitas vezes. (Gestor, G)

Assim, eu entendo que esse paciente está vindo de uma rede de internação. eu acho que não existe a contratransferência. (Gestor, B)

[...] entendemos que poderiam dar um suporte melhor a esses casos, por que eles não são atendidos aqui são todos encaminhados para o hospital e isso gera uma demanda muito grande no setor de emergência do hospital. (Gestor H)

Esse contexto é uma realidade que pode ser transformada. Ao verificar estudos realizados em outros países por Davis *et al.* (2014), são demonstradas medidas na coordenação dos cuidados referentes à continuidade. O autor afirma que em países com histórico de

atenção por *General Practitioners* (GP), ou seja, médico clínico geral, a grande maioria dos GP informa que quando o paciente é referenciado para o especialista, ele recebe quase sempre um relatório com todas as informações relevantes do paciente que foi atendido em uma emergência e teve alta hospitalar, isto é, recebem a tão estimada contra referência. Essas certamente são medidas passíveis de estruturação na nossa realidade, que melhoram a continuidade assistencial.

Assim, embora a saúde seja um direito garantido em constituição, são apontadas vivências discrepantes na prática da saúde entre profissionais e usuários. Para os autores Cunha e Vieira-da-Silva (2010), quando as ações e rotinas são mais definidas para o atendimento e encaminhamento melhor referenciado aos usuários na rede, podem tornar mais resolutivos os cuidados em saúde. Esse pressuposto foi encontrado no discurso do gestor G.

Nessa perspectiva, estima-se que a postura dos profissionais de saúde revela a prática realizada nas instituições de saúde, entre o profissional e o usuário, em que caberá quase que exclusivamente a esse profissional e, portanto, as suas posturas a realização da integralidade (Hermes; Lamarca, 2013).

De acordo com a OMS (2008), divulga-se que são muitos os países em que serviços de saúde são escassos. Concorde-se com Minayo (2007), ao tratar dos serviços de reabilitação no SUS, que correspondem à área de maior fragilidade e déficit de oferta dentro do sistema. Foi mencionada a incompatibilidade entre a dimensão do problema da deficiência e a disponibilidade de serviços, o que apontou para uma necessidade de estruturação e consolidação do atendimento em reabilitação.

### ***Necessidade de oficinas, cursos e protocolos para sensibilizar e instrumentalizar as UBS***

Observou-se que, na maioria das vezes, os problemas nas UBS eram descontextualizados das realidades dos serviços e das comunidades, as quais desenvolvem sua prática, porque partem do pro-

cesso individual do trabalho. Acredita-se que, após absorverem o conhecimento, possa, por si só, resolver os problemas. Portanto, não partem dos problemas do processo de trabalho coletivo em saúde e das necessidades de saúde da população.

Então a gente já esbarra na limitação motora, agora cognitiva ninguém nunca sentou pra conversar com a gente. Nenhum Protocolo, ferramenta ou auxílio pra começar a trabalhar em contrapartida pacientes tem bastante. (Serviço 1)

Não, não temos nenhum preparo. O cuidado com o paciente sim, aqui na Odontologia de triar esse paciente buscar informações com a equipe multidisciplinar. (Serviço 2)

Desculpe me meter, mas até na área dela “5” tem uma paciente que tem uma ferida, uma úlcera no pé e vai precisar de uma amputação, em casa, ele está impossibilitado, onde ele tem que fazer várias atividades, eu entendo que entra a Reabilitação, na verdade ele está impossibilitado e acredito também que isso é reabilitação, não é encefálico, mas é uma coisa que a Unidade precisa trabalhar isso. (Serviço 3)

Eu acredito que, está muito vago, as pessoas são atendidas em diversos pontos do SUS, pensando na acessibilidade de estrutura física, mas um atendimento específico assim não. (Gestor A)

Mas não existe nenhum protocolo dentro do hospital ou algo assim de reinserção no pós. E isso onera o sistema e muito, e é pessoal também porque demanda maior de funcionários na equipe. (Gestor F)

Não, nós estamos correndo atrás desses modelos. (Gestor I)

Quanto à existência de protocolos, oficinas e cursos que orientariam a priorização dos casos com necessidade de encaminhamen-

to das unidades, todos os participantes responderam negativamente. Ainda foi perguntado se havia diretrizes terapêuticas para alguns casos específicos e as unidades referiram que geralmente com temas tradicionais como: vacinação, pré-natal, doenças sexualmente transmissíveis, hipertensão, diabetes.

Observa-se que a maioria das ações é associada à doença, reproduzindo o modelo assistencial hegemônico, ou seja, remete às formas como são organizadas as ações de atenção à saúde (Fertonani *et al.*, 2015).

Também se identificou, conforme o *Serviço 2*, que o serviço odontológico na UBS ainda é limitado. Constatam Aguilera *et al.* (2013) na atenção à saúde bucal, acesso restrito centrado nas intervenções sem protocolos fundamentados no planejamento de ações, para que se possa garantir e ampliar a resolutividade na demanda espontânea.

E, de acordo com Giovanella (2018), compartilha-se a ideia de que a coordenação do cuidado deve ser a AB, função importante e de forma sistêmica. Almeja-se que todos os serviços culminem para a integralidade, a fim de contribuir com o cuidado coordenado para o usuário.

### ***Entendimento e Significados da Portaria Urgência e Emergência para a Rede de Saúde***

De acordo com os relatos abaixo fica evidenciada a expectativa da vigência da portaria enquanto investimento federal fornecido para assumir a demanda. Constatou que cada uma das falas elencadas abaixo remete à percepção de como estão organizadas as equipes dos diversos níveis da RAS.

[...] com a rede de urgência e emergência que está em fase de implementação e a rede de urgência e emergência vai ter salas desestabilização, leitos de retaguarda, leitos de longa permanência, ne e tudo isso envolve não só para reabilitação de agravos agudos como uma parada cardiorrespi-

ratório, infarto mas pensando em atender esse público de maneira precoce evitando uma lesão. (Gestor A)

Na verdade, foram montados dois leitos na emergência, é para ser leitos de doenças coronarianas, dois leitos de corpo torácica e AVC. Os protocolos Strok a gente já estão meio montados só falta a liberação da RPTA pelo estado, para fazer a liberação, porque é uma medicação cara e isso não é ainda disponibilizado, então isso ainda está faltando. (Servidor F)

O mais importante que a gente fez foi o de classificação de riscos com o pessoal da enfermagem, então a gente ta mais de 8 meses, que você vai por cores diferente do Manchester que vem pra atenção de Urgência e Emergência. (Gestor G)

Em agosto do ano passado duas portarias foram lançadas que criaram o plano de ação regional para urgência e emergência, nesse plano regional existem 3 linhas de cuidado por ordem de mortalidade e morbidade. (Gestor I)

Percebe-se que tal discussão da Portaria fica no plano informal e/ou está confinada nos espaços mais formalmente ocupados dos serviços. De maneira ainda pouco articulada e crua nas suas formas de organização.

No segundo cenário, o servidor do hospital avaliou que a portaria está em processo de implementação e de adesão para efetivar as demandas dos serviços oferecidos. Esse hospital é o único que atende emergência, o que o torna referência na Região Serrana. – As portas de entrada hospitalares de urgência e emergência localizadas na região poderão receber incentivos de custeio diferenciado de acordo com a seguinte tipologia (Brasil, 2013).

A partir da Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e de Gestão do SUS, foi sugerido um protocolo de atendimento em emergência baseado na classificação de risco; diferenciando por área de Emergência e Pronto Atendimento, indicando o Processo de Acolhimento e Classificação de Risco e Protocolo com Avalia-

ção Neurológica, Cardiorrespiratória, Avaliação da Dor Abdominal aguda e da Saúde Mental.

Nessa discussão, exemplifica-se a Avaliação Neurológica, realizada por Pimentel, Silveira e Filha (2018). Esses autores indicam tais marcadores quando o paciente queixa-se de: cefaleia, tontura, fraqueza, problemas de coordenação motora, trauma crânio-encefálico leve a moderado, diminuição no nível de consciência, desmaios, distúrbios visuais, confusão mental, convulsão e paralisias de parte do corpo.

### ***Linha de Cuidado para o Paciente com LEAs***

Percebeu-se um relato homogêneo vindo dos gestores entrevistados no que se refere às Linhas de Cuidado atribuídas aos usuários que sofreram LEA, ou seja, uma rede que não oferece continuidade no cuidado.

No diagrama abaixo segue-se o percurso dado no atendimento de pacientes que assumem tal demanda da Região Serrana. Ainda é citada de maneira muito tímida a expressão do cuidado, de modo que em linhas gerais são: chamada de emergência do Serviço de Atendimento Móvel – Samu ou entrada no Pronto Atendimento, encaminhamento ao hospital de referência em traumatologia, alta hospitalar e acolhimento da Atenção Básica nas UBS.

Atualmente, as linhas de cuidados estão em fase de implementação, especificamente o Programa Melhor em Casa e a Portaria Urgência e Emergência já receberam incentivos federais para melhorias na assistência sequencial. No que se refere ao Centro Especializado em Reabilitação – CER até o presente momento da entrevista estava sob aprovação no Ministério Público.

Nesse sentido, segundo Aguilera *et al.* (2013), o nível federal, ao introduzir novas ações a programas assistenciais ampliou seu poder, incluindo instrumentos de regulação do processo de descentralização.

Ao referir características norteadoras para a atenção primária, Serra e Rodrigues (2010) remetem a integralidade e a continuidade

dos cuidados, ambos fortemente dependentes de um efetivo sistema de referência e contra referência — entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços.

Nesse sentido, considera-se em Aguilera (2013) que, tratar da atenção de média/alta complexidade envolve um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que buscam resolver os principais problemas de saúde da população.

### ***Programa Melhor em Casa***

Referindo-se ao Programa Melhor em Casa, ou seja, uma das estratégias de intervenção em saúde que possibilita práticas mais próximas do conceito de integralidade, ao analisar o conhecimento e entendimento do programa a ser implantado na cidade de Lages, dos quatro grupos focais realizados dentro das UBS, quando questionado quanto às informações ou notícias sobre o programa, somente dois grupos focais que contemplam serviços prestados na região forneceram informações sobre a implementação do programa.

Na verdade, o que vai engloba esses pacientes é o programa melhor em casa, que está em implantação. (Serviço 4)

A enfermeira, esses dias que falou que vai o Programa Melhor em Casa que vai fazer o atendimento domiciliar, é uma equipe multidisciplinar, onde eu acredito que essa reabilitação vai acontecer, o paciente que procure atendimento na Unidade tudo bem, mas tem muitas famílias que deixam o atendimento a desejar. Muitos idosos ficam acamados sofrem fraturas, desenvolve para uma úlcera então acredito que essa equipe vai ajudar sim. (Serviço 3)

Revela-se, nesses depoimentos, uma mudança na organização dos serviços de saúde, como potencial estratégia para o alcance da continuidade ao cuidado. A Atenção Domiciliar, denominada por Xavier,

Lacerda e Júnior (2019) como ações à saúde, desde a promoção até a reabilitação de doenças, nesse caso, oferecidas em domicílio. Nesse sentido, segundo Xavier, Lacerda e Júnior (2019), aponta resultados significativos, atribuindo o domicílio como potencialidades para mediar as ações curativas, preventivas, promocionais, assistenciais e educativas, quando comparado a outros espaços de assistência à saúde.

reconhecido por Andrade *et al.* (2013) que a atenção domiciliar resulta num cuidado particular em saúde, associado ao cuidado assistencial em diferentes formatos e saberes além do científico, proporcionando relações mais próximas com usuários e familiares assistidos no seu cotidiano de vida.

### ***Comunicação na Rede de Atenção Saúde***

No primeiro relato analisa-se a continuidade da informação dentro da rede, percebe-se a falta de eficiência na estruturação do cadastro e informação para tal demanda. Nos demais, remetem a retaguarda ambulatorial utilizando termos da transferência e contratransferência, exemplificando também a falta de articulação na comunicação. Descreve a vivência profissional quando os pacientes necessitam ser atendidos por diferentes pontos de atenção, porém com baixo potencial de comunicação.

Então você me pergunta: Quantos acamados eu tenho hoje?! Não temos dados números de AVC e TCE, teríamos que fazer uma consulta de acordo com API que dependeria de dias para me dar essa informação e poderia estar de forma inadequada porque os dados poderiam estar duplicados, triplicados então eu não teria confiabilidade nos dados. (Gestor G)

(..) de transferência e contratransferência é muito falho. (Gestor A)

Assim, eu entendo que esse paciente está vindo estava vindo de uma rede de internação. Eu acho que não existe a contra-transferência, já foi se falado muito por meio de protocolos, por meio das ACS por Seu João veio do Hospital mais a gente não sabe qual a condição neurológica (Gestor B)

Não funciona referência e contra referência hoje infelizmente, muitas vezes pela má vontade dos profissionais, nós tentamos implantar, mas não deu. A referência vai, mas a contra referência não volta. (Gestor H)

Nossos prontuários são todos manuais, estamos na promessa desde que eu entrei no hospital, 8 anos atrás, dessa informatização prontuário e até hoje não temos informatização de prontuários. Dados a gente tem que buscar nos prontuários de forma manual. (Gestor F)

Os resultados apontam para a falta de informatização dos serviços no que se refere ao hospital, conforme o relato do –Gestor I, não dispõe de prontuário eletrônico e também não se efetiva uma atenção compartilhada da informação dos pacientes.

Nesse sentido, ocorrem incertezas ao responder com precisão a real demanda de portadores de LEAs na cidade de Lages. Dificultando detectar focos prioritários e planejamento de ações que condicionem a realidade atual proporcionando transformações necessárias.

Para Taneguti *et al.* (2009) o prontuário eletrônico é uma ferramenta de consulta que resulta na evolução do paciente. Trata-se de um veículo de comunicação entre diversos membros da equipe interdisciplinar, além de ser um elemento imprescindível no atendimento à saúde.

Percebe-se no discurso que muitos profissionais possuem domínio dos saberes e a separação dos fazeres. Resulta no trabalho isolado, ou seja, não fazendo parte das tomadas de decisões compartilhadas.

Atribui-se a fala do – Gestor G para sinalizar que, embora tenha um custo expressivo para programar os prontuários eletrôni-

cos na Atenção Básica, os dados presentes no cadastro dos pacientes não possuem confiabilidade.

Com a identificação eficaz do paciente seriam evitadas as perdas de dados e também a duplicidade de exames e procedimentos terapêuticos, com a conseqüente melhoria na questão de tempo/ações e também redução dos custos envolvidos com a assistência à saúde (Correa *et al.*, 2011).

### **Considerações finais**

Pretendendo considerar o cotidiano das práticas e ações nos serviços de saúde que se configuram em: comportamentos, escolhas e estilos de vida, tais cenários emergem como inquietações para novos saberes no campo da saúde.

Com base nos discursos dos gestores e prestadores, a análise realizada na Serra Catarinense mostrou que os serviços prestados na saúde se encontram no processo de implementação em relação aos estágios de estruturação do fluxo assistencial. Ainda foram identificados gestores e prestadores com práticas e comunicação isolada quando são referenciadas as Portarias que fomentam a efetivação da integralidade do cuidado.

O cenário que se discutiu é de uma prática extremamente normativa que estabelece portas de entrada e ações rígidas de referência e contra referência, limitando o paciente aos processos reabilitadores e distanciando da reinserção social.

Também é um sistema que não dá conta de cumprir com os preceitos dos direitos universais à saúde e menos ainda com os de integralidade. Visto que, tanto a integralidade, quanto a interdisciplinaridade apresentam-se como imprescindível e determinante na qualidade da atenção aos pacientes com doenças crônicas e na prevenção de complicações dos agravos.

O presente estudo identificou que, tanto em normativas governamentais quanto na literatura especializada, espera-se que a Atenção Básica (AB) seja a principal porta de entrada do sistema,

a ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a coordenadora do cuidado. Resultado que aponta o processo de cuidado em saúde entre gestores, profissionais e usuários do SUS seriam melhores se marcados por maior horizontalidade do serviço prestado em saúde. O Ministério da Saúde já deu o ponto de partida ao criar e apoiar a formação de equipes de referência e também o apoio matricial, nesse caso com a criação com os Núcleos de Apoio à Família – Nasf.

Portanto, entende-se que devem ser implementadas a partir da atenção básica de saúde, protocolos e oficinas, a fim de instrumentalizar o cuidado técnico ao portador de LEAs. Por meio deste estudo, foi possível fazer uma análise de como está configurada a rede de saúde no âmbito da reabilitação. Diante das Leis, Portarias e Emendas demonstradas em tais cenários, fica evidente a necessidade de também adaptar essas diretrizes à nossa realidade regional.

No entanto, é importante ressaltar que, mesmo este estudo, o qual analisou uma fatia específica da gestão e prestação de serviços que acolhem essas lesões físicas e cognitivas, motivou apontar, dentro do possível, caminhos para o desenvolvimento de estratégias. Entre eles estima-se a educação permanente para os profissionais que acolhem esta demanda dos pacientes com agravos agudos e que sejam capazes de impulsionar a transformação reabilitadora e social da saúde.

Contudo entende-se que são inegáveis os avanços da Atenção Básica na última década no Brasil, é notório que o conjunto dos olhares faz um cuidado integral para o usuário, sua família e a comunidade.

**Agradecimentos:** Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação de Santa Catarina – Fapesc (Termo de Outorga 2019TR70) pelo apoio.

## Referências

AGUILERA, Sandra Lúcia Vieira Ulinsk. *et al.* Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Revista Administração Pública**, v. 47, p. 1021-1039, 2013.

ANDRADE, Angélica Mônica. *et al.* Singularidades do trabalho na atenção domiciliar: Imprimindo uma nova lógica em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 210-219, 2013.

BORGNETH, Livia Rangel Lopes. *et al.* Considerações sobre instituições de reabilitação para crianças e adolescentes com deficiência no município do Rio de Janeiro. **Revista Acta Fisiátrica**, v. 25, p. 54-59, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013, p. 84.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Práticas em reabilitação na Atenção Básica: o olhar para a funcionalidade na interação com o território**, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3o6O1Ri>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral / Ministério da Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

CESTARI, Vilma Ribeiro Feitosa. *et al.* Tecnologias do cuidado utilizadas pela enfermagem na assistência ao paciente politraumatizado: Revisão Integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, p. 701-710, 2015.

CORREA, Maria Cecília M. M. A. *et al.* Diretrizes para a atenção oncológica no Estado de São Paulo: contribuições para o debate. **BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 8, p. 24-43, 2011.

CUNHA, Alcione Brasileira Oliveira; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos Saúde Pública**, v. 26, p. 725-737, 2010.

DAVIS, Karen. *et al.* **Mirror, mirror on the wall. How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally**. Update. New York: The Commonwealth Fund, 2014.

FERTONANI, Hosanna Patteing *et al.* A. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1869-1878, 2015.

GIOVANELLA, Lígia. Espaço Temático: Política Nacional de Atenção Básica. **Caderno de Saúde Pública**, v. 34, p. 1-5, 2018.

GONÇALVES, João Paulo Pereira *et al.* Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 37, p. 43-50, 2013.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arrumada. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2577-2588, 2013.

LIMA, Maria Luiza Carvalho *et al.* Análise diagnóstica dos serviços de reabilitação que assistem vítimas de acidentes e violências em Recife. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1817-1824, 2009.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência em Saúde Coletiva**, v. 12, p. 335-342, 2007.

MALTA, Deborah Carvalho. *et al.* Atendimentos por acidentes e violências na infância em serviços de emergências públicas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 31, p. 1095-1105, 2015.

MERHY E. R. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. *In*: Cecílio LC, organizador. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec; 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 621-626, 2012.

MIRANDA, Gabriela Morais Duarte; MENDES, Antônio Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, p. 507-519, 2016.

MORSCHER, Aline, BARROS, Maria Elizabeth Barros. Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde. **Saúde Sociedade São Paulo**, v. 23, p. 928-941, 2014.

MOURA, Cristiano Soares; TAVARES, Ludmila Santana; ACURCIO, Francisco de Assis. Hospital readmissions related to drug interactions: a retrospective study in a hospital setting. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 1082-1089, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica. — Función de los hospitales en los programas de protección de la salud: primer informe. Ginebra, 1957.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial de Saúde de 2008: A atenção primária à saúde: agora mais do que nunca. Brasília: OMS; 2008.

PERUZZO, Hellen Emília. *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 22, p. 1-9, 2018.

PIMENTEL, Bianca Nunes; SILVEIRA, Arieli Bastos; FILHA, Valdete Alaves Valentins dos Santos. Otoneurological aspects in Traumatic Brain Injuries: series of cases. **Audiology - Communication Research**, v. 23, p. 1-6, 2018.

PONTE, Aline Sarturi; FEDOSSE, Elenir. Lesão Encefálica Adquirida: impacto na atividade laboral de sujeitos em idade produtiva e de seus familiares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3171-3182, 2016.

RAMOS, Marcelo Cristiano de Azevedo. *et al.* Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 49, p. 1-10, 2015.

RIBEIRO, Carla Trevisan Martins. *et al.* O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 28, p. 43-48, 2010.

SILVA, Ademir Alves. A Reforma da Previdência Social Brasileira entre o Direito social e o Mercado. **São Paulo em perspectiva**, v. 18, p. 16-32, 2004.

SILVA, Raimunda Magalhães. *et al.* **Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde** – Fortaleza: EdUECE, 2015.

SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva *et al.* O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da Atenção Básica: limites e possibilidades. **Saúde Debate**, v. 41, p. 1075-1089, 2017.

VIACAVA, Francisco. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 607-621, 2002.

XAVIER, Gabriela Tonon de Oliveira. *et al.* The contribution of Home Care to the construction of health care networks from the perspective of health professionals and elderly users. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, p. 22, 2019.

# 6. MOTIVAÇÃO E ESTRESSE DE ENFERMEIROS NAS UBS E SEU REFLEXO NA ATENÇÃO: REVISÃO DE LITERATURA

*Jociane Farias de Oliveira  
Juliana Cristina Lessmann Reckziegel  
Vanessa Valgas dos Santos*

## Introdução

Na Enfermagem, a importância da motivação e dos níveis reduzidos de estresse laboral surgiu na fase contemporânea da profissão, através de teorias e pesquisas sobre a relevância destes comportamentos na permanência ocupacional (Meir, 1972). Mas foi no início do século XXI que as ideias e os estudos foram integrados e ganharam força, resultando nos achados sobre os reflexos da motivação e do estresse tanto na qualidade de vida dos enfermeiros quanto nas respostas de cuidado ao paciente (Benson; Dundis, 2003; Mcvicar, 2003).

Entretanto o estresse e a desmotivação na profissão da Enfermagem são fenômenos observados mundialmente como consequência da elevada demanda emocional decorrente do cuidado e da aproximação àquele que sofre (Sarafis *et al.*, 2016). Também são provenientes das fragilidades oriundas do ambiente de trabalho, principalmente relacionadas aos fatores intrínsecos do labor, como falta de recursos humanos, financeiros e de materiais (Burtson; Stichler, 2010; Farquharson *et al.*, 2013). Resultando em uma redução significativa na satisfação no trabalho, em maiores taxas de rotatividade entre o grupo e em uma diminuição na qualidade do atendimento (Copanitsanou; Fotos; Brokalaki, 2017).

Mas motivação é fator gerador de satisfação, e as condições laborais são preditivas deste comportamento, sendo fundamentais para o desenvolvimento das atividades do enfermeiro (Somense; Duran, 2014). Contrapondo-se aos dados da literatura que des-

crevem o cuidado como fonte de estresse e desmotivação, alguns autores acreditam que o trabalho assistencial executado na Enfermagem é considerado fonte de prazer e satisfação, sentimentos que impulsionam os enfermeiros na promoção da atenção e no padrão do serviço ofertado (Shimizu; Couto; Merchan-Hamann, 2011).

Desta maneira, observam-se divergências sobre o papel da motivação e do estresse na profissão, principalmente nos estudos envolvendo populações singulares e extra-hospitalares (Somense; Duran, 2014) entre elas, aquelas encontradas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

As UBS são regidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e passaram a ter um importante papel na atenção primária por serem consideradas as portas de entrada da comunidade para o atendimento (Soares *et al.*, 2013). Ressalta-se que nas UBS as atividades diferem daquelas desempenhadas em ambientes intra-hospitalares pela natureza dos trabalhos executados e abordagem aos pacientes (Soares *et al.*, 2013). Além do mais, de acordo com a Portaria Nº 2.436, de 2017, “todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a Rede de Atenção à Saúde – RAS” demonstrando a pluralidade de atividades desempenhadas pelo enfermeiro nesses locais (Brasil, 2017).

Sendo assim, sabendo que estudos motivacionais têm elevada importância decorrente do seu papel preditivo do tipo de serviço ofertado, conhecendo a relevância da motivação para o trabalho, e entendendo que as UBS poderão ser fontes geradoras de estresse, o presente artigo tem como objetivo identificar os fatores de geradores destes comportamentos nos profissionais que atuam nas UBS através de uma revisão sistemática de literatura, e relatar os possíveis impactos no cuidado ao paciente.

### ***Percurso Metodológico***

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa, através de uma revisão sistemática de literatura sobre a motivação e os fatores de estresse laboral em enfermeiros de UBS, através do estabele-

cimento de critérios específicos para responder à pergunta de pesquisa: O que motiva e o que estressa os profissionais dentro das UBS do Brasil? Utilizando uma estratégia de busca e seleção do material, através da definição de critérios específicos de inclusão e exclusão.

### ***Consulta nas Bases de Dados***

Os artigos foram selecionados na Biblioteca Virtual em Saúde BVS (Lilacs, Bireme, Scielo, Medcaribe, Cochrane, Medline, Medlatina). As palavras utilizadas para a elaboração dessa pesquisa foram cruzadas da seguinte maneira: “Motivação” and “Unidade Básica de Saúde”; “Motivação” and “Atenção Básica em Saúde”; “Estresse” and “Unidade Básica de Saúde”; “Estresse” and “Atenção Básica em Saúde”, as quais estão inseridas nos Descritores em Ciências de Saúde.

