

Bianca Nunes Pimentel
(Organizadora)



Saúde Coletiva:

Uma construção teórico-prática
permanente 3

Bianca Nunes Pimentel
(Organizadora)



Saúde Coletiva:

Uma construção teórico-prática
permanente 3

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremona

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-Não-Derivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Saúde coletiva: uma construção teórico-prática permanente 3

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Bianca Nunes Pimentel

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S255 Saúde coletiva: uma construção teórico-prática permanente 3 / Organizadora Bianca Nunes Pimentel. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0367-8

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.678222106>

1. Saúde pública. 2. Saúde coletiva. I. Pimentel, Bianca Nunes (Organizadora). II. Título.

CDD 362.1

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

A saúde dos brasileiros é reconhecida como um direito social básico desde a Constituição de 1988. No entanto, a Saúde Coletiva surge muito antes, quando aqueles que assumiram um compromisso de melhorar a saúde e a qualidade de vida da sociedade travaram uma luta contra a desigualdade social, a instabilidade política, as crises econômicas e os privilégios históricos. Refere-se, portanto, a uma construção social, a partir das necessidades e expectativas da própria população.

A teoria em Saúde Coletiva parte da investigação das necessidades e das experiências cotidianas que evoluem de acordo com as transformações sociais e culturais, gerando novos diálogos, em um processo de retroalimentação, por isso uma construção permanente. Dessa forma, esta obra não tem a pretensão de esgotar o tema proposto, pelo contrário, é uma composição para fomentar novos debates, resultado de recortes atuais e projeções sobre a saúde coletiva, a partir do olhar de profissionais de variadas formações com práticas e experiências plurais.

O livro “Saúde Coletiva: uma construção teórico-prática permanente 2” é composto por dois volumes. No volume 2, os capítulos exploram a Educação em Saúde, Metodologias de Ensino e de Pesquisa, atualizações em Epidemiologia e Políticas Sociais, Infância e Adolescência, Educação Sexual e Reprodução Humana Assistida. O volume 3, por sua vez, traz reflexões sobre Saúde Bucal, Judicialização da Saúde, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Sexualidade, Saúde da Mulher, Saúde e Religiosidade, Desigualdades Sociais e Práticas Integrativas e Complementares.

Por tratar-se de uma obra coletiva, agradeço aos autores e às autoras, bem como suas equipes de pesquisa, que compartilharam seus estudos para contribuir com a atualização da literatura científica em prol de melhorias na saúde dos brasileiros, bem como à Atena Editora por disponibilizar sua equipe e plataforma para o enriquecimento da divulgação científica no país.

Boa leitura!

Bianca Nunes Pimentel


SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

ACOLHIMENTO EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO TERCIÁRIA

Davi Oliveira Bizerril

Carlos Levi Menezes Cavalcante

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221061>

CAPÍTULO 2..... 14


TENDÊNCIA À JUDICIALIZAÇÃO NO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NO SUS: DADOS DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Isabel de Fátima Alvim Braga

Laila Zelkovicz Ertler

Eliana Napoleão Cozendey-Silva

William Weissmann

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221062>

CAPÍTULO 3..... 25

ATIVIDADE EDUCATIVA INTERPROFISSIONAL SOBRE A TEMÁTICA PREVENÇÃO DE QUEDAS COM O PÚBLICO IDOSO

Beatrice de Maria Andrade Silva

Maria Eduarda Jucá da Paz Barbosa

Rafaela Tavares Pessoa

Caroline Moreira Arruda

Laura Pinheiro Navarro


Samuel da Silva de Almeida

Vicente Nobuyoshi Ribeiro Yamamoto

Bárbara Melo de Oliveira

Aline Aragão de Castro Carvalho

João Emanuel Dias Tavares

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221063>

CAPÍTULO 4..... 35

ATIVIDADES REALIZADAS EM UM CENTRO-DIA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS IDOSOS: UMA PESQUISA-AÇÃO

Célia Maria Gomes Labegalini

Roseli Brites da Costa Rizzi

Monica Fernandes Freiburger

Iara Sescon Nogueira

Heloá Costa Borim Christinelli

Kely Paviani Stevanato

Maria Luiza Costa Borim


Maria Antonia Ramos Costa

Luiza Carla Mercúrio Labegalini

Dandara Novakowski Spigolon

Ana Carolina Simões Pereira


Giovanna Brichi Pesce

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221064>

CAPÍTULO 5..... 51

CONTRIBUIÇÕES DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA FORMAÇÃO E APOIO AO CUIDADOR DE PESSOA IDOSA


Marcia Liliane Barboza Kurz
Ana Paula Roethig do Nascimento

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221065>

CAPÍTULO 6..... 62

VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE

Edivania de Almeida Costa
Amanda dos Santos Souza
Alisséia Guimarães Lemes
Patrícia Fernandes Massmann
Elias Marcelino da Rocha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221066>

CAPÍTULO 7..... 75

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA CONTRA A MULHER: ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES NO ESPÍRITO SANTO

Franciéle Marabotti Costa Leite
Márcia Regina de Oliveira Pedroso
Karina Fardin Fiorotti
Ranielle de Paula Silva
Sthéfanie da Penha Silva
Dherik Fraga Santos
Getulio Sérgio Souza Pinto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221067>

CAPÍTULO 8..... 89

A IMPORTÂNCIA DO EXAME PAPANICOLAU E AS POLÍTICAS DE TRATAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Pâmela Cristina Rodrigues Cavati
Genilce Daum da Silva
Maria Gabriela do Carmo Sobrosa
Shirley Marizete Sandrine de Oliveira
Maria Vanderléia Saluci Ramos


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221068>

CAPÍTULO 9..... 101

RELATO DE CASO DE TUMOR DE BAINHA DE NERVO PERIFÉRICO NA MAMA

Maria Fernanda de Lima Veloso
Maria Beatriz Nunes de Figueiredo Medeiros
Maria Vitória Souza de Oliveira
Maria Augusta Monteiro Perazzo

Larissa Barros Camerino
Darley de Lima Ferreira Filho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221069>

CAPÍTULO 10..... 108

PANORAMA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO À MULHER NO BRASIL


Nayara Sousa de Mesquita
Pamela Nery do Lago
Ronaldo Antônio de Abreu Junior
Juliana da Silva Mata
Natália Borges Pedralho
Fabiano Pereira Lima
Hirlla Karla de Amorim
Karla Patrícia Figueirôa Silva
Maria Virgínia Pires Miranda
Fabiana Ribeiro da Silva Braga
Laise Cristina Pantoja Feitosa
Martapolyana Torres Menezes da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.67822210610>

CAPÍTULO 11..... 116

PRÁTICAS DE ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE DA MULHER: UMA REFLEXÃO

Karla Pires Moura Barbosa
Camila Emanoela de Lima Farias
Carolline Cavalcanti Santana de Melo Tavares
José Romero Diniz
Maria do Socorro de Oliveira Costa
Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes
Ednaldo Cavalcante de Araújo
Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.67822210611>

CAPÍTULO 12..... 125

SAÚDE E RELIGIOSIDADE: SABERES E PRÁTICAS DE DIRIGENTES RELIGIOSOS SOBRE SAÚDE

Davi Oliveira Bizerril
Dulce Maria de Lucena Aguiar
Maria Vieira de