### ***Critérios de Seleção***

Os critérios de inclusão adotados para a busca das publicações foram artigos em português, publicados entre os anos de 2008 e agosto de 2018, produzidos no Brasil para que os dados fossem pertinentes à realidade encontrada no país, focados no papel do enfermeiro dentro das UBS. Além disso, foram utilizados artigos que estivessem plenamente disponíveis, respeitando as normativas da BVS, utilizando as palavras-chave citadas anteriormente. Foram excluídos desta investigação os seguintes materiais: capítulos de livros, teses e dissertações que não passaram por processos rigorosos de seleção por pares. Além disso, esta pesquisa trabalhou com artigos originais, excluindo desta análise as revisões de literatura.

### ***Procedimentos de revisão***

As autoras realizaram de maneira independente a leitura exploratória e seletiva, para observação da concordância na seleção dos materiais baseados nos títulos e resumos. Nos artigos que não fo-

ram visualizados em conformidade de seleção, o mesmo foi avaliado pela terceira investigadora para que uma decisão fosse tomada. A seguir, foi realizada a leitura crítica e interpretativa dos artigos selecionados. Ressalta-se que as publicações que não contemplavam os critérios preconizados foram excluídas desta pesquisa.

Ressalta-se que este artigo seguiu o protocolo Prisma Statement (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) constituído por uma lista de verificação e fases distintas de investigação, para garantia de que a revisão fosse realizada através de critérios rígidos de investigação.

## Resultados

De acordo com a metodologia Prisma, a primeira fase desta análise contou com a identificação das publicações a partir dos descritores. Nesta etapa investigativa, foram encontradas 145 produções. Utilizando-se as questões norteadoras e os critérios de inclusão previamente definidos, na fase de elegibilidade foram selecionadas 68 publicações. Por fim, apenas 11 dos artigos atenderam aos critérios da pesquisa.

Os dados encontrados demonstram que no artigo de Silva *et al.* (2015) o afastamento na atenção primária ocorre devido à sobrecarga mental, provenientes do excesso de trabalho. Para esses autores, a melhoria nos quadros de estresse seria obtida através de uma revisão das políticas laborais dessa categoria, com redução na carga de trabalho.

Corroborando com os achados descritos anteriormente, Leonelli *et al.* (2017) e Schrader *et al.* (2012) ressaltam que o estresse também é decorrente do excesso de atividades desenvolvidas pelo profissional da Enfermagem. Os dados revelaram que frequentemente estes profissionais apresentam mais de um vínculo empregatício, e a duplicação da jornada de trabalho decorrente da baixa remuneração na profissão resulta em um desgaste excessivo. Ressaltam ainda que é a remuneração inadequada que impulsiona este profissional à rea-

lização de atividades extras como complementação de renda, diminuindo a motivação dos funcionários dentro das UBS. Além disso, foi observado que o seguimento feminino é o mais atingido, pois as mulheres apresentam ainda a jornada tripla de cuidadoras do lar, com sobrecarga de atividades. Mas evidenciam que para o exercício da profissão é necessária uma saúde física e mental adequada. Sendo assim, os autores salientam a importância do autocuidado, uma vez que a profissão de Enfermagem é pauta no cuidar.

Para Camelo e Angerani (2008) e Weykamp e colaboradores (2015), a motivação é oriunda de ações de capacitação. A educação em saúde aumenta a confiança na realização do serviço prestado, gerando um sentimento de importância no profissional da Enfermagem, e uma vez motivado, este enfermeiro transforma o ambiente onde atua melhorando a qualidade do trabalho ofertado. Os resultados destacam que a falta de educação permanente é considerada pelos trabalhadores como uma situação afliativa na resolução dos problemas mencionados pelo cliente, gerando desmotivação no trabalho. A capacitação também é descrita por Fernandes *et al.* (2010), como sendo fundamental para a solução dos problemas encontrados pela gerência das UBS. Salientam também que a falta de conhecimento administrativo, de recursos financeiros e humanos são desmotivantes para estes profissionais.

Mas a motivação é uma ferramenta fundamental transmitida na qualidade do atendimento. Para Weykamp *et al.* (2015) e Filho e Borges (2014) a motivação é considerada um fator crucial para o bom rendimento do trabalho. Mas para esses autores, existe um esforço por parte dos enfermeiros em manter-se motivados, utilizando para isso estratégias organizacionais, palestras educativas sobre os agentes estressantes, bem como, o enfrentamento das situações de estresse e desmotivação. Além disso, Rocha *et al.* (2013) concluem que a ação do cuidado e o reconhecimento pelo trabalho realizado impulsionam os enfermeiros. Entretanto, o descaso parte da gerência, a sobrecarga de trabalho, a cobrança excessiva e a falta de infraestrutura fazem com que os profissionais se sintam desmotivados.

Ainda corroborando com os achados anteriores, foi demonstrado por Daubermann e Tonette (2012) que as condições de trabalho são fundamentais para o desempenho do enfermeiro. Ambientes precários com falta de suprimentos repercutem não somente na motivação como também na qualidade de vida destes profissionais. Esses autores apontam que há uma convergência dos achados com a literatura atual, onde as satisfações das condições de trabalho estão relacionadas com os recursos humanos adequados, a disponibilidade de materiais e um bom envolvimento da equipe. E salientam que esses fatores são refletidos diretamente na qualidade de vida dos enfermeiros e no cuidado ao paciente.

Contrariando os dados demonstrados até então, para Fontana e Siqueira (2009) as demandas excessivas de trabalho não são geradoras de um estresse significativo, sendo a mesma interpretada de maneira positiva pelos enfermeiros. Mas os autores observaram que um dos problemas dentro das Unidades é decorrente das contestações da população ao atendimento prestado, gerando o desgaste do profissional e implicando no cuidado ao paciente. Mas evidenciam que esta resposta negativa por parte do cliente é decorrente da falta de recursos humanos e de estrutura das Unidades que impactam diretamente sobre o enfermeiro e sobre o cliente.

Por fim, no relato de experiência desenvolvido por Silva *et al.* (2011), foi demonstrado que o ambiente de trabalho em que os profissionais de saúde estão inseridos são causadores de desgaste psicológico, podendo desencadear doenças associadas ao estresse, sendo assim, ações de autovalorização e incentivo melhoram a motivação do trabalhador.

A apresentação dos principais achados, sobre o ano da publicação, título, o tipo de estudo, os principais achados e a referência foram sumarizados no Quadro 1.

Saberes, práticas e pesquisas em ambiente e saúde

Ano	Título	Tipo de Estudo	Principais Resultados	Referência
2017	Estresse percebido com profissionais da Estratégia de Saúde da Família	Pesquisa transversal	O estresse está relacionado à sobrecarga de trabalho e a ausência de profissionais na composição das equipes multiprofissionais.	(Leonelli <i>et al.</i> , 2017)
2015	A síndrome de Burnout em profissionais da rede de atenção primária à saúde de Aracaju, Brasil	Pesquisa transversal	A alta demanda de atividades, associada à fragmentação das tarefas e falta de apoio os colegas favorece o surgimento do estresse.	(Silva <i>et al.</i> , 2015)
2015	Motivação: ferramenta de trabalho do enfermeiro na prática da educação em saúde na atenção básica.	Pesquisa descritiva exploratória qualitativa.	A educação em saúde é uma ferramenta de motivação profissional, uma vez que o enfermeiro também exerce atividades educativas.	(Weykamp <i>et al.</i> , 2015)
2014	A motivação dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde	Pesquisa descritiva exploratória.	O desvio na execução das funções e a distribuição inadequada tanto dos servidores quanto da renda, aliadas a falta de equipamentos e materiais são desmotivantes para os profissionais.	(Filho; Borges, 2014)
2013	Motivação dos profissionais para o ingresso e permanência na estratégia saúde da família	Pesquisa qualitativa	A valorização e o reconhecimento pela comunidade, juntamente com a sensação de ser útil aumentam a motivação. Já a sobrecarga de atividades, cobrança de metas, ausência de recursos e de estrutura física desmotivam os profissionais.	(Rocha <i>et al.</i> , 2013)

Ano	Título	Tipo de Estudo	Principais Resultados	Referência
2012	Trabalho na Unidade Básica de Saúde: implicações para a qualidade de vida dos enfermeiros	Pesquisa qualitativa descritiva exploratória	Condições inadequadas de trabalho, recursos limitados, sobrecarga de atividades e baixa remuneração diminuem a motivação deste profissional. O principal agente motivador é o prazer na atividade do cuidado.	(Schrader <i>et al.</i> , 2012)Rio Grande do Sul, sobre a sua qualidade de vida no trabalho (QVT)
2012	Qualidade de vida no trabalho do enfermeiro da Atenção Básica de Saúde	Pesquisa descritiva qualitativa	A remuneração adequada associada às condições favoráveis de trabalho são fatores motivadores, que são refletidos na melhora da assistência.	(Daubermann; Tonete, 2011)
2011	Promoção da saúde no trabalho das equipes de saúde da família: um relato de experiência	Relato de experiência	Ações de promoção da saúde e a autovalorização melhoram a motivação do trabalhador.	(Silva <i>et al.</i> , 2011)
2010	Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde	Pesquisa transversal qualitativa	A falta de capacitação e carência de recursos e composição incompleta de equipe causa descontentamento.	(Fernandes <i>et al.</i> , 2010)
2009	O trabalho do enfermeiro em saúde coletiva e o estresse: análise de uma realidade	Pesquisa descritiva quantitativa qualitativa	Os profissionais se sentem motivados e satisfeitos quando existe organização, políticas de gestão de pessoas e um bom relacionamento interpessoal, incluindo a chefia. Mas a falta de recursos humanos, a sobrecarga nas atividades poderá resultar em adoecimento e insatisfação.	(Fontana; Siqueira, 2009)

Ano	Título	Tipo de Estudo	Principais Resultados	Referência
2008	Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família	Pesquisa exploratória qualitativa	Investir na capacitação é primordial para que os profissionais sintam-se motivados e satisfeitos	(Camelo; Angerami, 2008)

**Quadro 1. Dados dos artigos encontrados após os critérios de inclusão/exclusão norteadores desta investigação**

## Discussões

A saúde do trabalhador está intimamente associada às condições de trabalho às quais este profissional está submetido. Os primeiros relatos sobre o adoecimento decorrente da atividade laboral datam da Revolução Industrial, decorrentes dos longos períodos de jornadas, do afastamento do convívio familiar e da baixa remuneração (Fingret, 2000). Atualmente, estes fatores continuam sendo considerados fontes de estresse na profissão, e dentro das Unidades, são apontados como causas para o adoecimento do enfermeiro.

Mas devido ao posicionamento estratégico das UBS, existe uma grande procura desses centros de atenção primária à saúde pela população, principalmente por aquelas oriundas das classes menos favorecidas, acarretando na criação de uma relação entre os profissionais e os usuários (Pacini *et al.*, 2015). Apesar do restrito número de publicações na área sobre o assunto nos últimos anos, foi possível observar que o reconhecimento profissional, o papel produtivo dos enfermeiros e a possibilidade de auxílio foram considerados fatores motivacionais, que levaram à satisfação pessoal e melhoraram o desempenho das atividades exercidas (Rocha *et al.*, 2013; Schrader *et al.*, 2012). Contrapondo a valorização pelo cliente, o descontentamento no exercício da profissão oriundo do ambiente de trabalho resulta no comprometimento da qualidade do atendimento (Filho; Borges, 2014; Leonelli *et al.*, 2017; Schrader *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2015). Na avaliação dos artigos encontrados nesta pesquisa, observou-se que os principais fatores causadores de estresse e de desmoti-

vação estão relacionados com a ausência de profissionais compondo a equipe multiprofissional, gerando sobrecarga de atividades dentro das UBS (Fernandes *et al.*, 2010; Fontana; Siqueira, 2009; Leonelli *et al.*, 2017). Também foi visualizado que a fragmentação das tarefas executadas pelos enfermeiros e os relacionamentos interpessoais entre os membros da equipe e com a comunidade são fatores geradores de estresse (Silva *et al.*, 2015). Mas a falta de recursos tanto financeiros quanto de materiais são importantes fontes de estresse entre os profissionais (Rocha *et al.*, 2013). Além disso, a remuneração inadequada também gera insatisfação e desmotivação no exercício da profissão, levando esses profissionais ao estresse (Figura 1).

Os resultados encontrados neste estudo também revelam que a deficiência na capacitação é considerada pelos trabalhadores como uma situação afritiva, sendo o contrário também uma premissa verdadeira, onde a motivação está diretamente ligada à educação em saúde estimulando o conhecimento, permitindo ao profissional ampliar a sua autonomia e estimulando-o a ser o coautor na promoção da saúde (Camelo; Angerami, 2008; Fernandes *et al.*, 2010; Weykamp *et al.*, 2015).

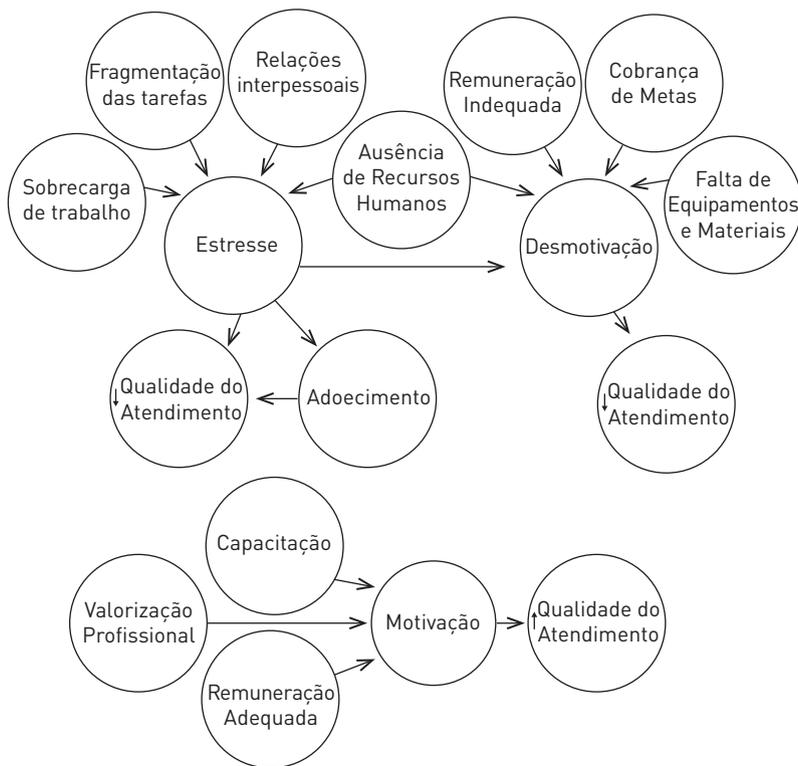
Ressalta-se também que nas unidades não são somente os enfermeiros que sofrem com a ausência de recursos humanos. Devido à composição multidisciplinar dentro das UBS, as equipes de saúde bucal e os setores administrativos, também são afetados e apresentam queixas quanto à falta de trabalhadores na área (Filho; Borges, 2014).

Sendo assim, observa-se as similaridades dos fatores causadores de estresse e de motivação na profissão, tanto na área intra quanto extra-hospitalar. Neste sentido, acredita-se que os enfermeiros atuantes na atenção primária também poderão ser alvos das patologias associadas ao estresse crônico.

Nesta revisão ficou claro que a motivação surge da valorização do profissional, quer seja através de ações educacionais, de capacitação em saúde ou da remuneração adequada e equilibrada entre os membros da equipe, tornando-se incentivos refletidos na melhora da qualidade da assistência. Mas é a valorização pela comunidade a principal força motriz dentro das Unidades, interferindo positivamente na execução e na organização do trabalho realizado (Figura 1). Os resultados também enfatizam que as relações interpessoais

são fundamentais para o bom desempenho das atividades, uma vez que o apoio dos colegas e da gerência é classificado como motivador pela equipe multiprofissional (Fontana; Siqueira, 2009).

Ressalta-se também que a falta de motivação e o estresse laboral são responsáveis pelo risco aumentado de doenças como depressão, doenças cardíacas e diabetes, gerando sintomas físicos e psicológicos, tornando os enfermeiros alvos diretos dessas patologias (Leonelli *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2015).



**Figura 1. Fatores envolvidos no estresse e na motivação, que são refletidos na atenção ao paciente**

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

## Conclusões

Através desta revisão, pode-se concluir que o enfermeiro dentro das UBS está sujeito às mesmas situações de estresse daqueles encontrados dentro dos ambientes hospitalares. Ressalta-se que o impacto do estresse na vida do enfermeiro poderá desencadear problemas físicos e psíquicos levando ao adoecimento desse profissional e consequentemente, na diminuição da qualidade do atendimento ao paciente.

Além disso, observou-se que a motivação desses profissionais é derivada da valorização pelos usuários das UBS. Mas que ações de capacitação são fundamentais para a manutenção da motivação destes enfermeiros.

Desta maneira, faz-se necessário compreender o ambiente das UBS e suas fragilidades, para que ações de intervenção contra o surgimento do estresse possam ser executadas. Bem como o incentivo da motivação e sua utilização como ferramenta de trabalho, promovendo a excelência na qualidade do atendimento e estimulando o profissional, melhorando a qualidade de vida do enfermeiro e o cuidado ao cliente.

**Agradecimentos:** Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação de Santa Catarina – Fapesc (Termo de Outorga 2019TR70) pelo apoio.

## Referências

BENSON, Suzanne G.; DUNDIS, Stephen P. Understanding and motivating health care employees: Integrating Maslow's hierarchy of needs, training and technology. **Journal of Nursing Management**, v. 11, n. 5, p. 315-320, 2003.

BRASIL. **Portaria N° 2.436, de 21 de Setembro de 2017** Portaria N° 2436, 2017.

BURTSON, Paige L.; STICHLER, J. F. Nursing work environment and nurse caring: Relationship among motivational factors. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n. 8, p. 1819-1831, 2010.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. O papel da Faculdade de Saúde Pública na formação de recursos humanos para a saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 45-52, 2008.

COPANITSANO, Panagiota; FOTOS, Nikolaus; BROKALAKI, Hero. Effects of work environment on patient and nurse outcomes. **British Journal of Nursing**, v. 26, n. 3, p. 172-176, 2017.

DAUBERMANN, Daiane Corrêa; TONETE, Vera Lúcia Pamplona. Qualidade de vida no trabalho. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 277-283, 2011.

FARQUHARSON, Barbara. *et al.* Nursing stress and patient care: Real-time investigation of the effect of nursing tasks and demands on psychological stress, physiological stress, and job performance: Study protocol. **Journal of Advanced Nursing**, v. 69, n. 10, p. 2327-2335, 2013.

FERNANDES, Marcelo Costa. *et al.* Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 11-15, 2010.

FILHO, Antonio Alves; BORGES, Livia de Oliveira. A Motivação dos Profissionais de Saúde das Unidades Básicas de Saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, n. 4, p. 984-1001, 2014.

FINGRET, A. Occupational mental health: A brief history. **Occupational Medicine**, v. 50, n. 5, p. 289-293, 2000.

FONTANA, Rosane; SIQUEIRA, Kallyne. O trabalho do enfermeiro em saúde coletiva eo estresse: análise de uma realidade. **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 3, p. 491-498, 2009.

LEONELLI, Luiz Bernardo. *et al.* Estresse percebido em profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 202, p. 286-298, 2017.

MCVICAR, Andrew. **Workplace stress in nursing: A literature review** *Journal of Advanced Nursing*, 2003.

MEIR, Elchanan I. Relationship between intrinsic needs and women's persistence at work. **Journal of Applied Psychology**, v. 56, n. 4, p. 293-296, 1972.

PACINI, M. C. *et al.* Motivação dos profissionais para o ingresso e permanência na estratégia saúde da família. **Convibra Saúde – Congresso Virtual Brasileiro de Educação**, p. 1-12, 2015.

ROCHA, Amanda Almeida. *et al.* Motivação dos profissionais para o ingresso e permanência na estratégia saúde da família. **Convibra Saúde – Congresso Virtual Brasileiro de Educação**, v. 16, n. 3, p. 269-277, 2013.

SARAFIS, Pavlos. *et al.* The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. **BMC Nursing**, v. 15, n. 1, p. 1-9, 2016.

SCHRADER, Greice. *et al.* Trabalho na Unidade Básica de Saúde : implicações para a qualidade de vida dos enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, p. 222-228, 2012.

SHIMIZU, Helena Eri. *et al.* Pleasure and suffering in intensive care unit nursing staff. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 565-572, 2011.

SILVA, Ana Carolinade Oliveira *et al.* Promoção da saúde no trabalho das equipes de saúde da família: um relato de experiência TT - Health promotion at work for family health teams: a first-hand account TT - Promoción de la Salud en el trabajo de los equipos de salud de la familia: relato de. **Mundo saúde (Impr.)**, v. 35, n. 4, p. 443-447, 2011.

SILVA, Carla Palmeira Sarmenti. *et al.* A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3011-3020, 2015.

SOARES, Cândida Elizabetedos Santos. *et al.* Atribuições do enfermeiro na unidade básica de saúde: percepções e expectativas dos auxiliares de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 915-921, ago. 2013.

SOMENSE, Carolina Bueno; DURAN, Erika Christiane. Satisfaction/ Motivation of Nurses: Integrative Review. **Journal of Nursing**, v. 8, n. 87, p. 3172-3181, 2014.

WEYKAMP, Juliana Marques. *et al.* Motivação: Ferramenta de Trabalho do Enfermeiro na Prática da Educação em Saúde na Atenção Básica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 19, n. 1, p. 5-10, 2015.

# 7. PERCEÇÃO DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO COM A EXPERIÊNCIA DO PET-SAÚDE/GRADUASUS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

*Nayara Lisbôa Almeida Schonmeier  
Natalia Veronez da Cunha Bellinati*

## **Introdução**

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem impulsionando diversos avanços para seu desenvolvimento, como novas políticas institucionais, descentralização da gestão, formulação de políticas públicas e participação social. Isso tem permitido a expansão do acesso da população à saúde, com investimentos em recursos humanos e tecnologia (Paim *et al.*, 2011).

Os investimentos em qualificação de estudantes de graduação e pós-graduação, na preparação de futuros profissionais da saúde para a realidade do SUS, implica em profundas transformações no âmbito da Saúde Pública e formação em Saúde no Brasil (Furlanetto; Pinho; Parreira, 2015). A formação profissional em saúde tem sido abordada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que buscam novos modos de ensinar a ser profissional e a articular os processos educativos às realidades das vivências no trabalho (Garcia *et al.*, 2006). Para isso, as DCN têm seus princípios pautados no estímulo de práticas de estudos independentes, que encoraja o desenvolvimento de habilidades e competências fora do ambiente escolar. Estimula articulação entre teoria e prática, enfatiza os princípios e diretrizes do SUS para formar profissionais capazes de garantir a integralidade e atendimento humanizado da população (Brasil, 2001).

Para um novo modelo de assistência à saúde, é necessário um ensino que propicie uma formação centrada na interdisciplinari-

dade e integralidade, responsabilidades compartilhadas entre o SUS e Instituições de Ensino Superior (IES). Com práticas que desenvolvam a qualidade de vida de usuários e humanização das relações, com condições para aprendizado mútuo e trabalho em equipe, sem o predomínio de uma profissão, e sim criando zonas de fronteiras entre os saberes em saúde (Garcia *et al.*, 2006). A inserção do acadêmico nos cenários práticos de atuação em saúde possibilita o desenvolvimento de competências e habilidades, que permite o entendimento da integralidade da assistência e a compreensão dessa dimensão para atuar em diferentes situações de contexto do trabalho em saúde (Benito *et al.*, 2017).

A integralidade é a percepção do sujeito articulado no seu contexto familiar, meio ambiente e à sociedade a qual interage, o que torna necessária a combinação de ações de saúde, para compreender as condições de vida da população e os fatores responsáveis pelo adoecimento e mortalidade para que sejam minimizados ou erradicados (Machado *et al.*, 2007).

É necessário orientar as graduações em saúde para a integralidade visando melhoria da qualidade da atenção à saúde da população, pois uma ação uni profissional é limitada para abarcar as necessidades de um indivíduo ou população (Brasil, 2004). A atuação interdisciplinar em saúde pode possibilitar uma alternativa diferenciada à educação, orientada por uma ampla visão dos problemas na área da saúde e pelo entendimento de que o conhecimento interdisciplinar e as ações não se excluem: elas se cruzam (Bispo; Tavares; Tomaz, 2014).

O Programa Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), instituído pela Portaria Interministerial nº 1.802 em 2008 (Brasil, 2008), traz a perspectiva de inserção dos acadêmicos nos cenários de prática, propondo novos modos de ensinar e aprender, de maneira interdisciplinar e integral (Garcia *et al.*, 2006). O edital temático PET-Saúde/GraduaSUS, portaria Interministerial nº 1.127 lançado em 2015, tem como finalidade desenvolver ações entre ensino-serviço-comunidade no território para o fortalecimento dos movimentos de mudanças dos cursos de graduação em saúde de acordo

com as DCN em aproximação ao SUS, envolvendo seus atores e a comunidade acadêmica. É focado na interdisciplinaridade, humanização, integralidade da atenção e diversificação de cenários de práticas, promovendo o desenvolvimento regional no enfrentamento de problemas de saúde prevalentes (Brasil, 2015).

Com isso, a atuação interdisciplinar e o aprendizado da integralidade pressupõem práticas em diferentes cenários, conhecimento da realidade da vida das pessoas e dos âmbitos do SUS, aperfeiçoamento da capacidade crítica. Assim, desenvolve competências gerais, independente da área de formação, problematiza saberes e práticas vigentes, para a formação habilidades específicas de cada trabalho (Brasil, 2004).

Para incentivar as mudanças curriculares nos cursos da saúde, o PET-Saúde/GraduaSUS tem como finalidade auxiliar e incentivar os acadêmicos na busca de amadurecimento em suas áreas de formação, no fortalecimento do SUS e na ampliação das relações entre ensino-serviço-comunidade. Além disso, incentiva o trabalho em equipe interprofissional, a formação interdisciplinar, aprendizagem significativa pautada no diálogo e colaboração, que desenvolve um futuro profissional humanista e atento às necessidades da população (Batista *et al.*, 2015; Madruga *et al.*, 2015).

Com base no que foi exposto, este estudo busca compreender se a experiência no PET-Saúde/GraduaSUS proporciona o entendimento da integralidade da atenção em saúde para formação de profissionais capazes de atuar em diferentes situações de trabalho.

## **Percurso metodológico**

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, realizado com nove (09) discentes participantes do Pet-Saúde/GraduaSUS Serra Catarinense escolhidas por conveniência (acessibilidade), sendo três acadêmicas do curso de Biomedicina, duas acadêmicas do curso de Medicina e quatro acadêmicas do curso de Fisioterapia.

Inicialmente foi agendado um encontro individualizado com cada acadêmica, em um local reservado para que cada acadêmica

se sentisse à vontade para responder as perguntas da entrevista no formato de diálogo aberto com a pesquisadora. No dia agendado, o encontro teve início com a coleta de dados sobre os participantes, tais como a idade, profissão, curso em andamento e fase do curso. Posteriormente foram feitas perguntas relacionadas à prática do território do Pet-Saúde/GraduaSUS Serra Catarinense para a formação profissional, entendimento da integralidade da atenção e como o Pet-Saúde promove o entendimento de integralidade; as habilidades e competências desenvolvidas a partir da participação no Pet-Saúde e se a formação acadêmica propicia o entendimento de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Durante a entrevista a pesquisadora realizou anotações pertinentes ao comportamento do acadêmico, para a interpretação da análise de dados qualitativos.

As entrevistas foram gravadas em arquivo de vídeo digital e logo após a sua realização foram transcritas usando o software Word<sup>®</sup> versão 2010. Os registros foram realizados logo após o encerramento da entrevista e fazem parte do *corpus* de dados do estudo.

Foi realizada análise de conteúdo dos dados (Bardin, 2011), utilizando o software Atlas.Ti<sup>®</sup> versão 8.0. Após cada entrevista, foram analisados os dados transcritos por meio da leitura atenta para a melhor compreensão dos dados de maior valor teórico. Em cada entrevista foram identificados os conteúdos que foram compilados sistematicamente de maneira que representem a mesma ideia, e assim foram gerados códigos. A construção dos códigos foi baseada em conceitos teóricos e analíticos referentes ao tema. Tais códigos agregaram-se formando as categorias por representações, que fazem parte das respostas, que serviram de base para a descrição do fenômeno e da construção teórica do estudo (Minayo, 2008; Gibbs, 2009). A identificação das participantes se deu por códigos com a abreviação de discentes “D”, pela ordem das entrevistas e codificação dos conteúdos.

Foram eliminados dos trechos transcritos, termos sem conteúdo ou que não obedeciam às normas cultas do Português, portanto os trechos foram transcritos para melhor entendimento, porém foram mantidas a essência dos conteúdos.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Planalto Catarinense sob parecer nº 1.854.874.

## **Resultados**

As discentes participantes do PET-Saúde GraduaSUS Serra Catarinense têm idade entre 19 e 31 anos, sendo todas do gênero feminino. Quanto ao perfil das participantes, a discente D4 já possui graduação em Medicina Veterinária e as discentes D5 e D6 participaram de editais anteriores do Pet-Saúde.

Após a fase de análise das entrevistas, o conteúdo obtido foi dividido em 41 códigos que foram agrupados em quatro categorias: Entendimento sobre Integralidade da atenção; Experiência Pet-Saúde para a formação profissional; Formação Acadêmica e Habilidades e Atitudes desenvolvidas pelo Pet-Saúde.

### ***Entendimento sobre Integralidade da Atenção***

Foi observado que a compreensão das discentes sobre integralidade da atenção é dada pela perspectiva ampliada da realidade, na busca do entendimento do todo. Com isso, há a exclusão do reducionismo das práticas em saúde unidisciplinares. Na perspectiva das discentes, os conceitos de integralidade, interdisciplinaridade e humanização se agregam:

Eu acho que atendimento integral é ver o paciente como um todo, desde o psicossocial, o lugar que ele mora, entender a epidemiologia do lugar, conhecer as condições de vida, de trabalho, de família. (D4)

Eu podendo tratar ele, vendo ele como um todo, se ele não está bem, a gente aprende a ver um pouco mais esse lado humano não só “vamos fazer isso por hoje e deu”, tem que aprender a escutar. (D1)

Além disso, no entendimento das discentes, a integralidade também ocorre no serviço, com ações interprofissionais como matrícula e contra referência, na intenção de envolver as diferentes disciplinas e níveis de atenção para a resolução de problemas:

Eu entendo com relação a integralidade, é tu integrar os vários serviços que tem, por exemplo, dentro de uma UBS entende, desde um médico, a integração dele com a equipe, com as ACS, com o dentista, com os enfermeiros, é ter aquela integralidade, é de talvez você mandar um encaminhamento para uma fisioterapeuta, e essa fisioterapeuta te mandar uma contra referência. (D9)

Seria a multidisciplinariedade, é o médico pedir a minha ajuda, eu pedir ajuda do fisioterapeuta, e assim com a psicologia, serviço social, e todo mundo fazer uma rede em prol do paciente, e não ficar assim, tudo subdividido, fragmentado, e lá na frente, talvez numa reunião de matrícula a gente junte. (D6)

Quando questionadas sobre como o Pet-Saúde propiciou a integralidade da atenção, elas a associaram com as ações de prevenção de doenças, promoção de saúde e educação permanente com os outros profissionais da Atenção Básica. Contudo, essa relação confundiu-se com ações interdisciplinares. Supõe-se dessa forma que, no entendimento das discentes, a integralidade se correlaciona com ações interprofissionais na saúde:

A promoção fazemos em grupos. A gente realiza muitas ações em escolas, em grupos específicos de pessoas, integrando o saber de outras profissões junto com a gente. (D2)

As preceptoras sempre vão junto com a gente para as ações nas escolas. Os Agentes de Saúde, tinham dúvidas sobre as zoonoses, a gente fez um curso para eles, para eles entenderem o que que acontecia, as doenças que os

animais transmitem ou podem transmitir, como fazer territorialização. (D8)

Na percepção das discentes, a integralidade não ocorre com frequência devido ao modelo biomédico ainda prevalecer, porém elas observaram que se encontra em processo de construção. O Pet-Saúde propiciou essa mudança de visão com o trabalho em equipe interprofissional, como observado nos trechos a seguir:

Assim, não é uma coisa que a gente consegue ver sempre, às vezes a gente vê que é meio travado ainda o sistema, ainda está naquele modelo biomédico, mas aos poucos eu sinto que esse gelo vai quebrando. (D2)

Eles vêm tentando fazer a integralidade, mesmo porque colocam preceptores de diversas áreas, então é uma tentativa, uma busca da integralidade, de buscar essa visão. (D4)

### ***Experiência PET-Saúde para a Formação Profissional***

A vivência com a comunidade e com outros profissionais de saúde transformou a concepção das discentes a respeito do processo saúde-doença. A compreensão da natureza humana foi fomentada pela empatia e a humanização do cuidado, com isso foi possibilitada uma abordagem efetiva para a resolução dos problemas de saúde da população:

Eu acredito que o ensino-serviço-comunidade nos aproxima mais das pessoas, entendemos melhor o estado geral dela, não só a doença no momento que ela tem. (D2)

Empatia melhora, você tentar ver as coisas pelo ponto de vista das outras pessoas e melhora como ser humano de modo geral, e a partir do momento que eu sou um ser humano melhor, eu vou ser um profissional melhor. (D4)

A gente tem que pensar que por trás daquela doença tem uma pessoa, que vai ter que passar por algum tratamento, tem uma família que vai precisar auxiliar essa pessoa, tem tudo isso, a gente acaba saindo mais humano. (D8)

Para ser um profissional melhor, para aprender a lidar melhor com todo tipo de pessoa que a gente pode vir a trabalhar, todo mundo deveria ter essa vivência que a gente tem no PET. (D7)

Com a participação no Pet-Saúde, as discentes ampliaram o olhar sobre a realidade da saúde pública, das práticas em saúde e da formação profissional. É possível observar nos relatos que o conhecimento do SUS na realidade do território revelou diferenças que a graduação não manifestou:

Eu acho que a partir do momento em que ele começa a te mostrar a realidade do que é realmente, ele tira aquela fantasia do que é a faculdade em si, do que a faculdade te mostra. (D9)

Porque nem sempre é fácil, a gente sabe que saúde pública não é fácil, assim, primeiro que por recursos, e tempo, porque um profissional dentro de uma Unidade de Saúde tem que fazer muita coisa, e fica sobrecarregado, o enfermeiro lá fica sobrecarregado, tem vacina, tem teste rápido e é muita coisa para uma pessoa. (D1)

Quando questionadas sobre como a experiência de atuação no serviço-ensino-comunidade contribuiu para a formação profissional, elas afirmaram que o Pet-Saúde as prepararam para a realidade da atuação profissional no SUS. A vivência no território as fez ampliar o conhecimento científico, conhecer os programas de saúde e almejar futuramente trabalhar no SUS e, com isso, mudar realidades:

Conhecimento sobre epidemiologia, também compreende mais sobre o assunto em si, o que são as doenças, as infec-

ções sexualmente transmissíveis, então eu vejo que a gente adquiriu conhecimento específico das doenças e também da atenção básica, como ela funciona, preparando a gente para o estágio. (D3)

Eu vejo assim, eu gosto de SUS, eu pretendo trabalhar com saúde pública, que é uma das melhores possibilidades de se trabalhar o psicossocial, de mudar a realidade. (D2)

As discentes também relataram que a participação no Pet-Saúde possibilitou o aprendizado e a realização de ações de prevenção de doenças e promoção de saúde juntamente com a equipe de saúde, e que essas práticas são pouco abordadas na IES. Essa vivência propiciou o entendimento dos níveis de atenção em saúde, ampliou o conhecimento de assuntos que são abordados durante as ações e são novas formas de disseminar o conhecimento:

Eu acredito como pessoa que quando a gente faz em grupo essas promoções a gente consegue alcançar um maior número de pessoas. (D2)

Mesmo assim ele não consegue internalizar aquilo então eu acho que promover a saúde é você dar possibilidade a pessoa fazer a diferença na vida dela, com conhecimento, internalizar o conhecimento e usar aquilo no dia-a-dia, não para tratar tal doença, não, mas sim para promover o bem-estar dela e evitar, ou até melhorar a condição de doença, mas principalmente até evitar as condições de doença. (D4)

### ***Formação Acadêmica***

Quando questionadas sobre a formação acadêmica voltada para a promoção de saúde e prevenção de doenças na IES, elas relataram que essas práticas são pouco abordadas durante a graduação nos diferentes cursos. Apesar de estarem previstos na matriz curricular,

aprendem somente na teoria e que no Pet-Saúde esse aprendizado ocorreu na prática:

De qualquer forma, do papel do fisioterapeuta como promotor de saúde a gente não tem. São poucos os professores que tocam nesse assunto. A gente fica muito tempo na faculdade aprendendo técnica. (D1)

É uma coisa bem vasta assim, pincelado, mais é no projeto que a gente aprende bem em relação a atenção da saúde, no curso em si a gente aprende aquela pincelada, mas é a professora que busca bem trazer a gente para essa realidade, mas no curso é bem teoria. (D8)

As discentes relataram que a formação na IES é generalista. Correlacionaram as práticas de prevenção de doenças e promoção de saúde interprofissionais vivenciadas no Pet-Saúde com o entendimento de humanização do cuidado, que é aprendida na prática com a comunidade e com outros profissionais. Essas práticas são pouco abordadas nas matrizes curriculares dos cursos da saúde, mesmo o curso de Medicina que é baseada no método da Aprendizagem Baseada em Problema (PBL):

A função da equipe de saúde da família, a multidisciplinariedade, que não é vista, que deveria ser vista, até de acordo com a Diretriz, do MEC e da faculdade. A gente vai na Unidade de Saúde e não é sabido a função de cada uma da equipe, ou até trabalho em conjunto com eles. Isso para mim está me dando uma nova visão, também nos programas, na equipe de saúde da família, os programas que são trabalhos com ele, até mesmo e-SUS e os outros programas que antes eu não tinha conhecimento. (D5)

Nem todo professor eu acho, que está lá dentro, consegue passar isso para gente, então, eu acho que eu sabendo es-

sas... eu conhecendo a minha Diretriz e o PPC do meu curso, eu consigo ver que há falhas. (D9)

Eu vejo que a nossa universidade ela não trabalha isso, a gente não tem ação de cidadania, a gente não trabalha junto com os outros cursos, não vejo isso, que tem bastante nas outras universidades, é isso que eu sinto falta, que se a gente não tivesse no projeto não teria esse conhecimento. (D3)

### ***Habilidades e Atitudes desenvolvidas pelo Pet-Saúde***

Percebe-se pelos relatos das discentes que a participação no PET-Saúde desenvolve a capacidade de crítica e de busca ativa de conhecimentos quando confrontadas com o desconhecido:

Quando a gente vai para lá, a gente vê situações que talvez a gente não veja na faculdade. Por exemplo alguma doença, então me motiva pesquisar e isso vai abrangendo mais meu conhecimento nesta questão. (D2)

A Diretriz e o PPC, que é o Projeto Pedagógico do Curso, estão perfeitos, só que a gente vive uma prática diferente no PET. (D9)

O PET está enriquecendo e melhorando também a minha possibilidade de crítica, porque se a gente não sabe, a gente não percebe que está deixando de aprender. (D4)

Eu acredito que não deveria ser assim, deveria ser como é a nossa visão do PET. Em uma visita domiciliar, perguntar, ver a família, a situação da família, encaminhar, ter uma conversa com as pessoas, deveria ser mais amplo. (D8)

No relato das discentes é entendido que a participação no Pet-Saúde desenvolve o perfil profissional humanista e que essa realidade não é vivenciada na faculdade. Cabe ressaltar que as discentes

D5 e D6 já participaram de outras versões do Pet-Saúde. A D4 é discente de Medicina que utiliza o método PBL de ensino, onde prevê a atuação dos acadêmicos desde o início da graduação nas UBS. As outras acadêmicas ainda não vivenciaram os estágios curriculares obrigatórios. Portanto, é possível perceber que durante a graduação, as acadêmicas não têm contato com a comunidade e isso interfere no desenvolvimento do perfil humanista:

Porque eu sei que se eu não participasse do PET, eu talvez não saísse tão humana da faculdade, porque a gente não vivencia isso na faculdade. (D2)

Essa habilidade de ouvir o paciente, que eu acho que é bem importante, de saber interpretar. (D2)

Com um paciente de verdade, não tem uma simulação dentro da faculdade que tu vais fazer, que tu vais entender a ajudar o paciente de alguma forma, essa prática, a parte de atender o paciente como uma pessoa de verdade. (D1)

Ele me mostra que eu não preciso estar focada só no exame, eu posso pensar na realidade de onde meu paciente vem, para ver quais as consequências de ele estar doente. (D6)

Os problemas decorrem bem mais do emocional do que só biológico, eu acho que está tudo conectado, e a Medicina deixa isso de lado, mesmo a gente sendo o PBL, e a problematização, eu acho que é uma área pouco explorada ainda no curso de medicina, o perfil psicossocial, que para mim é um dos mais relevantes. (D4)

Conforme relatado pelas discentes, a possibilidade de interagir com a equipe interprofissional e vivenciar o trabalho como as reuniões de equipe nas UBS no planejamento de ações, permitiu o desenvolvimento de liderança, comunicação e do entendimento das relações humanas:

Com certeza, ele trabalha na questão de que tu tens que integrar, fazer reuniões de equipe, trazer um caso e comentar o que cada um pode fazer para melhorar e eu acho que isso tem tudo a ver com o PET. (D9)

Acho que a principal delas é trabalhar relações humanas, saber trabalhar em equipe, saber entender o outro, melhorar o convívio, ouvir, aceitar a opinião do outro. (D3)

É possível perceber pelos relatos das discentes que as vivências proporcionadas pelo Pet-Saúde revelaram a realidade do SUS, contudo a formação acadêmica não expõe essa realidade.

## **Discussões**

A integralidade da atenção origina diferentes significados conforme o contexto que se apresenta. A complexidade de definição gera concepções diversas, porém os entendimentos convergem na busca de humanização da assistência, com práticas interdisciplinares pautadas no diálogo e na articulação das ações, com o intuito de ofertar saúde de qualidade com resolutividade (Goulart; Chiari, 2010; Silva; Miranda; Andrade, 2017). No entendimento das discentes, a integralidade ocorre no cuidado humanizado, na busca do entendimento do todo. Compreendem que as práticas interprofissionais e nos diferentes níveis de atenção predisõem a efetividade na resolução de problemas em saúde.

As práticas profissionais que visam a abrangência das necessidades do indivíduo para garantir saúde, partem do princípio individual na busca da integralidade (Mattos, 2006). A construção de práticas humanizadas em saúde requer que o trabalhador tenha sensibilidade e afetividade como qualidades humanas inerentes ao conhecimento teórico na garantia de assistência integral ao indivíduo (Casate; Corrêa, 2005). A relação profissional-paciente baseada no equilíbrio entre conhecimento científico e formação humanística possibilita o entendimento do processo saúde-doença e, com isso,

garante intervenções eficazes para a solução de problemas (Goulart; Chiari, 2010; Mattos, 2006). A vivência no Pet-Saúde possibilitou a compreensão da natureza humana e fomentou a empatia e a humanização da assistência. A experiência na realidade da saúde pública e nas diferentes ações interprofissionais revelou que a formação acadêmica não as prepara para a atuação eficaz em todos os níveis de atenção e também não aborda a humanização da assistência. Com isso, a formação acadêmica para a integralidade nem sempre ocorre.

A experiência da prática em território com a equipe interprofissional desenvolve o aprendizado da complexidade da natureza humana e das situações de trabalho onde os saberes e práticas se articulam e ampliam as interfaces para a assistência à saúde dos indivíduos (Scherer; Pires, 2013). A união e comunicação das diferentes disciplinas transformou o olhar fragmentado (Morin, 2003) do modelo biomédico aprendido na formação, e com isso, o entendimento de que a interdisciplinaridade produz práticas de assistência significativas (Camara *et al.*, 2016). Os resultados mostram que a formação ainda converge para o modelo biomédico e que a inserção no território do SUS com os preceptores auxiliou na ampliação da visão interdisciplinar. Mesmo estruturas curriculares pautadas na inserção precoce dos acadêmicos como no caso da Medicina, o trabalho interprofissional ainda é pouco vivenciado, e que reforça o modelo biomédico de ensino, medicalização da saúde e tratamentos pouco resolutivos.

A possibilidade de trabalhar em equipe interprofissional aproxima os acadêmicos da realidade do trabalho em saúde pública. O enfrentamento de situações reais na formação acadêmica prepara o futuro profissional para interagir com os outros profissionais, reconhecendo os limites, a interdependência e a autonomia de cada um (Madruga *et al.*, 2015). Essas características convergem para o entendimento da integralidade (Mattos, 2006). A formação acadêmica ainda não contempla a interdisciplinaridade como objeto de aprendizado, assim o trabalho em saúde pública permanece desarticulado, com profissionais que apresentam dificuldades no trabalho em equipe.

A vivência das discentes no Pet-Saúde oportunizou a prática de ações de prevenção e promoção de saúde de acordo com as necessidades do território. Essas práticas são pouco abordadas durante a graduação, que enfatiza o tecnicismo nas profissões. Dessa forma, o profissional tem dificuldades em empregar outras metodologias para abordar a saúde. O conhecimento das necessidades dos sujeitos amplia o reconhecimento das diferentes abordagens em saúde (Mattos, 2006), sendo a integralidade entendida como a articulação de ações preventivas e curativas (Brasil, 2001).

O Pet-Saúde propicia a aplicação da teoria na prática para a construção do conhecimento, estimula a troca de saberes e práticas para além da teoria acadêmica e contextualiza o aprendizado (Battista *et al.*, 2015). Para tanto, a articulação entre ensino-serviço-comunidade deve oferecer espaços de diálogo e desenvolvimento de metodologias pedagógicas inovadoras e significativas para o processo de aprendizagem (Fonsêca *et al.*, 2014). Contudo, o modelo de formação acadêmica ainda se encontra desvinculado dessa realidade, que evidencia a necessidade de mudanças nos modelos de aprendizado na formação em saúde, com metodologias que envolvam docentes e discentes na realidade do SUS, com abordagens interdisciplinares de ensino e problematização de casos reais encontrados na vivência do território com os demais trabalhadores do serviço.

Nesta perspectiva, o Pet-Saúde como política indutora de reorientação da educação profissional em saúde, apresenta uma proposta de modelo inovador para a formação de profissionais atentos às necessidades da população e capacitados a trabalhar em equipe interprofissional (Camara; Grosseman; Pinho, 2015; Camara *et al.*, 2016). Entretanto, é necessário integrar as IES com os serviços de saúde, que são cenários ricos para a produção de conhecimentos e novas práticas pedagógicas (Fonsêca *et al.*, 2014). Para isso, se faz necessário que os docentes vinculem as atividades pedagógicas às necessidades de saúde do território, com metodologias que motivem o aprendizado significativo e que apontem as correlações entre os saberes (Garcia *et al.*, 2006; Leal *et al.*, 2015). O papel do docente na busca por novos modos de ensinar sobre saúde é fundamen-

tal. O conhecimento e aplicação de metodologias de ensino que estimulem a busca ativa de informações e a interação do professor-profissional com os demais trabalhadores do SUS e comunidade instiga o discente. Para que isso ocorra, se faz necessário que as matrizes curriculares das IES propiciem essa experiência e que o professor conheça o território e se proponha a interagir com a equipe interprofissional nos serviços de saúde.

A participação das acadêmicas no Pet-Saúde desenvolveu habilidades e competências preconizados pelas DCN, como a atenção à saúde, liderança, comunicação, trabalho em equipe, busca ativa por conhecimento científico e compreensão da natureza humana. A vivência no território do SUS, preconizada pela articulação ensino-serviço-comunidade (Brasil, 2001), favorece o entendimento acerca do processo saúde-doença. As habilidades e competências desenvolvidas pelo Pet-Saúde (Brasil, 2002) estimulam a busca de soluções para o enfrentamento dos problemas de saúde prevalentes por meio da visão generalista, de modo a contemplar a integralidade da assistência (Araújo; Miranda; Brasil, 2014). O processo formativo voltado para as necessidades do SUS, baseado na troca de saberes entre as profissões, tem potencial transformador e possibilita engajamento nas mudanças curriculares, que podem incluir disciplinas integrativas voltadas à interprofissionalidade, problematização de experiências encontradas no território e o envolvimento dos profissionais com educação permanente.

Para que a integralidade esteja no cotidiano dos serviços de saúde, é necessário reorientar a formação dos profissionais com perfil humanista, que entendam como trabalhar em equipe interprofissional e interdisciplinar e que consigam dialogar e articular novas soluções para os problemas de saúde (Mattos, 2006; Araújo; Miranda; Brasil, 2014).

## **Considerações finais**

A vivência no Pet-Saúde/GraduaSUS permitiu que as acadêmicas compreendessem os sentidos da integralidade da assistência,

com o desenvolvimento de perfil humanista e a prática de atividades interdisciplinares em equipe interprofissional.

O desenvolvimento de habilidades e competências possibilitadas pela vivência no Pet-Saúde/GraduaSUS estão em conformidade com as DCN. A formação acadêmica voltada aos princípios do SUS permite aos futuros profissionais atuarem em todos os níveis de atenção, de forma crítica e reflexiva, de modo a contemplarem a interdisciplinaridade.

O desenvolvimento do perfil humanista ocorreu com o trabalho em equipe interprofissional, por meio da relação direta com a comunidade, quando confrontadas com a realidade do serviço. Contudo, no processo de formação acadêmica esse tema é explorado de maneira insuficiente. Ter a integralidade da atenção como eixo formador em saúde parece ser uma abordagem indispensável para promover saúde centrada no paciente e não na doença.

Com modelo de formação proposto pelo Pet-Saúde, depreende-se que explorar a compreensão do processo saúde-doença, habilita os acadêmicos a trabalharem na realidade do SUS em conformidade com as DCN. O Pet-Saúde como política indutora de reorientação da formação em saúde revela-se como modelo de ensino das práticas em saúde para contemplar a integralidade da atenção em saúde.

**Agradecimentos:** Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação de Santa Catarina – Fapesc (Termo de Outorga 2019TR70) pelo apoio.

## 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**, Salvador, v. 31, p. 20-31, 2014.
- BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva *et al.* Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, Supl. 1, p. 743-752, 2015.

BENITO, Gladys Amelia Vélez *et al.* Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 172-178, 2012.

BISPO, Emanuella Pinheiro de Farias; TAVARES, Carlos Henrique Falcão; TOMAZ, Jerzuí Mendes Tôrrez. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 337-350, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 4/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer CNES/CES 1133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 out. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.127/MS/MEC de 6 de agosto de 2015, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/GraduaSUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde-PET-Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, **AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bit.ly/3aVPmqa>. Acesso em: 6 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 610 de 26 de março de 2002, Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas/ Promed, **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 mar. 2002.

CAMARA, Ana Maria Chagas Sette *et al.* Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde. **Interface**: Comunicação Saúde Educação, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 9-12, 2016.

CAMARA, Ana Maria Chagas Sette, GROSSEMAN, Suely; PINHO, Diana Lucia Moura. Interprofessional education in the PET-Health Program: perception of tutors. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, Supl 1, p. 817-29, 2015.

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Katia. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105-11, 2005.

FONSÊCA, Graciela Soares *et al.* Education through work: reorienting healthcare professionals' education. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 571-583, 2014.

FURLANETTO, Denise de Lima Costa; PINHO, Diana Lúcia Moura; PARREIRA, Clélia Maria de Sousa Ferreira. Re-orientation of human resources for health: a great challenge for the Brazilian National Health System. **Public Health**, v. 129, n. 9, p. 1166-1171, 2015.

GARCIA, Maria Alice Amorim *et al.* Interdisciplinaridade e integralidade no ensino em saúde. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 15, n. 6, p. 473-485, 2006.

GIBBS, Graham. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010.

LEAL, Juliana Alves Leite *et al.* New reorientation spaces for healthcare education: students' experiences. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 361-371, 2015.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MADRUGA, Luciana Margarida de Santana *et al.* O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, Supl. 1, p. 805-816, 2015.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In:* Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco. 2008.

MORIN, Edgar. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

PAIM, Jairnilson *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

SANTOS, Carla de Gouvêa dos *et al.* Formação em saúde e produção de vínculo: uma experiência PET-Saúde na rede de Niterói, RJ, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, p. 985-993, 2015.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise Elvira Pires de; JEAN, Rémy. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013.

SILVA, Marcos Valério Santos da; MIRANDA, Gilza Brena Nonato; ANDRADE, Marcieni Ataíde de. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 62, n 21, p. 589-599, 2017.

# 8. MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL PRATICADO PELOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) EM SANTA CATARINA

*Patrícia Pereira da Silva  
Líliã Aparecida Kanan*

## **Introdução**

A Atenção Básica (AB) está entre as agendas prioritárias do Ministério da Saúde, uma vez que é eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta priorização se traduz na elaboração de ampla política voltada ao enfrentamento dos principais nós críticos que têm direcionado a expansão e o fortalecimento da AB no Brasil. Destaca-se que os principais desafios do SUS encontram-se na ampliação do acesso, na melhoria da qualidade dos serviços e da resolutividade das ações na atenção básica (Brasil, 2013).

O Ministério da Saúde define AB como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que compreende a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia dos sujeitos e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Brasil, 2011).

Nas últimas décadas, conforme identificado por Dalla Vecchia *et al.* (2009), o Brasil teve significativo aumento da abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na AB, e também dos novos serviços substitutivos em Saúde Mental (SM), resultantes dos processos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica.

Muito embora se identifique que problemas relacionados com a SM fazem parte do cotidiano dos serviços de saúde do SUS, com

expressiva demanda na AB, os profissionais que compõem as equipes da ESF, na maioria das vezes, não se sentem preparados para intervir nas demandas de SM, assim, limitam seus cuidados na oferta pela consulta médica, pela terapêutica medicamentosa, ou encaminhamento ao serviço especializado (Gryschek; Pinto, 2015).

Conforme Nunes, Jucá e Valentim (2007), a demanda da SM na AB apresenta particularidades e complexidades que não podem ser respondidas por apenas um núcleo do saber, ou seja, implicam em novas propostas de desinstitucionalização dos cuidados aos portadores de transtornos mentais, para além dos muros de qualquer instituição, com foco no trabalho em equipe multiprofissional e na integralidade dos cuidados a partir do trabalho em rede.

Assim, apesar de sua importância, o que poderia ser uma ferramenta de cuidado em saúde mental na AB pela facilidade de acesso das equipes aos usuários, tem sido uma prática que suscita muitas dúvidas, curiosidades e receios dos profissionais de saúde (Brasil, 2013). Contudo, a articulação entre SM e AB torna-se necessária e tem despertado crescente interesse científico, tendo em vista que os transtornos mentais de maneira geral representam uma parcela significativa da demanda da AB (Fortes *et al.*, 2011).

E foi a partir das complexidades de demandas de saúde que surgem no cotidiano dos serviços que o Ministério da Saúde em 2008 criou o Nasf (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), constituído por uma equipe multiprofissional de diferentes áreas de conhecimento, cujo escopo de atuação se dá em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de ESF.

A composição das equipes de Nasf é definida pelos gestores municipais, geralmente por meio de diagnóstico de realidade, com base no mapeamento das demandas e necessidades locais de saúde. Entretanto, a organização dos processos de trabalho dos Nasf deve ser estruturada priorizando o apoio matricial, o atendimento compartilhado e interdisciplinar, educação permanente por meio de reuniões de equipe, que favoreçam o compartilhamento e a troca de saberes (Brasil, 2014).

O Apoio Matricial em saúde visa promover retaguarda assistencial, de maneira personalizada e interativa para equipes e profissionais responsáveis pelo cuidado em saúde de uma população de um determinado território. Opera com os conceitos de núcleo e de campo, onde, por exemplo, um especialista de um determinado núcleo apoia especialistas de outro núcleo de formação, objetivando a ampliação de possibilidades e eficácia de sua atuação. O Apoio Matricial pretende oferecer também suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (Cunha; Campos, 2011).

Este estudo pretende se voltar ao conhecimento acerca de como se desenvolve o matriciamento em SM praticados pelas equipes de Nasf no estado de Santa Catarina. Sua relevância está representada pela contribuição ao planejamento e à estruturação de políticas de saúde, visando atingir maior eficácia nos projetos terapêuticos de cuidado propostos, buscando fomentar reflexões sobre processo de trabalho individual versus trabalho em equipe, além de redimensionar novas propostas de ações no que se refere a SM na atenção básica.

A partir de busca realizada no site da DAB<sup>1</sup> no mês de maio de 2016, identificou-se que o estado de Santa Catarina possuía 269 equipes de Nasf implantadas. O estudo pretendeu então analisar como se desenvolve o matriciamento em SM nas equipes de Nasf em Santa Catarina. Especificamente objetivou (a) caracterizar os profissionais que atuam nas equipes de Nasf em SM; (b) examinar o processo e a organização do trabalho nos Nasf em sua relação com o matriciamento em SM; e (c) conhecer a percepção dos profissionais que atuam nos Nasf a respeito de aspectos que potencializam e/ou fragilizam o desenvolvimento do matriciamento em SM.

## **Percurso metodológico**

Quanto à natureza do estudo, ele se classifica como uma pesquisa de campo, aplicada. O estudo é considerado quantitativo. Em relação aos objetivos, trata-se de uma pesquisa descritiva.

---

1. Disponível em: <https://bit.ly/38kzmfN>.

Resultante de cálculo amostral, o estudo contemplou 157 dentre as 269 Equipes de Nasf nas modalidades Nasf 1, Nasf 2 e Nasf 3 existentes em Santa Catarina à época da coleta de dados. Todavia, 5 instrumentos foram descartados por incompletude de informações.

Os dados foram coletados por meio de um questionário com perguntas abertas e fechadas criado pelas pesquisadoras e tendo como base o instrumento Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – Núcleos de Apoio a Saúde da Família – Amaq-Nasf. Optou-se pela utilização do instrumento online, para se atingir o maior número de equipes, dada sua distribuição no território catarinense e o prazo previsto para a coleta de dados. Foi realizado um pré-teste ou teste piloto com 05 integrantes de diferentes equipes Nasf, não computados no quantitativo final de participantes.

Os dados quantitativos resultantes da pesquisa foram analisados por meio de estatística descritiva com o uso do software Statistical Package for the Social Sciences - SPSS para Windows. Foram organizados em planilhas para análise das especificidades de cada conjunto de questões.

O estudo foi registrado na Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme preconiza a Resolução CNS 466/12, sob o número 1.820.034.

## **Resultados e discussões**

Participaram da pesquisa 152 equipes de Nasf das 08 mesorregiões do estado de Santa Catarina. Isso representa 56,5% do total de equipes atuantes no estado no momento da coleta de dados.

As equipes participantes estão assim distribuídas no estado de Santa Catarina: 25,7% estão situadas do Vale do Itajaí; 20,4% no Extremo-Oeste do estado; 15,1% no Sul; 9,2% na região da Grande Florianópolis; 7,9% no Meio-Oeste; 7,2% no Planalto Serrano; e 7,2% no Norte do estado. E quanto às modalidades implantadas nos municípios, 40,7% são do tipo Nasf 1, 23,3% Nasf 2 e 36% Nasf 3.

Responderam ao questionário 263 participantes. Desses 80,6% eram do sexo feminino e 19,4% do sexo masculino. No aspecto ida-

de, 34,2% tinham entre 31/35 anos; 28,1% entre 26/30 anos; 15,2% entre 36/40 anos; 11,4% mais que 40 anos; e 11% entre 20/25 anos. Estes percentuais possibilitam constatar que a maioria dos participantes (62,3%) se encontra na faixa etária entre 26 e 35 anos de idade.

Os resultados encontrados possibilitam verificar que a maioria dos profissionais que compõem as equipes de Nasf de Santa Catarina são do sexo feminino, e isto corrobora os dados apresentados por Haddad (2010) e por Lancman, Gonçalves, Cordone e Barros (2013). Depreende-se que o que sustenta tal achado é o aumento da procura de cursos na área da saúde pelas mulheres e a feminização das profissões nesta área (Matos; Toassi; Oliveira, 2013; Santos *et al.*, 2015; Souza; Araújo, Silva; Silva, 2018; Wermelinger *et al.*, 2010). É pertinente considerar que apesar da reconfiguração e das modificações tanto culturais quanto sociais nos papéis atribuídos às mulheres na atualidade, ainda há o predomínio destas nas funções associadas aos cuidados em saúde (Melo; Barbosa, 2018).

Os participantes representam 11 categorias profissionais, das quais 44,9% são psicólogos, 12,9% fisioterapeutas, 10,6% nutricionistas, 9,1% assistentes sociais, 8,7% educadores físicos, 6,5% farmacêuticos, 2,7% fonoaudiólogos, 2,3% enfermeiros, 1,1% terapeutas ocupacionais, 0,8% pediatras e 0,4% psiquiatras. Desses, 32,3% revelaram ter em seu currículo pós-graduação Lato Sensu em Saúde da Família.

Esses dados corroboram a pesquisa de Leite, Nascimento e Oliveira (2014) sobre qualidade de vida no trabalho, onde participaram 40 profissionais distribuídos entre as seguintes categorias profissionais: 8 fisioterapeutas, 5 psicólogos, 5 terapeutas ocupacionais, 5 fonoaudiólogos, 4 educadores físicos, 4 assistentes sociais, 3 nutricionistas, 1 farmacêutico, 2 ginecologistas, 1 psiquiatra, 1 geriatra e 1 pediatra. Desses 77,5% eram do sexo feminino, e a média de suas idades foi de 32,4 anos. Quanto a especialização, 30% dos profissionais haviam realizado pós-graduação lato ou stricto sensu nas áreas de Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Saúde da Família.

62,4% dos participantes eram concursados, 18,6% contratados, 17,1% haviam passado por processo seletivo e 1,9% possuíam

outros tipos de vínculo. Esses dados se assemelham aos resultados da pesquisa de Geraldo e Kamimura (2018) com educadores físicos do Nasf do município de Mineiro/GO, pois todos os profissionais haviam prestado concurso público. No entanto, a maioria dos estudos, conforme referido por Aguiar e Costa (2015), Matuda *et al.* (2015), Oliveira *et al.* (2017) e Reis e Vieira (2013), revelam vínculo de trabalho, por meio de contratações temporárias, o que segundo os autores fragiliza a atuação na ESF, pois suscita a rotatividade e compromete o vínculo entre os profissionais das equipes Nasf e ESF. Além disso, tende a gerar possíveis conflitos pelas diferenças entre os trabalhadores estáveis e instáveis.

A inserção de profissionais nos serviços públicos sem a realização de concurso sinaliza fragilidades na condição de trabalho, já observadas no campo das políticas sociais. Isto porque promovem a fragmentação dos serviços e ações, além de promover rotatividade de recursos humanos (Seixas, 2009).

Com base nisso, percebe-se que os Nasf de SC têm um diferencial positivo quando comparados aos dos demais estados brasileiros no que se refere à possibilidade de fortalecimento e continuidade das ações de saúde. Sustenta essa afirmativa o fato da maioria dos profissionais (62,4%) gozarem de estabilidade no ambiente laboral.

O tempo de atuação no Nasf encontrado entre os participantes foi de 35,4% entre 1 e 2 anos; 31,9% entre 3 e 5 anos; 23,6% até 1 ano e 9,1% mais que 5 anos. Esses dados corroboram os achados de Bonaldi e Ribeiro (2014), Fernandes *et al.* (2013), Matuda *et al.* (2015) e Reis e Vieira (2013), onde a maioria dos profissionais do Nasf tinham entre um e dois anos de atuação.

Com relação às capacitações profissionais, cerca de 76,4% dos participantes revelam ter participado de cursos relacionados a SM, Saúde da Família ou Nasf. Deste quantitativo, 42,9% foram capacitados ou fizeram cursos com foco no Nasf; 23,7% na área da SM e 13,4% relacionados a Saúde da Família. No estudo de Geraldo e Kamimura (2018) todos os participantes haviam passado por capacitação introdutória sobre Nasf antes de iniciarem suas atividades.

Tais resultados possibilitam observar avanços nas equipes de Nasf de SC, uma vez que a maioria dos estudos realizados em outros estados mostra o oposto (Andrade *et al.*, 2012; Azevedo; Bonaldi; Ribeiro, 2014; Ima; Falcão, 2014; Azevedo; Kind, 2013; Leite; Andrade; Bosi, 2013; Nascimento; Oliveira, 2010; Ribeiro *et al.*, 2015; Sousa; Oliveira; Costa, 2015). Nesses, é evidenciada a presença nos Nasf de profissionais despreparados para a realidade do cotidiano dos serviços de saúde do SUS, devido a descompassos na formação dos profissionais e falta de capacitação sobre o NASF, o que converge para entraves no processo de trabalho das equipes, principalmente no que se refere às ações coletivas e compartilhadas.

Além disso, os estudos de Aguiar e Costa (2015), Hori e Nascimento (2014) e Perrella (2017) reiteram que a falta de capacitação prévia para ingresso nas atividades do Nasf se destaca como fator negativo no desempenho das ações dos profissionais, em razão da falta de informação sobre a proposta do serviço.

A formação dos profissionais vem sendo balizada apenas nos aspectos técnicos das profissões, em detrimento do estímulo para o trabalho compartilhado com profissionais de áreas distintas. No entanto, este fator não isenta os gestores de sua responsabilidade pela educação continuada, fundamentada pelo marco legal da AB brasileira, que objetiva valorizar os profissionais de saúde incitando-os à busca constante de aprimoramento e aperfeiçoamento de sua formação (Andrade *et al.*, 2012; Nunes Junior; Vasconcelos; Arantes, 2018).

O estudo de Minozzo e Costa (2013) destaca que os profissionais que atuam na ESF apresentam dificuldades nas abordagens dos pacientes de SM devido ao incentivo na formação para uma perspectiva biomédica e hospitalocêntrica da doença mental e falta de capacitação para um cuidado integral. A este respeito, Nascimento e Oliveira (2010) referem que para que aconteça a prática interdisciplinar na proposta do Nasf é necessária uma revisão crítica acerca dos processos educativos e formativos nos cursos da saúde que vem sendo desenvolvidos pelas Instituições de Ensino brasileiras.

## ***Processo de trabalho***

Em relação a reuniões de planejamento encontra-se ainda que 48,5% das equipes contam com a participação de todos os seus profissionais, à semelhança do que é encontrado no estudo de Matuda *et al.* (2015). Participam às vezes, 31,6% dos profissionais. Se for considerado o somatório destes dois percentuais, tem-se que a grande maioria (80,1%) das equipes Nasf realizam reuniões com um número expressivo de profissionais.

Neste estudo observou-se que 52,2% das equipes de Nasf desenvolvem reuniões de matriciamento em SM junto as EAB, buscando ampliar as possibilidades de cuidado integral da vida dos sujeitos, por meio do compartilhamento de saberes (Barros *et al.*, 2015; Sousa; Tófoli, 2012). Somando-se esse percentual ao de 34,5% das equipes que às vezes realizam reuniões, depreende-se um cenário de avanços acerca da prática do apoio matricial em SM na AB dos municípios de Santa Catarina.

As diversas experiências de apoio matricial em SM na ESF apresentam aspectos relevantes de avanços na integralidade das ações de saúde. Além disso, o Nasf foi apontado como um importante arranjo para legitimar essa prática (Pasquim; Arruda, 2013; Silva Junior, Alves; Costa; Lima, 2015).

No entanto, quanto à periodicidade das reuniões, a maioria das equipes (46,5%) agendam-nas conforme a necessidade, seguidos dos agendamentos mensais (29,3%). É importante considerar que a prática de agendamentos mensais é frequentemente descrita na literatura (Andrade *et al.*, 2012; Azevedo; Kind 2013). Observa-se, contudo, que não foi possível identificar em vários estudos (Araújo; Galimberti, 2013; Bonaldi; Ribeiro, 2014; Lima; Falcão, 2014; Gomes; Brito, 2013; Matuda *et al.*, 2015; Perrella, 2017; Tonin; Barbosa, 2018) a frequência com que ocorrem os encontros para apoio matricial, apenas há indicação de que são realizados.

Um aspecto que cabe ressaltar é que de maneira geral estes estudos mostram que várias demandas de saúde são trazidas para os

espaços de reunião de apoio matricial, sem separação por área. Este fato revela um aspecto promissor de cuidado integral dos sujeitos, sem a fragmentação da SM dos demais cuidados em saúde.

Outro aspecto que integra a organização de trabalho dos Nasf são as possibilidades de apoio matricial utilizadas. Essas, com maior frequência de respostas foram: reuniões de matriciamento (43%); discussão de casos entre alguns profissionais, sem a necessidade de reunião (43%); e, 13,9% referem outras formas de apoio matricial.

Percebe-se que as equipes de Nasf que realizam matriciamento junto às EAB privilegiam prévio planejamento, organização de local, disponibilidade nas agendas e utilização de recursos como ata e prontuário dos pacientes para discussão dos casos. Esses dados divergem da maioria dos estudos que elencam problemas relacionados à falta de infraestrutura, falta de espaço físico e recursos materiais como aspectos que interferem de maneira significativa no cotidiano do trabalho do Nasf e consequentemente dificultam a realização das reuniões de matriciamento (Lancman *et al.*, 2013; Leite; Nascimento; Oliveira, 2014; Molini-Avejonas *et al.*, 2014; Sousa; Oliveira; Costa, 2015).

O estudo também revelou que as equipes de Nasf utilizam o formato de reunião de matriciamento junto a EAB, conforme verificado em outros estudos (Araújo; Galimberti, 2013; Gomes; Brito, 2013; Matuda *et al.*, 2015; Perrella, 2017). Além deste, realizam apoio matricial entre alguns membros sem a necessidade do espaço de uma reunião propriamente dita, algo já constatado na literatura (Aguiar; Costa, 2015; Ferro *et al.*, 2014; Lima; Falcão, 2014). Embora em menor frequência, algumas equipes reconhecem outras formas de oferecer o apoio, as quais não foram dadas a conhecer neste estudo.

O processo de matriciamento pode ser materializado nas práticas dos profissionais do Nasf, a partir de vários desdobramentos (Prefeitura do Município de São Paulo, 2009), como por exemplo, reuniões de matriciamento com apenas alguns profissionais na forma de mini-equipes temáticas que tratam especificamente de SM, ou de saúde da criança, ou de saúde da mulher, entre outros, para atuarem como referência de determinadas demandas (Klein;

d'Oliveira, 2017). Além das mini-equipes, há discussão junto aos profissionais referência do caso (Matuda *et al.*, 2015; Soleman; Martins, 2015), ou ainda reunião de Nasf apenas entre profissionais dos mesmos núcleos de saber (Azevedo; Kind (2013).

Os profissionais participantes deste estudo da equipe Nasf que mais realizavam o matriciamento em SM foram assim referidos: 42,5% são psicólogos, 13,1% são Assistentes Sociais, 10,5% são Fisioterapeutas e 9,8% são nutricionistas. Os restantes 24,1% são educadores físicos, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, enfermeiros, psiquiatras e pediatras. E os profissionais da EAB que geralmente trazem casos para discussão no matriciamento em SM são os Enfermeiros (30,6%), os Agentes Comunitários de Saúde (29,6%), Médicos (21%) e Técnicos de Enfermagem (12,4%) e os Odontólogos (6,4%).

Psicólogos são profissionais que aparecem comumente em estudos sobre as categorias profissionais que mais participam dos Nasf. Pode-se verificar a semelhança deste resultado ao de Hori e Nascimento (2014), onde as categorias profissionais do Nasf que realizavam matriciamento em SM eram oriundos da psicologia em maior número, fonoaudiologia, serviço social e terapia ocupacional. E, de modo semelhante a outros estudos, são os enfermeiros que mais trazem casos (Hori; Nascimento, 2014; da Silva, 2014).

Os dados coletados possibilitaram observar que as principais demandas de SM trazidas para o matriciamento foram em 23,3% os casos relacionados aos transtornos afetivos (depressão, transtornos de humor, entre outros); 17,3% casos de problemas relacionados ao abuso de álcool e outras drogas; 17,1% casos de tentativa ou ideação suicida; 12,4% situações de violência/maus tratos.

Klein e d'Oliveira (2017) destacam que a demanda de SM da atenção primária é multifatorial e complexa, pois os aspectos sociais, culturais e educacionais fazem parte da saúde da população. Na pesquisa realizada pelos autores as demandas que mais chegavam para matriciamento entre EAB e Nasf se referiam a depressão, ansiedade, dependência química, negligência no cuidado com

crianças e ausência materna e paterna, violência de gênero, conflitos familiares, luto, queixas escolares e transtornos alimentares. De outro modo, no estudo de Hori e Nascimento (2014) as queixas relacionadas às precariedades econômicas e sociais geradoras de violência no território eram os casos que chegavam para apoio matricial, sendo que a maior parte deles envolvia crianças.

Percebe-se que uma das ações primordiais do trabalho é o apoio matricial, e nas reuniões realizadas entre os membros do Nasf e EAB são identificadas as demandas prioritárias para a elaboração de projetos de cuidados específicos, que levem em conta a singularidade de cada situação apresentada (Barros *et al.*, 2015). Os desdobramentos dessas reuniões podem ser materializados preferencialmente de forma compartilhada entre Nasf e EAB das quais destacam-se algumas ações: elaboração de PTS, desenvolvimento de grupos, consultas compartilhadas e/ou individuais, educação permanente, articulação intersetorial, entre outros (Brasil, 2014).

Em torno de 75,8% das equipes de Nasf partilham sempre ou às vezes, responsabilidades dos casos matriciados, por meio de construção de PTS, em conjunto com a EAB, geralmente durante a reunião de apoio matricial. Tal achado também é encontrado nos estudos de Barros *et al.*, (2015), Fernandes *et al.*, (2013), Leite; Andrade; Bosi (2013), Lima e Falcão (2014), Matuda *et al.* (2015), Moura e Luzio (2014), Perrella (2017), Soleman e Martins (2015),

De modo contrário, foi identificada ausência da construção do PTS em cerca de 23,4% das equipes, algo que se assemelha aos estudos de Andrade *et al.*, (2012), Ferro *et al.*, (2014). Ribeiro *et al.*, (2015) e Vannucchi e Carneiro Junior (2012).

Quanto à reavaliação periódica do PTS cerca de 50% das equipes realiza sempre ou às vezes, para alguns casos, 25% não realizam reavaliação, 20,4% raramente o fazem. Resultado semelhante ao encontrado no estudo realizado por Azevedo e Kind (2013), que apontou que reuniões posteriores ao matriciamento são programadas entre ESF e Nasf para devolutiva do acompanhamento dos casos, rediscussão dos processos e avaliação da necessida-

de de novos encaminhamentos. De modo contrário, os estudos de Hori e Nascimento (2014), Sousa e Tófoli (2012) e Vannucchi e Carneiro Junior (2012) destacaram que momentos de rediscussão dos PTS não eram previstos entre as equipes.

Cerca de 36,2% das equipes Nasf não faz articulação com as equipes referência para realização de consultas compartilhadas, sobre os casos de SM, algo também referido por Ferro *et al.*, (2014), Hori e Nascimento (2014), e Ribeiro *et al.*, (2015). 31,6% das equipes fazem em todas as EAB's, como encontrado por Lima e Falcão (2014) e Soleman e Martins (2015). 28,9% fazem apenas em algumas EAB's e 3,3% não sabiam/não responderam.

Na pesquisa de Azevedo e Kind (2013), os profissionais relataram que consultas, grupos ou visitas domiciliares são realizados de maneira compartilhada entre profissionais do Nasf e ESF ou ainda entre os membros do próprio Nasf. Cela e Fernandes (2015), por sua vez, encontraram em seu estudo que as consultas compartilhadas acontecem, mas envolvem apenas os profissionais do Nasf, não incluem os profissionais da ESF muitas vezes por incompatibilidade de agendas, o que produz uma dinâmica refratária à lógica do apoio matricial.

O presente estudo ainda revela que cerca de 63,2% das equipes Nasf oferecem apoio às EAB's no atendimento às situações urgentes e de crise em SM, em todas as EAB's; 17,1% das equipes oferecem apoio às crises em apenas algumas EAB's, 16,4% não oferecem e 3,3% não sabiam/não responderam.

A pesquisa de Leite, Andrade e Bosi (2013, p. 1177) apontou uma modalidade de atendimento de pacientes em crise, entendida neste contexto “como uma situação em que o sujeito sofre uma ruptura abrupta na vida, extrapolando seus limites de resiliência e adaptação”. O serviço é oferecido pelos psicólogos do Nasf e estagiários de psicologia e a denominam de plantão psicológico.

Na pesquisa realizada por Oliveira *et al.* (2017) 25% psicólogos do Nasf relataram que oferecem o serviço de acolhimento, na proposta de uma intervenção pontual por meio de escuta qualificada para o usuário que demanda algum tipo de crise, de maneira que a demanda apresentada não se cronifique.

Cerca de 44,7% das equipes participantes deste estudo afirmam desenvolver grupos ou atividades relacionadas a SM nos territórios, o que se assemelha a outros estudos já empreendidos (Ferro *et al.*, 2014; Hori; Nascimento, 2010; Sousa *et al.* 2015). 42,1% das equipes não realizam tais atividades, 10,5% fazem às vezes, 2,6% não sabiam/não responderam. Os grupos desenvolvidos citados pelos profissionais foram rodas de conversa; grupos de apoio, acolhimento, orientação; grupos de depressão, ansiedade, relaxamento; grupos de SM específicos para mulheres, adolescentes, crianças, terapia comunitária (Gomes; Brito, 2013) e diversas ações com foco na SM (Barros *et al.*, 2015; Moura; Luzio, 2014; Soleman; Martins; 2015).

Conforme Leite, Andrade e Bosi (2013), as atividades em grupo possibilitam atingir um maior número de usuários, favorecem a diminuição à demanda de SM dos territórios e fomenta ações interdisciplinares e intersetoriais. Num estudo realizado pelas autoras com psicólogos do Nasf que atuavam no município de Juazeiro do Norte/CE encontraram que os profissionais realizam grupos de SM com adolescentes, idosos, grupos psicoeducativos com pacientes que faziam uso inadequado de psicofármacos e intervenções em sala de espera.

A pesquisa de Azevedo e Kind (2013) apontou que a prática de grupo é vista pelos participantes como um momento de aprendizagem, e por isso são sempre desenvolvidos por profissionais de categorias diferentes. Destacam que os grupos desenvolvidos pelos psicólogos em parceria com outros membros da equipe objetivam propiciar espaço para escuta para que a população possa falar de si, de suas vidas, de problemas do cotidiano, sempre de maneira circular valorizando as trocas e o conhecimento de cada um, usuário ou profissional. Os exemplos de grupos citados foram qualidade de vida, estresse, nutrição, dança, postura, entre outros.

Cerca de 44,1% das equipes Nasf participantes deste estudo desenvolvem algum grupo ou ação em SM, de maneira compartilhada entre os diversos profissionais (Fernandes *et al.* (2013), 32,2% das equipes não compartilham atividades, 21,7% realizam às vezes, em alguns momentos e 2% não sabiam responder. Os grupos mais ci-

tados foram convivência/qualidade de vida (13,1%), atividade física/caminhada (11,5%), Gestantes (9,4%), SM (8,4%), orientação nutricional/emagrecimento (7,8%), hipertensos e diabéticos (5,2%), tabagismo (5,2%) (Hori; Nascimento, 2014; Soleman; Martins, 2015).

Quanto aos profissionais envolvidos, os mais citados foram os Psicólogos 20,2%, Fisioterapeutas 12,3%, Nutricionistas 9,7%, Educadores físicos 8,2% e Assistentes sociais 7,2%. Os profissionais que compõem as equipes de AB também foram citados neste estudo, embora em menor incidência, o que revela que a articulação para atividades compartilhadas acontece com maior frequência entre os membros do próprio Nasf. Na pesquisa de Costa *et al.* (2014) os profissionais do Nasf que realizavam atividades de grupo articulados com a equipe SF eram os fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos da equipe Nasf, mas devido ao elevado número de atendimentos individuais e metas, as atividades coletivas ficaram restritas apenas ao Nasf.

A pesquisa de Bonaldi e Ribeiro (2014) revelou que os profissionais da equipe Nasf desenvolvem vários grupos, dentre os quais foram citados dança, ginástica localizada, alongamento, grupo de coluna, cinesioterapia, palestras educativas, atividades de aconselhamento e orientações para os pais.

Oliveira *et al.* (2017) encontraram em seu estudo que os psicólogos realizam grupos e ações de saúde compartilhados com outros membros da equipe Nasf, no entanto encontravam dificuldades de articulação / compartilhamento de atividades coletivas de prevenção e promoção com os profissionais da ESF (Aguiar; Costa, 2015). Os principais grupos citados foram de idosos, gestantes, adolescentes, hipertensos, diabéticos e usuários de drogas psicotrópicas.

Na pesquisa de Cela e Fernandes (2015) foi possível identificar que a contribuição da ESF se dava por meio de agendamento de local, horário e divulgação do grupo e/ou ação, mas não se faz presente na elaboração e execução da mesma. Isso se reflete na reprodução de relações hierarquizadas e desarticuladas, que destoam da proposta de compartilhamento de saberes.

Cerca de 52% das equipes participantes desenvolvem sempre ou às vezes alguma ação em SM de maneira intersetorial em parceria com outros espaços da rede. Os equipamentos mais citados foram: 27,3% escolas, 20,7% Cras, 12,4% Creas, 9,9% Caps, 5,8% Conselho Tutelar. Resultados semelhantes foram encontrados em Oliveira *et al.* (2017), que verificaram em seu estudo a realização de grupos, palestras, ações, compartilhamento de casos, entre outros. Em torno de 44,1% das equipes Nasf não desenvolvem parcerias, e 4% não sabiam/não responderam.

No estudo de Soleman e Martins (2015), os profissionais do Nasf também realizavam articulação com a rede, por meio de ações intersetoriais com os seguintes serviços: escolas, creches, Caps, Fórum de Saúde Mental, Centros de Convivência e Cooperativa (Cecoco), Centros de Convivência de Crianças e Adolescentes (CCA), Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR), Núcleo Integrado de Saúde Auditiva (Nisa), Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis (Pavs) além de vários equipamentos do território como ONGs, associações de moradores, entre outros.

Na pesquisa de Lima e Falcão (2014) foi constatado que o Nasf realiza articulação com a rede intersetorial e com outros serviços, com destaque para educação e assistência social, segurança e organizações não governamentais; Cras e o Creas (Leite; Andrade; Bosi, 2013), escola, entidades sociais e jurídicas (Hori; Nascimento, 2014).

Bonaldi e Ribeiro (2014) identificaram em seu estudo precária articulação e comunicação com a rede de serviços para planejamento das ações. Os estudos realizados por Cela e Fernandes (2015), Mautuda *et al.*, (2015) e Ferro *et al.*, (2014) destacam como desafios para uma articulação intersetorial a dificuldade das equipes em compreender a dimensão desta interação; e também a defasagem de serviços na constituição de uma rede, aspectos que podem ser complicadores.

35,5% das equipes participantes responderam afirmativamente quanto à participação na discussão e pactuação sobre critérios e fluxos para atendimento dos casos de SM para o compartilhamento com os demais pontos da rede; 31,6% das equipes participam às

vezes, 28,3% não participam e 4,6% não sabiam/não responderam. Quanto aos equipamentos mais citados os Caps obtiveram 22,6% das respostas, o Cras, 22,6%, o Creas 13,1%; ambulatório de especialidades 11,5% e conselho tutelar 8%, algo semelhante aos resultados de Silva *et al.* (2017).

Percebe-se que os Caps e os Cras são os equipamentos da rede de atenção que as equipes de Nasf mais realizam articulação intersetorial. Os Caps se constituem em serviços substitutivos de SM, abertos e comunitários do SUS, que oferecem tratamento e acompanhamento clínico para os usuários e seus familiares (Brasil, 2004). E o Cras fornece serviços socioassistenciais de caráter protetivo, preventivo e proativo com objetivo de fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e ampliação do acesso aos direitos de cidadania, buscando contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários (Brasil, 2012). Embora sendo alicerçados em políticas públicas diferentes, ambos os serviços atuam tendo por base o território e toda sua complexidade, de maneira que contemple a singularidade de cada usuário. Neste viés, os resultados encontrados são consoantes às prerrogativas da articulação intersetorial, como proposta pelas diretrizes ministeriais.

Assim como os dados encontrados na literatura, Freire e Pichelli (2013) e Silva *et al.* (2012) reforçam o entendimento de que a ESF identifica as demandas dos casos de SM do seu território e, juntamente com o Nasf e Caps, ou dos recursos existentes no território, elabora as estratégias de intervenção e compartilhamento do cuidado de maneira intersetorial, visando a integralidade dos cuidados.

Encontrou-se que 50% das equipes Nasf participantes não realizaram análise do diagnóstico de realidade da situação de SM dos territórios de EAB a que são vinculados (Bonaldi; Ribeiro, 2014; Ribeiro *et al.*, 2015; Perrella, 2017). 18,4% das equipes realizaram em todos os territórios de abrangência (Fernandes *et al.*, 2013; Aguiar; Costa 2015; Moura; Luzio, 2014); 15,8% realizaram em apenas em alguns territórios e 15,8% não sabiam/não responderam.

Quanto ao Projeto de Saúde no Território (PST) das EAB aos quais são vinculados, no que se refere à SM, em torno de 51,3% das

equipes Nasf não realizaram diagnóstico a semelhança dos dados apurados por Ribeiro *et al.* (2015) e Perrella (2017); 17,8% das equipes realizaram em todos os territórios de abrangência, como o encontrado em Moura e Luzio (2014); 16,4% realizaram em apenas alguns territórios e 14,5% não sabiam/não responderam.

Desta forma, para que os profissionais do Nasf ingressem na AB e consigam operar nas complexidades das demandas presentes, torna-se necessário conhecimento prévio sobre as políticas públicas de saúde, perfil epidemiológico, noção de território e rede de cuidados (Nascimento; Oliveira, 2010).

É importante que os profissionais que atuam na AB não se integrem apenas entre equipes, mas também com a comunidade onde atuam. Isto pode ocorrer pela busca de subsídios para melhor interpretação da realidade social do território e, desse modo, desenvolver ações efetivas que impactem na qualidade de vida dos usuários (Araújo, Silva; Silva, 2018; Campos Júnior; Amarante, 2015).

Zurba (2011) faz uma crítica ao modelo atual do Nasf para atuação do profissional da psicologia, uma vez que considera que esta precisa apoiar um número elevado de equipes e com isso resta-lhe pouco tempo hábil para conhecer os determinantes históricos de saúde dos territórios, bem como os atores sociais que nele habitam. Segundo a autora, os psicólogos precisam realizar sua prática com conhecimento sobre o território onde o usuário está inserido, para que assim possam traçar uma linha de cuidado na rede de SM.

Com base nesse conjunto de dados depreende-se que, não apenas os psicólogos, mas os demais membros da equipe Nasf participantes deste estudo podem ter dificuldades para realizar análise e reconhecimento do território em função da sobrecarga de agenda e demais atividades. Desta forma, é provável que desenvolvam suas práticas embasadas apenas nas demandas, mas não conseguem atuar a partir dos determinantes sociais de saúde. Quanto à educação permanente, 60,5% das equipes participantes desenvolvem esta atividade sempre ou às vezes, junto as EAB, algo referido também nos estudos de Gomes e Brito (2013) e Lima e Falcão (2014). Para 37,5% das equipes

Nasf não estava prevista realização de atividades de educação permanente em SM, algo encontrado também nos estudos de Aguiar e Costa (2015) e Andrade *et al.* (2012), e 2% não responderam/não sabiam.

Barros *et al.* (2015) em seu estudo encontraram que, para além das discussões de caso e dos atendimentos compartilhados, o apoio técnico-pedagógico, que baliza o processo de matriciamento, se fez presente em todas as ações desenvolvidas em parceria com ESF e Nasf. Neste sentido Iglesias e Avellar (2018) reiteram que a discussão de casos também contribui para o processo permanente e continuado, como proposta de capacitação para todos os profissionais envolvidos.

Em relação ao número de equipes de AB vinculadas aos Nasf, cerca de 70,4% das equipes confirmaram que estavam em conformidade com a modalidade implantada no município, de acordo com a legislação vigente; 15,8% apontaram que o número de equipes EAB não estava de acordo com a modalidade implantada e 13,8% não sabiam responder. Os dados transparecem que a maioria dos gestores municipais estão respeitando as normas vigentes de equipes de AB vinculadas a cada tipo de modalidade de Nasf.

### ***Aspectos que potencializam e/ou fragilizam o desenvolvimento do matriciamento em SM***

No instrumento de coleta de dados havia uma questão aberta formulada aos participantes com a solicitação de que referissem quais aspectos, em sua avaliação, potencializam o desenvolvimento do matriciamento em SM e outra questão que solicitava quais aspectos fragilizavam esse matriciamento.

O conjunto de aspectos referidos representou 207 respostas. Dessas, 93 se referiam a aspectos potencializadores do matriciamento em SM e 114 os que o fragilizavam.

A análise destas manifestações possibilitou categorizar as respostas em 4 núcleos: (a) Organização do trabalho; (b) Estrutura física e estrutura técnica; (c) Pessoalidade e subjetividade; (d) Necessidade identificada do Nasf.

ASPECTOS FACILITAM MATRICIAMENTO	PERCENTUAL
Organização do trabalho	48,4%
Estrutura física e estrutura técnica	30,1%
Pessoalidade e subjetividade	18,3%
Necessidade identificada do Nasf	3,2%

**Tabela 1. Número e percentual referido de aspectos que facilitam o matriciamento**

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Os aspectos que facilitam a realização do matriciamento em SM citados em 48,4% dos comentários estão relacionados à organização do trabalho e processos de trabalho; 30,1% à estrutura física e estrutura técnica, 18,3% a personalidade e subjetividade e 3,2% às necessidades identificadas de apoio do Nasf.

Alguns aspectos potencializadores ou facilitadores do matriciamento em SM são encontrados na literatura. Por exemplo:

- O estabelecimento de prioridades, planejamento das ações, diálogo com os gestores (Andrade *et al.*, 2012); o diálogo entre a equipe de Nasf e ESF (Azevedo; Kind, 2013); o trabalho em equipe (Aguiar; Costa, 2015; Andrade *et al.*, 2012).

- Equipe Nasf bem articulada e integrada (Araújo; Galimberti, 2013; Cela; Fernandes, 2015).

- Sistematização das reuniões de apoio matricial para discussão de casos como potencializador para criação de vínculos entre as equipes do Nasf e AB, e conseqüentemente aprimoramento dos processos de trabalho (Lima; Falcão, 2014; Machado; Camatta, 2013).

- Apoio matricial como um importante articulador da rede de serviços, que organizou o fluxo de demandas de SM, favoreceu o trabalho interdisciplinar e sensibilização dos profissionais da AB acerca do sofrimento psíquico (Barros *et al.*, 2015; Tatmatsu; Araújo, 2016).

Percebe-se que as demandas de SM estão presentes no contexto de AB de SC, e tanto a equipe de Nasf quanto EAB parecem ser receptivas e sensibilizadas ao atendimento dos casos. Em síntese, identifica-se que o apoio matricial em SM proporciona resolutividade no cuidado, e apresenta algumas características peculiares. Den-

tre elas, favorece o trabalho em equipe de maneira interdisciplinar entre as equipes, promove articulação com a rede, propicia a criação de vínculos e o diálogo entre os profissionais, entre outras.

Quanto aos aspectos que dificultam a realização do matriciamento em SM, 46,5% dos comentários estavam relacionados a organização do trabalho; 26,3% a estrutura física e estrutura técnica; 24,5% sobre pessoalidade e subjetividade; e 2,6% sobre a necessidade identificada de apoio do Nasf.

De maneira geral, os aspectos negativos destacados que dificultam a operacionalização do matriciamento em SM, encontrados na literatura e que guardam alguma semelhança aos achados do presente estudo foram:

- Precarização do trabalho, logística de trabalho truncada devido à estrutura física que limita a atuação por falta de espaços para realização das atividades do Nasf (atendimentos, reuniões, grupos, entre outros) (Aguiar; Costa, 2015; Azevedo; Kind, 2013; Bonaldi; Ribeiro, 2014; Lancman *et al.*, 2013; Oliveira *et al.*, 2017; Sousa; Oliveira; Costa, 2015; Vannucchi; Carneiro Junior, 2012).

- Fragilidades no processo de trabalho, dificuldades de estabelecimento de vínculos institucionais e comunitários devido ao excesso de equipes para oferecer apoio e elevado números de casos que demandam intervenções; dificuldades para cumprir com os outros compromissos devido a superlotação da agenda e em alguns casos insuficiência de veículos para operacionalização do transporte das equipes de Nasf (Araújo; Galimbertti, 2013; Andrade *et al.*, 2012; Leite; Andrade; Bosi, 2013; Reis; Vieira, 2013, Ribeiro *et al.*, 2015)

- Carência de recursos materiais, que variam desde material de consumo até a falta de mobiliário como cadeiras para sentar (Aguiar; Costa, 2015; Bonaldi; Ribeiro, 2014; Hori; Nascimento, 2014, Lancman *et al.*, 2013; Lima; Falcão, 2014; Oliveira *et al.*, 2017; Reis; Vieira, 2013, Ribeiro *et al.*, 2015; Vannucchi; Carneiro Junior, 2012). Para driblar estes impasses a maioria dos profissionais utilizava recursos próprios, como celular, computador e até mesmo carro para realização de visitas domiciliares (Lancman *et al.*, 2013).

- Escassez de recursos humanos com equipes incompletas, insuficientes condições de trabalho e precariedade de recursos técnicos (Bonaldi; Ribeiro, 2014; Costa *et al.*, 2014; Machado; Camatta, 2013).

- Dificuldades em pactuar ações, dialogar, desenvolver atividades de forma consensual entre os membros da equipe Nasf e EAB, conflitos devido ao modelo hegemônico de encaminhamentos (Andrade *et al.*, 2012; Araújo; Galimbertti, 2013; Barros *et al.*, 2015; Costa *et al.*, 2014; Ferro *et al.*, 2014; Lancman; Barros, 2011; Matuda *et al.*, 2015; Molini-Avejonas *et al.*, 2014; Nascimento; Oliveira, 2010; Ribeiro *et al.*, 2015; Sampaio *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2012; Vannucchi; Carneiro Junior, 2012).

- Dificuldade de relacionamento interpessoal, falta de entrosamento e comunicação entre os profissionais do Nasf e ESF; profissionais do Nasf resistentes e desacreditados na proposta do apoio matricial (Perrella, 2017).

- Dificuldades de entendimento da EAB sobre a proposta do matriciamento e consequente resistência dos profissionais em aderir à ferramenta de trabalho (Barros *et al.*, 2015; Machado; Camatta, 2013; Matuda *et al.*, 2015, Vannucchi; Carneiro Junior, 2012).

- Visão invertida sobre o processo de trabalho do Nasf, por parte da gestão, que preconizava mais produtividade do que qualidade dos serviços (Bonaldi; Ribeiro, 2014; Machado; Camatta, 2013; Ribeiro *et al.*, 2015; Vannucchi; Carneiro Junior, 2012).

- Descomprometimento da EAB com a corresponsabilização dos casos, repasse de alguns casos para os profissionais do Nasf nos corredores, ou por meio de encaminhamento/agendamento ao Nasf e aos especialistas, sem preocupação com a longitudinalidade do cuidado (Andrade *et al.*, 2012; Araújo; Galimbertti, 2013, Ferro *et al.*, 2014; Machado; Camatta, 2013; Silva *et al.*, 2017; Vannucchi; Carneiro Junior, 2012).

- O entendimento equivocado de que a SM parece ser responsabilidade de certas áreas de conhecimento como a psicologia e psiquiatria (Iglesias; Avellar, 2018; Klein; d'Oliveira, 2017; Rodrigues; Moreira, 2012). Evitação das atividades de SM propostas pelo Nasf, por parte da equipe de referência (Sousa; Tófoli, 2012).

- Precariedade nas ações conjuntas com a rede e supervalorização das práticas de encaminhamentos (Ferro *et al.*, 2014). Dificuldades de atuação no coletivo multidisciplinar e interdisciplinar (Andrade *et al.*, 2012). A mão de obra de Nasf absorvida para atender demanda reprimida de atendimentos ambulatoriais (Molini-Avejonas, 2014). A alta rotatividade de profissionais (Bonaldi; Ribeiro, 2014; Costa *et al.*, 2014). Ausência de capacitação, escassez de serviços da rede (Machado; Camatta, 2013).

- Incompatibilidade das agendas do Nasf e EAB, enquanto para um a prioridade são as ações compartilhadas, para o outro se privilegia número de atendimentos individuais (Barros *et al.*, 2015; Klein; d'oliveira, 2017; Lancman *et al.*, 2013; Lancman; Barros, 2011; Matura *et al.*, 2015; Oliveira *et al.*, 2017; Reis; Vieira, 2013).

Quanto aos desafios apontados para a operacionalização do apoio matricial, percebe-se que a falta de equipamentos na rede acaba pressionando os profissionais do Nasf a dividirem sua carga horária entre atividades de apoio matricial e atendimentos clínicos. Além disso, alguns gestores prezam pelas metas de produtividade, o que acaba sobrecarregando as agendas dos profissionais, supervalorizando o modelo hegemônico de cuidado em detrimento do apoio matricial. Somado a isso antigos desafios se fazem presentes, como por exemplo a resistência de alguns profissionais da AB em atender casos de saúde mental, muitas vezes por não se sentirem preparados ou ainda por preconceito.

No entanto, percebe-se um esforço dos profissionais participantes deste estudo em realizar suas práticas conforme as diretrizes ministeriais, buscando organizar seus processos de trabalho de maneira que dêem conta de superar os obstáculos apontados.

## **Conclusões**

O Nasf apresenta um campo de atuação que se configura de forma inovadora, e por isso, requer uma nova roupagem, uma nova mentalidade por parte dos profissionais, ou seja, torna-se necessária a redefinição de suas práticas de intervenção. Isso requer um

exercício de abandonar o foco exclusivamente nos fatores biológicos que determinam a saúde e passar a olhar as condições de vida e saúde da comunidade de maneira integral, tendo como base as especificidades de cada território.

Acredita-se que as dificuldades apresentadas na literatura acerca das dificuldades de estrutura física e materiais para operacionalização do matriciamento em SM, possam estar presentes nas equipes que compuseram este estudo, no entanto, o que se observa é a flexibilidade e disponibilidade dos profissionais em se adaptar com os recursos que cada serviço, e conseqüentemente o que o território tem para ofertar, de maneira que estes ‘entraves’ não se tornem impeditivos para a realização das atividades.

De maneira geral, os achados desta pesquisa mostram um cenário de avanços acerca das ações do Nasf na SM a partir da ferramenta de trabalho do apoio matricial, que vem aos poucos se lapidando e se consolidando no cotidiano dos serviços de atenção básica de SC.

O fazer do Nasf ainda não é algo pronto ou acabado, com ações e estratégias definidas, pelo contrário, trata-se de uma prática que está sendo construída sem ser segmentada a um único saber, mas inventadas por vários atores (Perrella, 2017).

**Agradecimentos:** Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação de Santa Catarina – Fapesc (Termo de Outorga 2019TR70) pelo apoio.

## Referências

AGUIAR, Camilla Botêga; COSTA, Nilce Maria da Silva Campos. Formação e atuação de nutricionistas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 28, n. 2, p. 207-216, abr. 2015.

ANDRADE, Lucas Melo Biondi de *et al.* Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 3, n. 1, p. 18-31, 2012.

ARAÚJO, Eliezer Magno Diógenes; GALIMBERTTI, Percy Antônio. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 461-468, 2013.

ARAÚJO, S. C. M.; SILVA, M. L. A.; SILVA, M. W. L. A. Atuação do profissional de SM nos núcleos de apoio à saúde da família: Uma revisão integrativa. **REBES** – ISSN 2358-2391 - (Pombal – PB, Brasil), v. 8, n. 1, p. 18-24, jan-mar, 2018.

ARRUDA, Marina Patrício; KUNHEN, Mirian; OMURA, J. B. Formação Profissional: Educação Permanente como estratégia de reinvenção da prática. *In*: ARRUDA, Marina Patrício; KUNHEN, Mirian. **O Dia da Gente: Educação Permanente renovando práticas de saúde**. Curitiba: Editora CRV, (2015).

AZEVEDO, Natália Silva; KIND, Luciana. Psicologia nos núcleos de apoio à saúde da família em Belo Horizonte. **Psicol. Ciênc. Prof.**, Brasília, DF, v. 33, n. 3, p. 520-535, 2013.

BARROS, Juliana Oliveira *et al.*. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, Sept. 2015.

BERTAGNONI, Larissa. *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Saúde Mental: itinerários terapêuticos de usuários acompanhados em duas Unidades Básicas de Saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 23, n. 2, p. 153-162, 2012.

BONALDI, Angélica Passos; RIBEIRO, Marcelina Daga. Núcleo de apoio à saúde da família: as ações de promoção da saúde no cenário da Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 17, n. 2, p. 195-203, abr./jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria GM nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a **Revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia**

**Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Portaria GM nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Portaria MS 2488/2011. **Institui a nova Política Nacional de Atenção Básica, revogando a Portaria MS 645/2006.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Trabalho Social com Famílias do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – Núcleos de Apoio a Saúde da Família (AMAQ-NASF).** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.

BRASIL, Núcleo de Apoio à Saúde da Família-Volume 1: Ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano. **Caderno de Atenção Básica, 39.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS JUNIOR, Ailson; AMARANTE, Paulo Duarte Carvalho. Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 425-435, Dec. 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; DOMITTI, AnaCarla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, Rosana Onocko; GAMA, CARLOS. Saúde Mental na Atenção Básica. *In*:CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (orgs). **Manual de práticas da atenção básica. Saúde ampliada e compartilhada**. 2. Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

CELA, Mariana; OLIVEIRA, Isabel Fernandes. O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. **Estudos de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 31-39. 2015.

CHIAVERINI, Dulce Helena (org.). *et al.* **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2011. 236 p.

COSTA, J. P. *et al.* Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, dez. 2014.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 961-970. 2011.

DA SILVA, Daniel Martins Candido. Possibilidades para a educação física em uma unidade de saúde da família no município de São Paulo: um relato de experiência. **Revista Corpoconsciência**, v. 17, n. 2, p. 17-26, 2014.

DALLA VECCHIA, Marcelo; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 151-164, mar. 2009.

FERNANDES, Thaís deLima; NASCIMENTO, CYNTHIA Maria-Barboza do; SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva. Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do NASF em municípios da região metropolitana do Recife. **Rev CEFAC**, v. 15, n. 01, p. 153-159. 2013.

FERRO, Luis Felipe. *et al.* Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 129-138, 2014.

FORTES, Sandra. *et al.* Transtornos mentais comuns em Petrópolis-RJ: um desafio para a integração da saúde mental com a estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 33, n. 2, p. 150-156. 2011.

FORTUNA; Cinira Magali. *et al.* Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 21, n. 4, p. 990-997. 2013.

FREIRE, FranciscaMarina de Souza, PICHELLI, AnaAlaydeWerbaSaldanha. O psicólogo apoiador matricial: percepções e práticas na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 33, n. 1, p. 162-173. 2013.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde mental na atenção básica-uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 2, p. 110-130, 2009.

GERALDO, Domingos Sávio Teixeira; KAMIMURA, Quesia Postigo. Avaliação das ações do profissional de educação física no Nasf para qualidade de vida em saúde da mulher nas fases de climatério, menopausa e pós-menopausa. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional. G&DR** • v. 14, n. 1, p. 354-376, jan-abr. 2018.

GOMES, Juliana Aparecida; BRITO, Cristiane Miryam Drumond de. Apoio matricial e terapia ocupacional: uma experiência de abordagem na saúde da criança. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 81-86, 2013.

GRYSCHKEK, Guilherme; PINTO, Aadrina Avanzi Marques. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3255-3262, Oct. 2015.

HADDAD, Ana Estela. *et al.* Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-393, jun. 2010.

HORI, Alice Ayako; NASCIMENTO, Andréia de Fátima. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3561-3571, Aug. 2014.

IGLESIAS, Alexandre; AVELLAR, Luziane Zacché. Os Psicólogos e o Matriciamento. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 36 n. 2, p. 364-379. 2016.

JUCÁ, Vlândia Jamile dos Santos; NUNES, Mônico de Oliveira; BARRETO; Suely G. **Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede**. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 14, n. 1, p. 173-182, 2009.

KLEIN, Ana Paula; d'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**. v. 33, n. 1, p. 2017.

LANCMAN, Selma; BARROS, Juliana Oliveira. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 263-269, 2011.

LANCMAN, Selma. *et al.* Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**. v. 47, n. 5, p. 968-975. 2013.

LEITE, Débora Cabral; ANDRADE, Andréa Batista; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1167-1187, dez. 2013.

LEITE, Denise Fernandes; NASCIMENTO, Débora Duas Gonçalves; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 507-25, 2014.

LIMA, Andréia Carolina Santos de; FALCÃO, Ilkas Veras. A formação do terapeuta ocupacional e seu papel no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF do Recife, PE. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 22, n. 1, p. 3-14, 2014.

LOCH-NECKEL, Gecioni. *et al.* Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 1463-1472, Oct. 2009.

LUZ, Madel T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas-análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e sociedade**, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.

MACHADO, Dana Karine; CAMATTA, Marcio Wagner. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e atenção primária à saúde. **Cad Saude Colet.** v. 21, n. 2, p. 224-232, 2013.

MATOS, Izabella Barison; TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti; OLIVEIRA, Maria Conceição de. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: Tendências e implicações. **Athenea Digital. Revista de Pensamento e Investigación Social**, v. 13, n. 2, p. 239-244, 2013.

MATUDA, Caroline Guinoza. *et al.* Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, ago. 2015.

MELO, Andrisa; BARBOSA, Tatiane Muniz. Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: o entendimento de profissionais da estratégia de saúde da família de um município catarinense. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. 25-39, 2018.

MINOZZO, Fabiane; COSTA, Ileno Izídio. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. **Psico-USF**, v. 18, n. 1, p. 151-159, 2013.

MOLINI-AVEJONAS, Daniela Regina. *et al.* Inserção e atuação da Fonoaudiologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **CoDAS**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 148-154, 2014.

MOURA, Renata Heller *et al.* O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 1, p. 957-970, 2014.

NASCIMENTO, Débora G. G.; OLIVEIRA Maria A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

NUNES, Mônica. *et al.* Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.

NUNES JUNIOR, Josemar Ramos. *et al.* Formação para o trabalho no SUS: um olhar para o núcleo de apoio à saúde da família e suas categorias

profissionais. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, v. 4, n. 7, p. 15-26, 2018.

OLIVEIRA, Isabel Fernandes. *et al.* The role of the psychologist in NASF: challenges and perspectives in primary health care. **Temas em Psicologia**, v. 25, n. 1, p. 291-304, 2017.

OLIVEIRA, Gustavo N. O Projeto Terapêutico Singular. *In:* CAMPOS, G. W. S; GUERRERO, A. V. P. (orgs). **Manual de Práticas da Atenção Básica. Saúde Ampliada e Compartilhada**. 2. Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

PASQUIM, Heitor Martins; ARRUDA, Marcel Segalla Bueno. Núcleo de apoio à saúde da família: Revisão narrativa sobre o apoio Matricial na atenção básica. **Corpus et Scientia**. v. 9, n. 2, p. 34-44, jul./dez. 2013.

PAULON, Simone; NEVES, Rosane. **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013. 151p.

PERRELLA, Ana Carolina. O cotidiano do psicólogo em um núcleo de apoio à saúde da família: relato de uma experiência. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. v. 12, n. 1, p. 54-65, 2017.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Estratégia de Saúde da Família. **Diretrizes e Parâmetros Norteadores das Ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. São Paulo; 2009. Disponível em: <https://bit.ly/3nlqyKX>.

REIS, Fernanda; VIEIRA, Ana Cléa Veras Camurça. Perspectivas dos terapeutas ocupacionais sobre sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Fortaleza, CE. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**. v. 21, n. 2, p. 351-360, 2013.

RIBEIRO, Herta Maria Castelo Branco *et al.* Representações sociais de profissionais de núcleos de apoio à saúde da família sobre interdisciplinaridade. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 13, n. 2, p. 97-115, 2015.

RODRIGUES, Euzilene da Silva; MOREIRA, Maria Inês Badaró. A Interlocação da Saúde Mental com Atenção Básica no Município de Vitória/ES. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 599-611, 2012.

ROSA, Walisete de Almeida; LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 13, n 6, p. 1027-1034, 2005.

SAMPAIO, Juliana. *et al.* O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 16, n. 3, p. 317-324, 2012.

SANTOS, Mara Lisiane de Moraes *et al.* Pouca qualificação e desarticulação com as equipes de saúde da família são as principais dificuldades para o trabalho nos núcleos de apoio à saúde da família em um estado do centro-oeste brasileiro. *In: Convención Salud*, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3nfk8gc>. Acesso em: 02 ago. 2018.

SCHUTEL, Tamara Alexandra Arias *et al.* A concepção de demanda em saúde mental na Atenção Primária à Saúde & 61; The concept of mental health demand in Primary Health Care. **Ciência & Saúde**, v. 8, n. 2, p. 85-93. 2015.

SEIXAS, Pablo de Souza. **Inserção e atuação profissional do psicólogo no campo das políticas sociais no Rio Grande do Norte**. 155p. 2009. Dissertação. (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

SILVA, Andréa Tenório Correia *et al.* Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos Profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 28, n. 11, p. 2076-2084, 2012.

SILVA, Isabelle Cristina Borba. *et al.* Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v. 12, n. 39, p. 1-10, 2017.

SILVA JUNIOR, A. G. S *et al.* Regionalização, integralidade e produção do cuidado no contexto da Estratégia Saúde da Família: pontos para o debate. *In: ALMEIDA, Patty Fidelis; SANTOS, Adriano Maia; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim. (orgs). Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde*. Salvador: Edufba; 2015. p. 65-88.

SILVA, Edna Lúcia; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2005. 138p.

SOLEMAN, Carla; MARTINS, Cleide Lavieri. O trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – especificidades do trabalho em equipe na atenção básica. **Rev. CEFAC**. v. 17, n. 4, p. 1241-1253, 2015.

SOUSA, Diogo de; OLIVEIRA, Isabel Fernandes de; COSTA, Ana Ludmila F. Entre o especialismo e o apoio: psicólogos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 474-483, 2015. Sousa, M. L. T., Tófoli, L. F. F. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária: acesso e cuidado integral. **Cadernos ESP Ceará**. v. 6, n. 2, p. 13-21, 2012.

TATMATSU, Daniely Brito; ARAÚJO, Ana C. C. Atenção primária e saúde mental: contribuições e potencialidades do apoio matricial. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 24, n. 2, p. 71-79. 2016.

TONIN, Carolina Francielle; BARBOSA, Tatiane Muniz. A interface entre Saúde Mental e Vulnerabilidade Social. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 50-68, 2018.

VANNUCCHI, Ana Maria Cortez; CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 963-982, 2012.

ZURBA, Magda do Canto. Um lugar para o psicólogo na Estratégia de Saúde da Família: uma proposta política para a consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil através da territorialização do psicólogo. *In*: TOMANIK, E. A.; CANIATO, A. M. P. (orgs.), **Psicologia Social: desafios e ações**. Maringá: ABRAPSO. 2011. p. 57-75.

WERMELINGER, Mônica, *et al.* A feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 45, p. 54-70, 2010.

YIN, Roberto K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

# 9. CONTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES AGROPECUÁRIAS NA GERAÇÃO DE RENDA NO MUNICÍPIO DE SÃO JOAQUIM-SC

*Velocino Salvador Bolzani Neto*

*Lenita Agostinetta*

*Bruna Fernanda da Silva*

## **Introdução**

Ao longo dos anos, o meio rural catarinense tem passado por processo de mudança socioeconômica e cultural, onde se observa crescimento da agricultura convencional com mecanização crescente, elevação das escalas e concentração da produção (Mior *et al.*, 2014). O município de São Joaquim, localizado no Estado de Santa Catarina, apresenta economia baseada na agropecuária, com a maior área de cultivo de maçãs, segundo maior rebanho de bovinos e a quinta maior área de cultivo de uvas do Estado (IBGE, 2017), o que dá origem a receitas fundamentais para o desenvolvimento econômico do município.

Assim, um item importante para os municípios é o Movimento Econômico ou Cota-Parte e Produtor Primário. Segundo a Secretaria Estadual da Fazenda (SEF, 2016) esse é um módulo do Sistema de Administração Tributária de Santa Catarina que permite o acompanhamento pelas Associações de Municípios e Prefeituras Municipais do movimento econômico, que vai contribuir para a formação do índice de retorno do ICMS. Esse sistema permite consultar dados da Dime (Declaração do ICMS e do Movimento Econômico) das empresas do município ou de municípios da Associação, dos dados das notas fiscais de produtor e dos valores adicionados que cabem ao município. O Valor Adicionado (VA) é o componente principal (85%)

para formação do Índice de Retorno do ICMS ao município, sendo apurado anualmente com base no seu respectivo movimento econômico (vendas das empresas, vendas da produção agropecuária, consumo de energia elétrica, serviços de telecomunicação) (Sef, 2016).

O agronegócio da maçã tem destaque em Santa Catarina, pois é o estado que mais produz maçã no Brasil, com atividade concentrada nos municípios de São Joaquim e Fraiburgo (Petri *et al.*, 2011). Além disso, segundo estes mesmos autores, em 40 anos o Brasil passou de país importador à autossuficiência, com marco no ano de 1998 quando o país passa ao status de país exportador de maçã.

Em relação a vitivinicultura, essa se estabeleceu nos locais de altitude no Planalto Catarinense com as descobertas e divulgação pela Epagri (Empresa de Pesquisa e Extensão Rural de Santa Catarina) (Rosier, 2018). Segundo este autor, o início da viticultura na região ocorreu na década de 1990, com a instalação de coleções de cultivares de videira de *Vitis vinifera* que foram testadas nas condições climáticas extremas de São Joaquim, a 1.400m de altitude. Alguns desses cultivares sobreviveram, e então empresários investiram nessas regiões, implantaram parreirais e construíram vinícolas dentro dos padrões mais modernos existentes. Atualmente está sendo implantada na prática a utilização de uma marca coletiva que caracterize e normatize os vinhos de altitude do Planalto Catarinense (Rosier, 2018).

Quando se fala em pecuária de corte em Santa Catarina, essa está presente em 87% das propriedades rurais da região serrana de Santa Catarina, sendo considerada uma vocação natural da região há mais de 300 anos (Pinto *et al.*, 2016). Segundo esses autores, Santa Catarina possui um cenário favorável para o desenvolvimento da pecuária de corte diferenciado pela qualidade, status sanitário livre de febre aftosa sem vacinação, fluxo crescente de turistas durante o verão para o litoral, com alto poder aquisitivo.

Por São Joaquim-SC se tratar de um município essencialmente agrícola, é fundamental analisar as principais receitas agropecuárias que compõem o seu Produto Interno Bruto (PIB) e sua participação no movimento econômico, a fim de planejar ações que visem o de-

envolvimento regional sustentável do município. Portanto, esta pesquisa teve por objetivo analisar as principais receitas agropecuárias provenientes da produção de maçã, uva e pecuária desse município.

### ***Percurso Metodológico***

A pesquisa foi desenvolvida no município de São Joaquim-SC que está localizado na Serra Catarinense e apresenta população média estimada de 26.952 habitantes (IBGE, 2017) e a segunda maior área territorial do Estado de Santa Catarina, totalizando 1.889,862 km<sup>2</sup> (IBGE, 2018). Além disso, o município integra a Associação dos Municípios da Região Serrana – Amures.

Foi realizado um estudo documental e descritivo, com levantamento de dados do setor de movimento econômico da Amures que disponibilizou valores estimados de Valor Adicionado (VA) referentes a agropecuária e outras atividades do município.

De acordo com a Secretaria do Estado da Fazenda de Santa Catarina, o VA é o componente principal (85%) para formação do Índice de retorno do ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços) ao município. É apurado anualmente com base no movimento econômico (vendas das empresas, vendas da produção agropecuária, consumo de energia elétrica, serviços de telecomunicação) do município.

Tais dados encontram-se disponíveis no sistema da SAT - Sistema de Administração Tributária da Secretaria da Fazenda e na Federação Catarinense dos Municípios (Fecam - SisRuralWeb) para os valores da produção primária. Informações sobre produção de maçã, uva e bovinos foram retiradas do site Cidades@ - IBGE onde se encontram informações de todos os municípios do Brasil com perfil completo de cada uma das cidades brasileiras.

Definiu-se o período de 2011 a 2017 para avaliar os possíveis impactos no movimento econômico, visto que a partir de 2013 houve uma expansão das estruturas de armazenagem, processamento e comercialização de maçãs no município. Segundo a Associação dos

Produtores de Maçã e Pêra de Santa Catarina – Amap, até 2012 as câmaras frias tinham capacidade para armazenar cerca de 71 mil toneladas de fruta, em 2013 essa capacidade aumentou para 111 mil toneladas e em 2015 para 161 mil toneladas. Assim buscou-se analisar as receitas antes e após este marco.

Os dados obtidos foram submetidos à estatística descritiva (média e percentuais) e apresentados em tabelas. A partir das mesmas, foi feita a interpretação e a discussão das informações levantadas.

### ***Resultados e discussão***

Entre os anos de 2011 e 2017 houve crescimento de 7,77% na área de produção de maçãs. Esse crescimento foi registrado no ano de 2012 e não apresentou alteração considerável até 2017 (Tabela 1). O valor adicionado (VA) da maçã cresceu 145,50% entre 2011 e 2017 com aumento em todos os anos analisados, porém, no período de 2013 a 2014 foi registrado o menor crescimento (11,00%) (Tabela 2). O crescimento do VA, em termos percentuais, foi 3,26 vezes maior que a inflação acumulada entre 2011/2017, uma vez que a inflação neste período correspondeu a 44,59%.

Ano	Área maçã (ha)	Área uva (ha)	Rebanho bovino (nº de cabeças)
2011	7.725	196	65.692
2012	8.325	196	75.119
2013	8.300	200	69.021
2014	8.325	200	74.298
2015	8.325	200	75.089
2016	8.325	200	82.740
2017	8.325	200	85.728

**Tabela 1. Área aproximada de produção de Maçã e Uva e total do rebanho pecuário bovino em São Joaquim-SC no período de 2011 a 2017**

Fonte: Produção dos autores baseado em dados do IBGE – Cidades@ no item produção agrícola municipal - lavoura permanente (2011 a 2017).

Ganhos de produtividade, utilização de novas tecnologias, condições climáticas, acesso ao crédito, maior demanda, tanto na

região quanto no país, maior agregação de valor no município podem justificar o comportamento do VA da maçã e do aumento da área cultivada no período de 2011 a 2017, o que corrobora com os resultados do estudo de caso desenvolvido com especialistas da cadeia produtiva da maçã brasileira dos Estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul (Cruz *et al.*, 2015).

De 2013 até 2017 mais empresas processadoras de maçã se instalaram em São Joaquim e as já existentes ampliaram consideravelmente sua capacidade operacional (armazenagem e processamento) conforme informações da Associação de Produtores de Maçã e Pêra de Santa Catarina – Amap, com sede em São Joaquim. Com isso, maior quantidade de fruta foi armazenada e processada no município, aumentando o valor agregado, justificando também a elevação do VA da maçã. De acordo com o Presidente da Associação Brasileira de Produtores de Maçã – ABPM “os pomares e as estruturas de pós-colheita do Brasil estão entre os mais modernos do mundo, permitindo o fornecimento da maçã com regularidade e alta qualidade 12 meses no ano” (Pérès, 2015). De acordo com o Anuário Brasileiro da Maçã (2018), a maçã é uma das frutas mais comercializadas no Brasil, ocupando em 2017 o quarto lugar entre os produtos de fruticultura mais vendidos nas centrais de abastecimentos (Ceasas) nos estados.

Em consequência da maior quantidade de fruta processada, também se elevou o número de postos de trabalho no município e oferta de salários maiores do que aqueles ofertados no campo (pomares). No período analisado houve ganhos reais para os fruticultores, já que o VA da maçã em termos percentuais foi 3,26 vezes superior à inflação apurada no período.

Outra situação que ocorreu durante este período foi a redução da produção nacional de frutas e a imposição de regras mais severas para importação de maçãs devido a erradicação da *Cydia pomonella* no Brasil, segundo a Instrução Normativa nº10 de 07 de maio de 2014 (Mapa, 2014). Segundo o presidente da Associação Brasileira de Produtores de Maçã – ABPM, a erradicação da *C. pomonella* nos pomares de maçã do Brasil é um feito inédito em nível mundial, o

que garante a qualidade da fruta que atende os padrões internacionais de comercialização (Pérès, 2015).

Além disso, as condições climáticas verificadas no período foram adversas, com eventos de granizo e geadas extemporâneas o que afetou a produtividade dos pomares. Com menor oferta de frutas no mercado, os preços, tanto em nível de produtor quanto para o consumidor final, aumentaram, contribuindo para o incremento do VA da maçã. O Brasil também tem ganhado mais espaço no mercado externo, como já vem acontecendo todos os anos. Porém, esse aumento foi significativo em 2018, pois exportou maçã para 66 países, contra 25 em 2017 (Anuário Brasileiro da Maçã, 2019).

Em relação à área de produção de uvas, essa permaneceu sem alteração entre os anos de 2011 e 2012 e em 2013 teve incremento de 2,04% (Tabela 1). No restante do período estudado a área de produção permaneceu sem alteração. O VA da uva oscilou consideravelmente no período estudado e aumentou 192,89% no ano de 2016 quando comparado a 2011 (Tabela 2).

Ano	VA maçã	VA uva	VA pecuária	VA outras*	VA total	Inflação (%)**
2011	164,45	3,94	13,89	91,31	273,59	6,50
2012	203,74	1,88	16,94	90,14	312,71	5,84
2013	244,73	2,12	28,17	74,59	349,61	5,91
2014	271,66	4,08	35,99	96,59	408,32	6,41
2015	362,91	1,97	41,47	105,44	511,79	10,67
2016	350,85	11,54	44,46	206,41	613,26	6,29
2017	403,73	7,96	51,66	178,14	641,50	2,97
<b>Média Geral</b>	286,01	4,78	33,22	120,37	444,39	

**Tabela 2. Valor Adicionado (VA), expresso em milhões de reais, das três principais atividades agropecuárias de São Joaquim e inflação anual brasileira (%) no período de 2011 a 2015**

Fonte: Produção dos autores baseado nas informações disponíveis no sistema da Sistema de Administração Tributária da Secretaria da Fazenda - SAT e na Federação Catarinense dos Municípios - Fecam - SisRuralWeb.

\*VA Outras = todas as demais atividades econômicas do município.

\*\*Séries Históricas do IBGE/IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo Especial).

A qualidade de um vinho está diretamente ligada ao melhor ponto da maturação da uva e os frutos produzidos em São Joaquim são apropriados para a elaboração de vinhos finos de alta qualidade (Felipeto; Alebrandt; Ciott, 2016). Porém, a oscilação na área cultivada e no VA da uva no município pode ser devido às condições climáticas, seja pelo excesso de chuvas ou também por geadas extemporâneas, que afetam consideravelmente a produtividade e a qualidade dos vinhedos joaquინenses. As baixas temperaturas durante a brotação e a precipitação pluvial, particularmente no período de maturação, são considerados os aspectos climáticos mais limitantes para as videiras (*Vitis vinifera*) avaliadas à elevada altitude (Brighenti *et al.*, 2014).

Outro fator que pode ter influenciado na oscilação do VA no período é o prazo de maturação dos vinhos que, muitas vezes, passam mais de 18 meses nesse processo, não refletindo o resultado econômico de sua comercialização no mesmo ano de produção. Boa parte dos produtores vinifica e comercializa sua produção na propriedade e é provável que o valor agregado da uva esteja lançado no VA de outras atividades ou até mesmo não lançado, mascarando a real contribuição desta atividade.

Por outro lado, durante o período estudado foram inaugurados novos empreendimentos vitivinícolas e os já existentes ampliaram os serviços oferecidos à comunidade local e turistas (Vinho de Altitude, 2017; Santur, 2017), movimentando a economia do município. Além disso, a fim de incentivar o potencial do enoturismo e impulsionar a produção artesanal e industrial de vinhos, foi sancionada a Lei Nº 16.873 de 15 de janeiro de 2016 (Santa Catarina, 2016) que institui a Rota Catarinense da Uva e do Vinho. Espera-se com essa Lei fortalecer a agricultura familiar e gerar mais oportunidades de emprego na região.

Já o rebanho pecuário bovino do município apresentou a maior oscilação no período em relação à área cultivada de frutas, porém com crescimento de 30,49% no período de 2011 a 2017 (Tabela 1). O VA da pecuária apresentou comportamento similar ao da maçã, com crescimento em todos os anos analisados (Tabela 2). O VA da pecuária

aumentou 95,09% comparando 2011 com 2017 enquanto a inflação acumulada no período foi de 44,59%, o que resultou, em termos percentuais, em VA 2,13 vezes maior que a inflação apurada no período.

Em relação ao número de cabeças de gado, a redução observada em 2013 pode estar relacionada ao bom preço do gado nesse ano, o que pode ter estimulado a comercialização de mais animais que o normal a fim de gerar capital para investir em melhorias nas propriedades. O Brasil é um grande produtor e exportador de carne bovina, permanecendo na primeira posição no ranking mundial na produção para fins comerciais (Teixeira; Hespanhol, 2014).

Provavelmente o aumento de 95,09% na pecuária se deu devido a utilização de novas tecnologias, tais como investimento em genética, melhorias nas técnicas de manejo e investimento em pastagens que foram incentivados pelo Programa de Desenvolvimento da Pecuária de Corte Catarinense, lançado pelo Governo do Estado de Santa Catarina em 2011 (Fapesc, 2011). Além disso, a maior procura por produtos de origem animal pela população também pode ter contribuído para este aumento.

Na região da Serra Catarinense, por exemplo, a tecnologia de melhoramento de campo nativo tem contribuído para viabilizar a atividade pecuária, inclusive na pequena e média propriedade, pois pode elevar de forma significativa a produtividade, lotação, carga animal e ganho de peso médio diário (Cordova *et al.*, 2014; Schwengber, 2016). Em função do uso do recurso disponibilizado pelo Programa de Desenvolvimento da Pecuária de Corte Catarinense, já existem relatos de produtores do município que aumentou a produção do gado em 40% com melhoramento de apenas 12% da área de pasto cultivada (Santa Catarina, 2013). A organização dos pecuaristas é fundamental para terem acesso a novas tecnologias e também desenvolverem parcerias e novas alternativas para o abate, processamento e comercialização das carnes diferenciadas da Serra Catarinense.

Em relação ao VA de outras atividades econômicas, este apresentou variações no período estudado (Tabela 2). No período de 2011 a 2017 o VA apresentou aumento de cerca de 95% e permaneceu em 50,41% acima da inflação acumulada no período, que foi de 44,59%.

O VA total também apresentou crescimento em todos os anos analisados, com aumento de cerca de 134% comparando 2011 com 2017, o que resultou em VA 3 vezes maior que a inflação apurada no período (Tabela 2). No geral, a cultura da maçã contribuiu em média entre os anos de 2011 e 2017, com cerca de 64,36% do Valor Adicionado Total (maçã, uva, pecuária e outras atividades econômicas) enquanto que o rebanho pecuário bovino, uva e demais atividades econômicas do município representaram em média 7,47%, 1,07% e 27,08%, respectivamente.

A agricultura brasileira tem apresentado altas taxas de crescimento da produtividade, sendo que as menores taxas de juros dos financiamentos, bem como investimentos em pesquisa agrônômica, expansão do crédito rural e aumento das exportações foram essenciais para o crescimento atual da produtividade do agronegócio (Gasques *et al.*, 2014; Silva; Ferreira, 2016).

Porém, a dependência econômica destas três atividades é uma preocupação, pois impõe ao município uma vulnerabilidade econômica, visto que qualquer fato climático, fitossanitário ou de mercado negativos, impacta diretamente na geração de trabalho e renda e, por consequência, em toda a economia de São Joaquim que é baseada na maçã, pecuária e uva.

Por outro lado, por serem atividades presentes em quase todas as propriedades joaquინenses, tem um enorme potencial para incrementar a economia local. Com seus produtos, tais como maçã, uva, frescal, queijo e mel, já reconhecidos nacional e internacionalmente, o município pode, a partir das indicações geográficas, reforçar consideravelmente o movimento econômico, seja através da agroindustrialização, da ampliação dos atuais canais de processamento e comercialização e do Turismo. As indicações geográficas oportunizam a valorização de produtos e serviços com características regionais e proporcionam o desenvolvimento local trazendo inúmeros benefícios para a população e para as atividades que resolvem trabalhar com produtos que oferecem apelações de origem (Costa, 2014).

Já existem exemplos bem sucedidos de organização através das cooperativas e outros empreendimentos instalados em São Joaquim,

mas existe espaço para mais iniciativas. Conforme Mior *et al.* (2014) em diferentes regiões de Santa Catarina os agricultores familiares buscam formas de ampliar as suas possibilidades de reprodução social no espaço rural, entre as quais estão a constituição de empreendimentos de agregação de valor e as redes de cooperação, acompanhados de novos tipos de posicionamento nos mercados, nos quais ficam mais bem caracterizadas as relações diretas entre produção e consumo.

Somado a tudo isso, São Joaquim e região com seu clima ameno, com as baixas temperaturas verificadas no inverno e as eventuais ocorrências de neve, tem nessas características e peculiaridades um forte aliado para contribuir com seu desenvolvimento territorial com sustentabilidade através do turismo. O turismo como uma das principais atividades econômicas da cidade é um sonho do *trade* turístico e muitos esforços, tanto do poder público, quanto da iniciativa privada, têm sido realizados nesse sentido, uma vez que o município de São Joaquim é um dos 65 destinos indutores do desenvolvimento turístico regional (Brasil, 2008).

Compete ao Governo Municipal, à Agência de Desenvolvimento Regional do Estado, ao Consórcio Intermunicipal Serra Catarinense, às Universidades e demais entidades existentes no município e região utilizarem os diversos trabalhos e diagnósticos realizados nos últimos sete anos e tirem apontamentos que contribuam para se alcançar o desenvolvimento econômico e social de nossa região com sustentabilidade.

## **Conclusão**

As três atividades agropecuárias estudadas estão presentes na maior parte das propriedades rurais, entretanto, a pomicultura é a principal base da economia de São Joaquim–SC. Vale ressaltar que o município tem forte apelo turístico e os subprodutos dessas atividades, bem como, o turismo rural podem ser trabalhadas de forma integrada a fim de reduzir a dependência de apenas uma ou duas atividades econômicas, gerar emprego e renda e contribuir para o desenvolvimento local.

**Agradecimentos:** Velocino Salvador Bolzani Neto recebeu bolsa de Programa de Pós-Graduação Uniedu Edital 15/SED/2015 – Desenvolvimento Regional Sustentável. Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação de Santa Catarina – Fapesc (Termo de Outorga 2019TR70) pelo apoio financeiro.

## Referências

ANUÁRIO BRASILEIRO DA MAÇÃ 2018. Santa Cruz do Sul: Editora Gazeta Santa Cruz. 2018. Disponível em: <http://bit.ly/38kBrbp>. Acesso em: 31 mar. 2020.

ANUÁRIO BRASILEIRO DA MAÇÃ 2019. Santa Cruz do Sul: Editora Gazeta Santa Cruz. 2019. Disponível em: <http://bit.ly/3pWka9W>. Acesso em: 31 mar. 2020.

BRASIL. Ministério do Turismo. **Estudo de Competitividade dos 65 Destinos Indutores do Desenvolvimento Turístico Regional - Relatório Brasil**. 2ª ed. Brasília, 2008. 84 p.

BRIGHENTI, Alberto Fontanella, *et al.* Desempenho vitícola de variedades autóctones italianas em condição de elevada altitude no Sul do Brasil. **Pesquisa Agropecuária Brasileira**, v. 49, n. 6, p. 465-474, 2014.

CÓRDOVA, Ulisses de Arruda *et al.* Validação da tecnologia de melhoramento de pastagens naturais no Planalto Sul de Santa Catarina. **Revista de Ciências Agroveterinárias**, v. 11, n. 1, p. 54-62, 2014.

COSTA, Ewerton Reubens Coelho. As Indicações Geográficas (IGs) como elementos fortalecedores para a atividade turística. **Revista Turismo: estudos e práticas**, v. 3, n. 1, p. 25-50, 2014.

CRUZ, Marcia Rohr *et al.* Estratégias para inovação na cadeia produtiva da maçã brasileira. **Revista Eletrônica do Mestrado Profissional em Administração da Universidade Potiguar**, v. 8, n. 1, p. 64-73, 2016.

FAPESC. Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina. **Governo assina programa de desenvolvimento da pecuária catarinense**. Disponível em: <http://bit.ly/2JSi7ZH>. Acesso em: 17 mar. 2020.

FELIPPETO, João; ALEMBRANDT, Ricardo; CIOTTA, Marlise Nara. Maturação e composição das uvas Cabernet Sauvignon e Merlot produzi-

das na região de São Joaquim, SC. **Agropecuária Catarinense**, v. 29, n. 2, p. 74-79, maio/ago. 2016.

GASQUES, José Garcia *et al.* Produtividade da agricultura: Resultados para o Brasil. **Revista de Política Agrícola**, v. 23, n. 23, p. 87-98, jul./ago./set. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades – Santa Catarina – São Joaquim. Disponível em: <http://bit.ly/2JRmhRA>. Acesso em: 02 mar. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades – Santa Catarina – São Joaquim. Disponível em: <http://bit.ly/35iA8Ic>. Acesso em: 02 mar. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Séries Históricas IPCA. Disponível em: <https://bit.ly/2Xldmed>. Acesso em: 02 mar. 2020.

MAPA. Ministério da Agricultura e Abastecimento. Instrução Normativa nº 10 de 07 de maio de 2014. Disponível em: <https://bit.ly/397vj5y>. Acesso em: 20 mar. 2020.

MIOR, L. C. *et al.* Inovações organizacionais da agricultura familiar: as agroindústrias e cooperativas descentralizadas no Sul Catarinense. *In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E SOCIOLOGIA RURAL – SOBER*, n. 52, 2014, Goiânia. Anais: Heterogeneidade e suas Implicações no Rural Brasileiro. Goiânia, julho de 2014. p. 1-20.

PÉRÈS, Pierre Nicolas. Com muito orgulho. **Anuário Brasileiro da Maçã 2015**, Santa Cruz do Sul, p. 8, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2Xkrip2>. Acesso em: 17 nov. 2019.

PETRI, J. L. *et al.* Avanços na cultura da macieira no Brasil. **Revista Brasileira de Fruticultura**, v. 33, n. spe1, p. 48-56, 2011.

PINTO, C. E. *et al.* **Pecuária de corte: Vocação e inovação para o desenvolvimento catarinense**. Florianópolis: Epagri, 2016. 209 p.

PORTAL DAS TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS. Resumo das Transferências para os Municípios. Disponível em: <http://bit.ly/3nocgZZ>. Acesso em: 17 nov. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOAQUIM. Histórico. Disponível em: <http://bit.ly/35iGRBU>. Acesso em: 12 nov. 2019.

ROSIER, Jean Pierre. A Viticultura de Altitude no Planalto Catarinense. **Territoires du vin**, n. 9, 2018.

SANTA CATARINA. **Lei nº 16.873 de 15 de janeiro de 2016**. Institui a Rota Catarinense da Uva e do Vinho. ALESC/Coord. Documentação. Disponível em: <http://bit.ly/3s1HKsj>. Acesso em: 10 fev. 2020.

SANTA CATARINA. **Programa de Desenvolvimento da Pecuária de Corte apresenta resultados na Serra**. Disponível em: <http://bit.ly/38mNdlz>. Acesso em: 10 fev. 2020.

SANTUR. **Enoturismo**. Disponível em: <https://bit.ly/2JVdQ7W>. Acesso em: 10 fev. 2020.

SCHWENGBER, Isabela. Em busca da autossuficiência na produção de carne bovina. **Agropecuária Catarinense**, v. 29, n. 2, p. 21-26, maio/ago. 2016.

SEF. Secretaria de Estado da Fazenda. **Agronegócio movimenta R\$ 61 bilhões na economia catarinense**. Disponível em: <https://bit.ly/3oimX1n>. Acesso em: 10 fev. 2020.

SEF. Secretaria de Estado da Fazenda. **Movimento Econômico - Cota Parte e Produtor Primário**. Disponível em: <https://bit.ly/3hUMmf5>. Acesso em: 10 fev. 2020.

SEF. Secretaria de Estado da Fazenda. **Valor adicionado e índice de participação**. Disponível em: <https://bit.ly/3hRuaD6>. Acesso em: 10 fev. 2020.

SENADO FEDERAL. **Orçamento público municipal: as fontes de receitas**. Disponível em: <http://bit.ly/3sapPQr>. Acesso em: 10 fev. 2020.

SILVA, Carlos Alberto Gonçalves.; FERREIRA, Léo da Rocha. Produtividade total dos fatores no crescimento da agropecuária brasileira. **Revista de Política Agrícola**, v. 25, n. 3, p. 4-15, 2016.

TEIXEIRA, Jodenir Calixto; HESPANHOL, Antonio Nivaldo. A trajetória da pecuária bovina brasileira. **Caderno Prudentino de Geografia**, v. 1, n. 36, p. 26-38, 2015.

VINHO DE ALTITUDE. **Vinho de Altitude** - Produtores Associados de Santa Catarina. Disponível em: <http://bit.ly/39fOmee>. Acesso em: 20 mar. 2020.



# 10. TRAJETÓRIA DA PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE: UMA PESQUISA DOCUMENTAL

*Gabriela do Nascimento Pires*

*Marjori Barbosa Rosa*

*Tania Mara da Silva Bellato*

*Juliana Cristina Lessmann Reckziegel*

## **Introdução**

O Curso de Graduação em Enfermagem exige diferentes saberes e perfis de profissionais com “ênfase não apenas no conhecimento técnico-científico, mas também no ético, no social, no político e no cultural, como requisitos e atributos de qualificação profissional” (Erdmann; Fernandes; Teixeira, 2011, p. 92).

Frente às exigências do mercado de trabalho cresce a necessidade de preparar profissionais comprometidos com a transformação da realidade e qualificação da prática da enfermagem. Para suprir essa demanda, colocam-se em evidência os cursos de Pós-Graduação Lato sensu como uma potente estratégia de qualificação para o desenvolvimento profissional.

Recomenda-se aos enfermeiros dar continuidade em seus estudos após sua carreira acadêmica, a fim de sempre buscar atualização sobre mudanças, normas, protocolos e leis referentes a sua profissão. Neste contexto, a Pós-Graduação torna-se importante para aperfeiçoar-se, destacar-se em seu ambiente profissional e para contribuir com a sociedade, seus conhecimentos científicos e objetivos (Ortega *et al.*, 2015).

Além de qualificar os profissionais, a Pós-Graduação também proporciona avanços para pesquisas científicas na área, promove o conhecimento técnico-científico, a capacidade de pensar de maneira crítica, reflexiva, criativa e desenvolver atitudes e habilidades específicas para cada área de atuação (Silva *et al.*, 2014). Para as autoras supracitadas, os resultados desse aperfeiçoamento podem refletir diretamente na melhoria do processo de trabalho, por meio do aperfeiçoamento técnico e progressão funcional.

Dessa forma, justifica-se a relevância da realização de cursos de Pós-Graduação para o Enfermeiro, pois auxiliam na qualificação do cuidado prestado por esse profissional. Ressalta-se ainda que a “Pós-Graduação estimula e promove o desenvolvimento da pesquisa de uma determinada área de conhecimento, auxiliando na consolidação de linhas de investigação” (Carlos *et al.*, 2013, p. 148).

Essas constatações suscitaram a necessidade de desvelar a trajetória histórica da Pós-Graduação Lato sensu da Universidade do Planalto Catarinense (Uniplac) vinculada ao Curso de Graduação em Enfermagem, emergindo deste e das necessidades do mercado de trabalho da região da Serra Catarinense. Destaca-se que esse resgate permite compreender a participação dos Cursos de Pós-Graduação Lato sensu no contexto da construção e consolidação da Enfermagem da região. Assim emergiu a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a trajetória da Pós-Graduação Lato sensu vinculada ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Planalto Catarinense.

Nesta perspectiva, o presente estudo teve como objetivo: Descrever a trajetória da Pós-Graduação Lato sensu em Enfermagem da Universidade do Planalto Catarinense: uma pesquisa documental.

## **Percurso metodológico**

Trata-se de estudo descritivo documental que foi realizado no contexto da Universidade do Planalto Catarinense, junto aos cursos de Pós-Graduação vinculados ao Curso de Graduação em Enfermagem. Aponta-se que na “eleição das fontes para uma pesquisa docu-

mental, deve-se considerar que a história se faz a partir de qualquer traço ou vestígio deixado” (Padilha *et al.*, 2011, p. 47). Além disso, “os documentos para a coleta de dados em pesquisas históricas geralmente apresentam-se na forma de registros escritos, como diários, jornais, cartas, leis, decretos, dentre outros” (Padilha *et al.*, 2011, p. 48).

Para tal, foram efetuadas buscas em documentos institucionais, como ofícios, regulamentos, pareceres, relatórios de gestão, projetos de cursos no Setor de Pós-Graduação da Uniplac e em arquivos pessoais das Coordenadoras dos Cursos de Especialização. O critério de inclusão foi: Cursos de Pós-Graduação Lato sensu originados do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Planalto Catarinense no período de fevereiro de 2000 a novembro de 2019. Como critério de exclusão considerou-se a inexistência de relação formal com o Curso de Graduação em Enfermagem para a concepção do projeto ou coordenação do curso. O período analisado foi de fevereiro de 2000 a novembro de 2019.

Fizeram parte do escopo da pesquisa os seguintes cursos: Metodologia para o Ensino Superior em Enfermagem; Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem Modalidade à Distância; Saúde da Família; Gestão em Serviços de Saúde; Enfermagem Pediátrica e Neonatal e Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

A coleta de dados ocorreu no decorrer do ano de 2019, buscando os seguintes elementos: origem do curso de especialização Lato sensu, participação do Curso de graduação em Enfermagem da Uniplac na concepção ou execução do curso de especialização, Coordenação envolvida na gestão, tempo de duração, número de turmas ofertadas, número de egressos e existência de bolsa de estudos para os estudantes. Todos os dados obtidos foram expostos descritivamente no intuito de registrar cronologicamente os aspectos acima descritos. Aponta-se que a “Pesquisa documental enquanto metodologia de pesquisa assume importante papel para o conhecimento das estruturas sociais, auxiliando inúmeras profissões e, particularmente a enfermagem, a construir a história da profissão” (Padilha *et al.*, 2011, p. 51).

O presente estudo faz parte de um macroprojeto de pesquisa que investiga a influência da Pós-Graduação para a formação profissional, sendo aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade do Planalto Catarinense sob parecer nº 3.559.853.

## **Resultados e discussões**

### ***Uma breve revisão acerca da legislação que regulamenta a Pós-Graduação Lato sensu no Brasil***

Conforme o disposto na Resolução nº 1, de 6 de abril de 2018 (Brasil, 2018), que estabelece diretrizes e normas para a oferta dos cursos de Pós-Graduação Lato sensu, denominados cursos de especialização, que são programas de nível superior, de educação continuada, com os objetivos de complementar a formação acadêmica, atualizar, incorporar competências técnicas e desenvolver novos perfis profissionais, com vistas ao aprimoramento da atuação no mundo do trabalho e ao atendimento de demandas por profissionais tecnicamente mais qualificados para o setor público, as empresas e as organizações do terceiro setor, tendo em vista o desenvolvimento do país.

A modalidade *Lato sensu* é aberta a candidatos diplomados em cursos de graduação, podendo ser ofertados presencialmente ou à distância, observadas a legislação vigente, as normas e as demais condições aplicáveis à oferta, à avaliação e à regulação de cada modalidade, bem como o Plano de Desenvolvimento Institucional das instituições universitárias proponentes (Brasil, 2016).

A Resolução nº 1 informa que os cursos de especialização serão registrados no Censo da Educação Superior e no Cadastro de Instituições e Cursos do Sistema e-MEC, nos termos da Resolução CNE/CES nº 245/2016 (Brasil, 2016), que instituiu o cadastro nacional de oferta de cursos de Pós-Graduação Lato sensu (especialização) das instituições credenciadas no Sistema Federal de Ensino. Dessa forma, as instituições de ensino superior que desejam oferecer uma Pós-Graduação Lato sensu presencial, não dependem da apro-

vação ou do reconhecimento do Ministério da Educação (Brasil, 2018). A oferta dos cursos de especialização deve prever um Projeto Pedagógico de Curso (PPC), obedecendo aos seguintes critérios: a matriz curricular deve ter carga mínima de 360 horas, contendo disciplinas ou atividades de aprendizagem com efetiva interação no processo educacional, com o respectivo plano de curso, que contenha objetivos, programa, metodologias de ensino aprendizagem, previsão de trabalhos discentes, avaliação e bibliografia. Quanto à composição do corpo docente, deve ser devidamente qualificado e constituído por, no mínimo, 30% (trinta por cento) de portadores de título de Pós-Graduação *Stricto sensu*, cujos títulos tenham sido obtidos em cursos devidamente reconhecidos pelo poder público e legislação vigente (Conselho Federal de Enfermagem, 2018a).

Os certificados de conclusão de curso de especialização devem ser obrigatoriamente registrados pelas instituições devidamente credenciadas e que efetivamente ministraram o curso. As instituições de ensino superior podem celebrar convênio ou parceria para oferta de cursos de Pós-Graduação *Lato sensu* (Brasil, 2018).

A Pós-Graduação é uma fonte de qualificação profissional e de educação continuada, com potencial para refletir no futuro profissional dos participantes. No intuito de acompanhar essa abrangência, os profissionais da Enfermagem vêm aprimorando seus conhecimentos científicos e, para isso, recorrem a diferentes cursos, entre eles os de Pós-Graduação, desenvolvendo estudos e pesquisas vinculadas às necessidades da prática profissional no contexto em que estão inseridos (Penin, 2001).

Para o Conselho Federal de Enfermagem (2018b), o enfermeiro que conclui um curso de especialização *Lato sensu*, deve promover o registro de seus títulos no Sistema do Cofen de sua jurisdição. Determina ainda que é vedado ao Enfermeiro realizar a veiculação, divulgação e anúncio de títulos de Pós-Graduação que não estejam devidamente registrados no Conselho Regional de Enfermagem (Coren). O referido Conselho define as linhas de atuação que agrupam as especialidades do Enfermeiro em três grandes áreas, a saber:

“Área I: Saúde Coletiva, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Adulto (Saúde do Homem e da Mulher), Saúde do Idoso, Urgência e Emergência. Área II: Gestão e Área III: Ensino e Pesquisa” (Conselho Federal de Enfermagem, 2018b, p. 1).

De acordo com Machado *et al.* (2016), há um considerável aumento dos Enfermeiros no âmbito da equipe de saúde (23% do total da amostragem) e com tendência à expansão. Ainda para o Conselho Federal de Enfermagem (2018b), há ampliação do mercado de trabalho para esses profissionais com possibilidades de atuação nas três grandes áreas: assistência direta ao paciente, gestão, docência/pesquisa e empreendedorismo. Nesse contexto, a Pós-Graduação é uma modalidade de ensino que promove o aprimoramento profissional e apresenta ao Enfermeiro as novas tendências da profissão.

### ***Trajatória histórica da criação da Pós-Graduação Lato sensu em Enfermagem vinculada ao curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Planalto Catarinense***

O Curso de Graduação em Enfermagem da Uniplac enfatiza a promoção, proteção e recuperação da saúde, considerando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), através da vivência da prática que propicie o cuidado integral. Desse modo, assegura-se o compromisso institucional por meio da assistência, do ensino, da pesquisa e da extensão com foco nas necessidades dos habitantes da região da Serra Catarinense (Universidade do Planalto Catarinense, 2018).

O Curso de Graduação em Enfermagem passou a contribuir na formulação e execução da política institucional, na criação de cursos de especialização Lato sensu com a expectativa de estimular o retorno dos Enfermeiros egressos e de demais profissionais à Universidade, visando a qualificação e transformação das práticas profissionais. Isto ocorreu por meio de seis iniciativas exitosas em direção ao incremento da qualidade da Pós-Graduação Lato sensu na Uniplac. Na sequência, descreve-se o histórico de criação e de-

envolvimento dos projetos de Pós-Graduação Lato sensu vinculados ao curso de Graduação em Enfermagem.

*a) Curso de Especialização Lato sensu em Metodologia para o Ensino Superior em Enfermagem*

No ano de 2000, a Enfermagem da região da Serra Catarinense enfrentava alguns desafios, tais como a carência na qualificação de Enfermeiros para atuarem na educação profissional e a inexpressiva produção de pesquisas. Com vistas a superar essas questões, tendo como premissa o compromisso e seriedade com a formação profissional, a coordenação do Curso de Graduação, preocupada com a atualização e o aperfeiçoamento do corpo docente, firmou convênio com o Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN/UFSC).

O curso de especialização em Metodologia para o Ensino Superior em Enfermagem foi ofertado na modalidade semipresencial, organizado em módulos, com carga-horária total de 540 horas/aula, das quais 225 destinadas às atividades teórico-práticas envolvendo fundamentação teórica e exercícios pertinentes aos conteúdos e 315 horas previstas para o desenvolvimento de estágio de docência. Foram organizados encontros coletivos por turma e com todos os alunos. Seu principal objetivo era capacitar o Enfermeiro para o exercício da docência crítica-participativa, utilizando metodologias do ensino que exercitassem a aprendizagem para a resolução de problemas clínicos e sociais, através do diálogo no contexto do trabalho. O Curso integrava as áreas de conhecimento da Enfermagem e da Educação. Devido ao formato de ensino adotado na organização curricular, foram compostas três turmas, com 15 alunos em cada turma e a mediação pedagógica foi realizada por três enfermeiras (tutoras pedagógicas) do quadro docente do curso de graduação da Uniplac. Na Uniplac a Coordenação do Curso foi desempenhada

pelas Professoras Silvia Regina Moraes e Tania Mara da Silva Bellato. O curso certificou 45 Enfermeiros especialistas em Metodologia do Ensino para a Profissionalização em Enfermagem.

*b) Curso de Especialização Lato sensu em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem Modalidade a Distância*

No ano de 2002 a coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem, Profa. Jaqueline Aparecida Erig Omizzolo participou de reuniões com a Associação Brasileira de Enfermagem (Aben) no município de Florianópolis para tratar sobre a divulgação do Projeto de Profissionalização dos Profissionais da área de Enfermagem (Profae) (Brasil, 2002a). No período foi elaborado um projeto para participação em edital do Ministério da Saúde/Unesco/Fiocruz, através da Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc), que apresentou-se como coordenadora estadual da proposta, sendo a Universidade do Vale do Itajaí (Univali) a vice coordenadora do projeto. A Uniplac e a Universidade do Contestado (UNC) participaram da execução através do consórcio Rede Universidade Virtual Pública de Santa Catarina (Univirtual-SC), ofício nº 99/02 (Brasil, 2002b).

A partir dessa definição, o Curso de Graduação em Enfermagem da Uniplac participou como integrante do Núcleo Regional de Apoio Docente (NAD's), visando o processo de elaboração e validação do projeto, sendo aprovado para oferta no estado de Santa Catarina no segundo semestre do ano de 2002. Foi viabilizado um convênio com a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz, instituição responsável, visando a oferta do Curso de especialização Lato sensu em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem modalidade à distância (Universidade do Planalto Catarinense, 2003).

A parceria, além de integrar diversas instituições de ensino do Brasil, oportunizou a qualificação de professoras do Curso de Gra-

duação em Enfermagem acerca de concepções da educação à distância. Essa experiência exitosa, de acordo com Castro (2003), em quatro anos formou em torno de 12 mil profissionais de enfermagem em todo o Brasil, para a docência na educação profissional, resultando na qualificação sobre as práticas profissionais do Enfermeiro.

Na macrorregião da Serra Catarinense, além de representar um grande passo na carreira profissional, a oferta do curso ampliou a oportunidade de aperfeiçoamento. Na Uniplac, consta no relatório de gestão relativo ao ano de 2003, que a coordenação local foi desempenhada pela Professora Enfermeira Tania Mara da Silva Bellato. O Curso integrava a área de conhecimento da Enfermagem, sendo ofertado para duas turmas concomitantes no período de 01/12/2002 a 01/03/2004, totalizando 78 Enfermeiros formados.

### *c) Curso de Especialização Lato sensu em Saúde da Família*

No ano de 2002, as experiências pedagógicas adquiridas ao longo do desenvolvimento do Curso de Graduação em Enfermagem visavam a promoção do desenvolvimento intelectual, pessoal e profissional dos alunos, bem como do quadro de professores. Nesse período, além do foco na formação de qualidade, buscou-se a consolidação de parcerias interinstitucionais por meio das atividades de projetos de extensão, a exemplo da implantação do 7.º Núcleo de Capacitação em Saúde da Família, convênio firmado entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. O projeto obteve aprovação e foi instituído oficialmente por meio da portaria da Secretaria de Estado da Saúde nº 0795/SES/2000. Essa experiência aproximou o Curso de graduação em Enfermagem da Uniplac das secretarias municipais de saúde da região da Serra Catarinense, contribuindo para a melhoria das práticas profissionais, organização do trabalho e condução da Política Nacional de Educação Permanente para o Sistema Único de Saúde (Brasil, 2004a).

Esses movimentos culminaram com implantação, no ano de 2002, do Curso de Especialização Lato sensu que estimulou a for-

mação de profissionais para atuação em equipes de saúde da família, em consonância com o conjunto de medidas políticas nacionais que visavam agregar qualidade ao processo de mudanças das práticas de saúde voltadas para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta perspectiva se privilegiou a identificação de problemas que emergiam do cotidiano profissional do trabalhador, a reflexão e a busca de solução contrapondo-se ao modelo hegemônico (Mascarenhas; Melo; Fagundes, 2012).

Assim, foi formalizado um convênio entre a Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), visando a oferta do Curso de Pós-Graduação *Lato sensu* em Saúde da Família, aprovado pelo parecer nº 392/2002 Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (Consepe). Destaca-se que esta oportunidade além de qualificar os profissionais inseridos nos serviços de saúde na Atenção Primária, contribuiu promovendo a socialização de conhecimentos e experiências entre as instituições universitárias.

O Curso de especialização tinha por objetivo “Qualificar profissionais de saúde para o desempenho de suas atividades na rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde, tendo por base o modelo assistencial proposto pela Estratégia de Saúde da Família” (Universidade do Planalto Catarinense, 2009a). As turmas foram compostas por alunos que atuavam na Secretaria Municipal de Saúde do município de Lages, integrando a área de conhecimento da Saúde Coletiva e foi ofertado em três edições coordenadas pela Professora Enfermeira Tania Mara da Silva Bellato. Qualificou diversos profissionais, dentre esses, 40 Enfermeiros. Foram desenvolvidos da seguinte forma:

**Primeira Turma:** período de oferta de 29/11/2002 a 18/04/2004, com 31 profissionais matriculados, sendo 13 Enfermeiros.

**Segunda Turma:** período de oferta de 29/11/2002 a 05/06/2004, com 40 profissionais matriculados, sendo 12 Enfermeiros.

**Terceira Turma:** período de oferta de 12/03/2004 a 03/09/2005, com 32 matriculados, sendo 15 Enfermeiros.

*d) Curso de Especialização Lato sensu de Gestão em Serviços de Saúde*

Seguindo do Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde e do Departamento de Ciências Sociais Aplicadas, foi elaborada uma comissão multiprofissional que destacou a necessidade em se ofertar um curso Lato sensu com ênfase na gestão de serviços em saúde. Desta forma, sob Coordenação colegiada do Curso de Graduação em Enfermagem e do Curso de Administração, foi ofertado o curso de especialização Lato sensu de Gestão em Serviços de Saúde. A primeira edição tinha carga-horária de 360 horas/aula aprovado pelo parecer do Conselho Universitário nº 1517/2005 Consuni/Consepe, sendo que a segunda turma, após revisão curricular, ampliou a carga horária para 480 horas/aula (Universidade do Planalto Catarinense, 2010a), incluindo formação para o magistério superior aprovado pelo parecer nº 611/2009 Consuni (Universidade do Planalto Catarinense, 2009b). Na terceira turma o projeto sofreu nova reestruturação para 465 horas, aprovado pelo parecer nº 016/2014 (Universidade do Planalto Catarinense, 2014a).

Todas as edições tinham como objetivo “Preparar gestores e técnicos de saúde para o desenvolvimento das atividades de planejamento e administração de sistemas de serviços locais de saúde, construindo sua visão estratégica e instrumentos organizacionais compatíveis com as Políticas Públicas de Saúde” (Universidade do Planalto Catarinense, 2006).

Esse curso integrava as áreas de conhecimento da Saúde Coletiva e de Gestão, sendo ofertado em três edições, qualificando diversos profissionais, conforme descrito a seguir:

**Primeira Turma:** coordenada pela Professora Denise Krieger e Juliana P. Branco: período de 07/04/2006 a 12/05/2007, com 23 matriculados, sendo oito Enfermeiros.

**Segunda Turma:** coordenada pela Professora Tania Mara da Silva Bellato: período de 26/03/2010 a 02/02/2012, com 21 matriculados, sendo 13 Enfermeiros.

**Terceira Turma:** coordenada pela Professora Tania Mara da Silva Bellato: período de 26/09/2014 a 17/06/2016, com 18 matriculados, sendo 11 Enfermeiros. Destaca-se que essa edição do Curso foi ofertada por meio de convênio entre Uniplac e Secretaria de Estado da Educação: Processo de Seleção para o Programa de Bolsas Universitárias de Santa Catarina (Uniedu), para estudantes matriculados em Pós-Graduação Lato sensu com bolsa universitária, garantindo a gratuidade nas mensalidades, aprovado no edital 21/SED de 17/06/2014 (Universidade do Planalto Catarinense, 2014b).

*e) Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade*

Outra experiência exitosa foi a contribuição na implantação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, aprovado pelo Parecer nº 2383/2006 Consuni/Consepe. Em maio de 2006, após diversas tratativas em reuniões os cursos de graduação em Enfermagem, Odontologia, Psicologia e Serviço Social além de demais representantes da Uniplac, discutiram junto com profissionais de saúde (servidores públicos e prestadores de serviços do SUS) as estratégias de implementação (Arruda; Kuhnen, 2015).

O curso foi construído para ofertar aos profissionais de saúde, em nível de Pós-Graduação Lato sensu, na modalidade de educação em serviço, a formação por meio do aprender-fazendo, com vistas a aprimorar o desempenho profissional no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006). Tinha como objetivo “Formar profissionais de saúde, através da educação em serviço, para o desempenho de suas atividades no Sistema Único de Saúde, tendo por base o modelo assistencial proposto pela Estratégia de Saúde da Família” (Universidade do Planalto Catarinense, 2009c).

Nessa proposta destacava-se o uso das metodologias ativas de ensino e aprendizagem, tendo a Educação Permanente como um processo de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao próprio trabalho (Universida-

de do Planalto Catarinense, 2009c). A respeito dessa modalidade de ensino, Zanoni *et al.* (2015), refletem que os cursos da área da saúde, assim como a Enfermagem, buscaram engrandecer seus currículos a fim de garantir a formação de profissionais competentes para assistir à população, com foco em buscar a melhor forma de gerenciar estes serviços e melhorar a assistência a seus clientes, além de engrandecer seus currículos, diversificando suas competências especializadas.

Devido à mobilização e inserção do Curso de Graduação em Enfermagem nessa trajetória, coube a este assumir a inicial Coordenação do Curso de Residência, exercida à época pela Professora Jaqueline Aparecida Erig Omizzolo. Ao longo do tempo, outros docentes do Curso de Graduação em Enfermagem e da Uniplac, também participaram das atividades de tutoria e das orientações de Trabalho de Conclusão de Curso, além de participarem da Comissão de Residência Multiprofissional (Coremu). Destaca-se nesta trajetória a participação da Profa. Mirian Kuhnen (odontóloga, mestre em Saúde Coletiva e em Ambiente e Saúde) que dedicou doze anos (não consecutivos) à coordenação da residência. O Curso integrava a área de conhecimento da Saúde Coletiva, sendo ofertado em seis edições, qualificando diversos profissionais, dentre esses, 27 Enfermeiros, da seguinte forma:

**Primeira Turma:** período de março de 2009 a março de 2011, total de 18 matriculados, seis desistentes/cancelados, desses, quatro Enfermeiros concluintes.

**Segunda Turma:** período de março de 2012 a março de 2014, total de 16 matriculados, dois desistentes/cancelados, desses, quatro Enfermeiros concluintes.

**Terceira Turma:** período de março de 2013 a março de 2015, total de 16 matriculados, um desistente/cancelado, desses, cinco Enfermeiros concluintes.

**Quarta Turma:** período de março de 2015 a março de 2017, total de 16 matriculados, um desistente/cancelado, desses, quatro Enfermeiros concluintes.

**Quinta Turma:** período de março de 2016 a março de 2018, total de 16 matriculados, dois desistentes/cancelados, desses, cinco Enfermeiros concluintes.

**Sexta Turma:** período de março de 2017 a março de 2019, total de 14 matriculados, um desistente/cancelado, desses cinco, Enfermeiros concluintes.

*f) Curso de Especialização Lato sensu em Enfermagem  
Pediátrica e Neonatal*

Em 2010, o Curso de Graduação em Enfermagem mobiliza novamente seu colegiado de professores para uma reflexão sobre as taxas de mortalidade infantil, visto que na macrorregião da Serra Catarinense e do Meio Oeste ainda persistiam os maiores coeficientes de vulnerabilidade e mortalidade no período neonatal (Santa Catarina, 2011). Esse contexto da situação locoregional demandou uma atuação eficaz em prol da reversão desse cenário, pois a ação do Enfermeiro Pediátrico se faz fundamental tanto na ação assistencial quanto na promoção da saúde da criança (Rangel; Gomes, 2019).

Tal realidade referendava a necessidade premente da formação especializada de profissionais para atuarem diretamente na assistência ao neonato, o que também vem ao encontro das diretrizes estabelecidas no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (Brasil, 2004b), que traça essa formação como uma ação estratégica para a atenção à saúde do neonato. Além disso, para suprir uma demanda legal, determinada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, especificamente na Resolução nº 7 de 24 de fevereiro de 2010 (Brasil, 2010), que dispõe sobre a obrigatoriedade das Instituições de Saúde que comportam Unidades de Terapia Intensiva terem em seu quadro de Enfermagem, enfermeiros especialistas, incluindo a UTI pediátrica e neonatal.

Pautado nessas considerações, o Curso de Pós-Graduação Lato sensu, Especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatal, aprovado pelo Parecer do Consuni/CPEPg n.º 015/2010 de 1º de julho de 2010, propiciou aperfeiçoamento profissional aos enfermeiros, na perspectiva do cuidado humanizado ao neonato e à criança, ofertando, em parceria com a Uniedu, parecer nº 210/2012 Con-

suní/CPEX. Esse Curso visava “capacitar enfermeiros para atuar na assistência especializada de enfermagem em pediatria e neonatologia, com vistas ao cuidado humanizado em saúde” (Universidade do Planalto Catarinense, 2010b). A coordenação foi desempenhada pelas Professoras Denise Krieger e Jaqueline Aparecida Erig Omi-zzolo, sendo desenvolvido conforme descrição abaixo:

**Primeira Turma:** período de 27/08/2010 a 21/05/2012, com 22 enfermeiros matriculados, dois desistentes/cancelados, 16 enfermeiros concluintes.

**Segunda Turma:** período de 05/09/2014 a agosto de 2016, com 30 enfermeiros matriculados, um desistente/cancelado, 27 concluintes. (Universidade do Planalto Catarinense, 2014c) \*Esta edição do Curso foi ofertada por meio de convênio entre Uniplac e Secretaria de Estado da Educação: Processo de Seleção para o Programa de Bolsas Universitárias de Santa Catarina (Uniedu), para estudantes matriculados em Pós-Graduação Lato sensu com bolsa universitária, garantindo a gratuidade nas mensalidades (se credenciou pelo edital do Processo Seletivo nº 021/SED de 17/06/2014 e ofereceu o Processo Seletivo pelo edital nº 128/2014) (Universidade do Planalto Catarinense, 2014d).

## Conclusão

Ao completar 20 anos de existência, o Curso de Graduação em Enfermagem, por meio de seu corpo docente, vem contribuindo de forma relevante com a formação e o desenvolvimento de profissionais qualificados; igualmente, vem procurando contribuir com a Política de Pós-Graduação. Nesta trajetória foi almejado atender à exigência de qualificação acadêmica dos egressos, bem como promover a atualização dos docentes, dos profissionais vinculados em diferentes serviços de saúde, de modo a atender às necessidades e expectativas sociais e do mercado de trabalho da região da Serra Catarinense.

Nessa perspectiva, este resgate cronológico pode contextualizar a participação da Uniplac, por meio do Curso de Graduação em

Enfermagem, nos cursos em nível de especialização Lato sensu para auxiliar na formação de Enfermeiros que supere a dicotomia entre o pensar e o fazer, privilegiando o ser profissional e a preparação de cidadãos que possam contribuir com a melhoria da qualidade de vida, em especial auxiliando a qualificação profissional para a atuação no interior do estado de Santa Catarina.

Recomenda-se que novos estudos com caráter histórico sejam desenvolvidos, com vistas a registrar as contribuições da Enfermagem para o fortalecimento dos serviços de saúde da região. Como limitações aponta-se a restrição de busca ao acervo documental, recomendando a inclusão de outras técnicas de coleta de dados em novos estudos. Observou-se que os Cursos desenvolvidos contemplaram referenciais que consideram o ser humano, suas necessidades de saúde e a formação voltada para o exercício da cidadania, além de metodologias ativas de aprendizagem que contribuem para a construção de sujeitos sociais e solidários.

**Agradecimentos:** Agradecemos ao Setor de Pós-Graduação da Universidade do Planalto Catarinense pela colaboração e à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação de Santa Catarina – Fapesc (Termo de Outorga 2019TR70) pelo apoio financeiro.

## Referências

ARRUDA, Marina Patrício de; KUHNEN, Mirian. **O dia da gente:** educação permanente renovando práticas de saúde. Curitiba: CRV, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 1, de 6 de abril de 2018.** Estabelece diretrizes e normas para a oferta dos cursos de pós-graduação lato sensu denominados cursos de especialização, no âmbito do Sistema Federal de Educação Superior, conforme prevê o Art. 39, § 3º, da Lei nº 9.394/1996, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2Xljpiv>. Acesso em: 06 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CES Nº 245/2016.** Diretrizes Nacionais dos Cursos de Pós-

-Graduação *Lato Sensu* Especialização. Brasília: Ministério da Educação, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3hPhigI>. Acesso em: 03 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://bit.ly/3beVR7x>. Acesso em: 29 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <https://bit.ly/3hQyfY9>. Acesso em: 15 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício nº 99/02**: Comissão de Licitação da Proposta do Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na área da Saúde: Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PROFAE: Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Enfermagem (PROFAE)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, 2004b. Disponível em: <https://bit.ly/3oAyfyI>. Acesso em: 05 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bit.ly/38n6u6I>. Acesso em: 03 jul. 2019.

CARLOS, Djailson José Delgado *et al.* O ensino de pós-graduação em enfermagem no Brasil: recorte de uma década (2001-2010). **História de Enfermagem Here**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 140-152, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/35jglcT>. Acesso em: 30 jul. 2018.

CASTRO, J. L. Tendências da avaliação em educação profissional. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **1º Fórum Nacional do PROFAE**: cons-

truindo uma política pública de formação profissional em saúde: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Parte 2, p. 163- 171. Disponível em: <http://bit.ly/3bkya66>. Acesso em: 28 maio 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Mercado de trabalho para Enfermagem amplia áreas de atuação**. Brasília: COFEN, 2018b. Disponível em: <http://bit.ly/2XfDjvM>. Acesso em: 30 maio 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 581/2018**. Atualiza, no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação *Lato e Stricto Sensu* concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades. Brasília: COFEN, 2018a. Disponível em: <http://bit.ly/2L7YRba>. Acesso em: 12 maio 2019.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini; FERNANDES, Josicella Dumê; TEIXEIRA, Giselle Alves. Panorama da educação em enfermagem no Brasil: graduação e pós-graduação. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 2, supl. 1, p. 89-93, 2011. Disponível em: <http://bit.ly/3s4hxjy>. Acesso em: 12 maio 2019.

MACHADO, Mônica H. *et al.* Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros técnicos e auxiliares. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 7, n. esp, p. 15-34, 2016. Disponível em: <http://bit.ly/3nmjMVb>. Acesso em: 05 maio 2019.

MASCARENHAS, Nildo Batista; MELO, Cristina Maria Meire; FAGUNDES, Norma Carapiá. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 991-999, dez. 2012. Disponível em: <https://bit.ly/3ooC2i2>. Acesso em: 04 jul. 2019.

ORTEGA, Miriam del Carmo Barbera *et al.* Academic training of nursing professionals and its relevance to the workplace. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 404-410, jun. 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2Lutpng>. Acesso em: 17 jun. 2019.

PADILHA, M. Y. *et al.* As fontes de história em pauta: a história oral e a pesquisa documental. *In*: BORENSTEIN, M. S.; PADILHA, M. Y. **Enfermagem em Santa Catarina: recortes de uma história (1900-2011)**. Florianópolis: Secco, 2011, p. 37-55.

PENIN, Sonia Teresinha de Sousa. A formação de professores e a responsabilidade das universidades. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 15, n. 42, p. 317-332, ago. 2001. Disponível em: <https://bit.ly/3niZvQp>. Acesso em: 10 jun. 2019.

RANGEL, Camila Butinholli; GOMES, Maria Paula Cerqueira. Narração histórias, coreografando emoções, no trabalho com o nascimento, a dor e a morte de crianças no hospital. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 560-583, jul./set. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/35jLA6q>. Acesso em: 29 out. 2019.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Florianópolis: SES, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/2XiReBh>. Acesso em: 03 jul. 2019.

SILVA, Rosana Maria de Oliveira *et al.* Contribuição do curso especialização, modalidade de residência para o saber profissional. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 362-366, ago. 2014. Disponível em: <http://bit.ly/3bgPSzb>. Acesso em: 05 jun. 2018.

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE. Conselho Universitário - CONSUNI. **Curso de Pós-Graduação Lato sensu Especialização em Gestão de Serviços de Saúde. Parecer nº 611/2009**. Lages: UNIPLAC, 2009b.

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE. **Convênio interinstitucional, contrato n. EDI 5913/03**. Lages: UNIPLAC, 2003.

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE. **Curso de Pós-Graduação Lato sensu**. Processo Seletivo edital nº 128/2014. Lages: UNIPLAC, 2014d.

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE. **Curso de Pós-Graduação lato sensu Especialização em Gestão de Serviços de Saúde. Parecer nº 016/2014**. Lages: UNIPLAC, 2014a.

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE. **Projeto do Curso de Especialização em Saúde da Família**. Lages: UNIPLAC, 2009a.

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE. **Projeto do Curso de Especialização de Gestão em serviços de Saúde**. Lages: UNIPLAC, 2010a.

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE. **Projeto do Curso de Especialização em Pediatria e Neonatologia**. Lages: UNIPLAC, 2010b.

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE. **Projeto do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade**. Lages: UNIPLAC, 2009c.

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE. **Relatório do Curso de Pós-Graduação *Lato sensu* Especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatal, turma 2**. Lages: UNIPLAC, 2014c.

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE. **Relatório do Curso de Pós-Graduação *Lato sensu* Especialização Gestão de Serviços de Saúde, turma 3**. Lages: UNIPLAC, 2014b.

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE. **Relatório do Curso de Pós-Graduação *Lato sensu* Especialização Gestão de Serviços de Saúde, turma 1**. Lages: UNIPLAC, 2006.

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE. **Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem**. Lages: UNIPLAC, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/38nXZrQ>. Acesso em: 10 maio 2019.

ZANONI, Camila Severi. *et al.* Contribuições da residência em enfermagem na atuação profissional de egressos. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, supl, p. 215-224, ago. 2015. Disponível em: <https://bit.ly/35g6T92>. Acesso em: 28 maio 2019.

# SOBRE OS AUTORES

## Organizadoras/autoras

**Juliana Cristina Lessmann Reckziegel:** Enfermeira. Mestre, doutora e pós-doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Coordenadora do projeto “Centro de pesquisas interdisciplinares avançadas: contribuições para o desenvolvimento científico da Serra Catarinense” (Edital Fapesc/Acafe nº06/2017 - Termo de Outorga 2019TR70).

**Lilia Aparecida Kanan:** Psicóloga, educadora, escritora, consultora e conferencista. Mestre em Administração e doutora em Psicologia pela UFSC. Pós-Doutora em Administração. Docente de cursos de Graduação, Especialização Lato Sensu e MBA. Docente e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense (Uniplac). Pró-Reitora de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação da Uniplac.

## Autores

**Ada Giovana Fornari:** Arquiteta e Urbanista pela Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul). Mestre em Ambiente e Saúde pela Uniplac. Atua como arquiteta, com ênfase em Urbanização e Construção Sustentável e Projeto Preventivo de Incêndio em área de abrangência do Aquífero Guarani. Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Ambiente, Educação e Saúde – Gepes Ambiens.

**Aline Soares Salvador:** Enfermeira pela Uniplac. Bolsista no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde Pet-Saúde do Ministério da Saúde. Pesquisadora sobre segurança do paciente no processo medicamentoso. Docente do curso de técnico de enfermagem na Escola Renato Ramos da Silva (Cedup) em Lages-SC. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em saúde da família e comunidade da Uniplac.

**Amanda Miranda Silva:** Contadora. Mestre em Ambiente e Saúde pela Uniplac. Pós-Graduada em Gestão e Finanças. Docente nos cursos de graduação presencial e EAD.

**Ana Emília Siegloch:** Bióloga pela Universidade Federal de Santa Maria (UFMS). Mestre e doutora em Entomologia pela Universidade de São Paulo (USP). Pós-doutora em Ecologia pela UFSC. Docente e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Ambiente e Saúde da Uniplac. Áreas de interesse e atuação: entomologia e ecologia de comunidades de insetos aquáticos, biodiversidade, educação ambiental, gestão de resíduos e contaminação ambiental.

**Anelise Viapiana Masiero:** Odontóloga. Mestre e doutora em Odontologia. Docente e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Ambiente e Saúde da Uniplac. Desenvolve pesquisas com ênfase nas sublinhas: o cuidado ecológico da assistência à saúde; ambiente, estilos de vida e sua relação com a saúde; práticas e pesquisas interdisciplinares em saúde bucal.

**Bruna Fernanda da Silva:** Bióloga, docente universitária. Mestre e doutora em Biologia Geral e Aplicada pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), campus de Botucatu-SP. Docente e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Ambiente e Saúde da Uniplac.

**Cleonice Gonçalves da Rosa:** Química de Alimentos. Mestre em Ciência e Tecnologia de Alimentos. Doutora em Ciências dos Alimentos, pós-doutoranda e professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Ambiente e Saúde da Uniplac. Atua na área de Ciências dos Alimentos com ênfase em alimentos Funcionais, atuando de forma interdisciplinar com a promoção da saúde.

**Cristina Keiko Yamaguchi:** Contadora e Administradora. Doutora em Engenharia e Gestão do Conhecimento pela UFSC. Docente de cursos de Graduação e Pós-Graduação Lato Sensu. Docente e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Ambiente e Saúde na Uniplac e do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Desenvolvimento e Sociedade na Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (Uniarp).

**Dejenane de Souza Monteiro:** Administradora. Especialista em Gestão de Pessoas. Mestre em Ambiente e Saúde pela Uniplac, docente em curso

de Graduação em Administração, Sistemas de Informação na Uniplac e no curso Curso Superior de Tecnologia em Processos Gerenciais e na Aprendizagem no Senac. Experiência de mais de 20 anos em indústria, na área de desenvolvimento de pessoas e recrutamento e seleção. Profissional & Self Coach.

**Gabriela do Nascimento Pires:** Enfermeira. Egressa do Curso de Graduação em Enfermagem da Uniplac.

**Gisele Willrich Narciso Agostini:** Psicóloga, mestra em Ambiente e Saúde (Uniplac). Especialista em Neuropsicologia Clínica e Reabilitação Neuropsicológica, mestra em Ambiente e Saúde. Formação Profissional no Modelo Precoce de Denver. Trabalha com Assistência Terapêutica e Avaliação do Desenvolvimento em crianças com Transtorno do Espectro Autista e com Reabilitação Neuropsicológica em crianças e adolescentes.

**Jociane Farias de Oliveira:** Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela Unisul, em Enfermagem do Trabalho e Gestão em Serviços de Saúde e mestra em Ambiente e Saúde todos pela Uniplac.

**Lenita Agostinetto:** Engenheira Agrônoma. Educadora e pesquisadora. Mestra e doutora em Produção Vegetal, na área de Fitopatologia, pela Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc). Docente e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Ambiente e Saúde na Uniplac.

**Lucia Ceccato de Lima:** Bióloga. Mestra em Educação. Doutora em Engenharia Ambiental, pós-doutora pela Universidad Autónoma de Madrid, Espanha. Especialista em Metodologia da Pesquisa e em Educação. Docente e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Ambiente e Saúde na Uniplac. Líder do Gepes Ambiens.

**Maria Conceição de Oliveira:** Médica. Mestra em Antropologia Social. Doutora em Ciências Humanas, com período sanduíche na Université de Provence - Aix-Marseille I. Atua como Professora e Pesquisadora da Coordenadoria Especial de Biociências e Saúde Única na UFSC. Tem

experiência nas áreas de Saúde Coletiva, Saúde da Família e Comunidade, Psicologia Junguiana, Saúde Indígena e Formação em Saúde.

**Marjori Barbosa Rosa:** Enfermeira. Egressa do Curso de Graduação em Enfermagem da Uniplac.

**Natalia Veronez da Cunha Bellinati:** Fisioterapeuta pela Universidade Estadual do Norte do Paraná (Uenp). Mestra em Patologia Experimental e doutora em Fisiologia Humana pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Especialista em Biologia Aplicada à Saúde. Docente de cursos de Graduação e Especialização Lato Sensu. Docente e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Ambiente e Saúde da Uniplac. Atua nas linhas de pesquisa Ambiente, Sociedade e Saúde e Cuidados Ecológicos em Saúde.

**Nayara Lisbôa Almeida Schonmeier:** Fisioterapeuta pela Universidade Feevale. Mestra em Ambiente e Saúde, docente do Curso de Fisioterapia, ambos pela Uniplac. Fisioterapeuta do Centro Especializado de Reabilitação CER II (Uniplac). Coordenadora e tutora do grupo de Fisioterapia do PET/GraduaSUS Serra Catarinense.

**Patrícia Pereira da Silva:** Psicóloga pela Uniplac. Mestra em Ambiente e Saúde pela Uniplac. Especialista em Saúde da Família e Comunidade em modalidade de residência. Preceptora do PET Redes de Atenção Psicossocial. Orientadora e Tutora do curso Caminhos do Cuidado. Tutora do curso de apoio matricial com ênfase no Nasf pela Fiocruz. Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Membro da Câmara Técnica da Rede de Atenção Psicossocial da Serra Catarinense.

**Tania Mara da Silva Bellato:** Graduação em Enfermagem e Obstetrícia, Habilitação em Licenciatura pela Universidade do Vale do Itajaí (Univali) e mestrado em Educação pela UFSC. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e Pós-Graduação Lato sensu (UFSC).

**Vanessa Valgas dos Santos:** Farmacêutica com especialização em Análises Clínicas. Mestra em Farmácia e doutora em Neurociência pela UFSC. Pós-

-doutora pela Monash University em Fisiologia e Neurofisiologia. Docente em cursos de Graduação e Especialização. Docente e pesquisadora do Programa Stricto Sensu Mestrado em Ambiente e Saúde da Uniplac.

**Velocino Salvador Bolzani Neto:** Engenheiro Agrônomo pela Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc). Administrador Público e Especialista em Desenvolvimento Regional Sustentável pela Uniplac.



<b>Título</b>	Saberes, práticas e pesquisas em ambiente e saúde
<b>Organizadoras</b>	Líliá Aparecida Kanan Juliana Cristina Lessmann Reckziegel
<b>Assistência Editorial</b>	Andressa Marques Giovanna Ferreira Taís Rodrigues
<b>Capa</b>	Matheus de Alexandro
<b>Projeto Gráfico</b>	Larissa Codogno
<b>Preparação</b>	Tiago Franco
<b>Revisão</b>	Márcia Santos
<b>Formato</b>	14x21cm
<b>Número de Páginas</b>	228
<b>Tipografia</b>	Adobe Garamond Pro
<b>Papel</b>	Alta Alvura Alcalino 75g/m <sup>2</sup>
<b>1ª Edição</b>	Setembro de 2022

---

Caro Leitor,  
Esperamos que esta obra tenha  
correspondido às suas expectativas.

Compartilhe conosco suas dúvidas e sugestões:

sac@editorialpaco.com.br

 11 98599-3876

---

## Publique sua obra pela Paco Editorial

EDIÇÃO DE QUALIDADE, DIVULGAÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO NACIONAL



### Teses e dissertações

Trabalhos relevantes que representam contribuições significativas para suas áreas temáticas.



### Grupos de estudo

Resultados de estudos e discussões de grupos de pesquisas de todas as áreas temáticas.



### Capítulo de livro

Livros organizados pela editora dos quais o pesquisador participa com a publicação de capítulos.



### Técnicos e Profissionais

Livros para dar suporte à atuação de profissionais das mais diversas áreas.

Envie seu conteúdo para avaliação:

[livros@pacoeditorial.com.br](mailto:livros@pacoeditorial.com.br)

11 4521-6315

 11 95394-0872

[www.editorialpaco.com.br/publique-na-paco/](http://www.editorialpaco.com.br/publique-na-paco/)

**Todo mês novas chamadas são abertas:**

[www.editorialpaco.com.br/capitulo-de-livros/](http://www.editorialpaco.com.br/capitulo-de-livros/)

---

Conheça outros títulos em  
[www.pacolivros.com.br](http://www.pacolivros.com.br)

---

PACO  EDITORIAL

Av. Carlos Salles Block, 658  
Ed. Altos do Anhangabaú – 2º Andar, Sala 21  
Anhangabaú - Jundiaí-SP - 13208-100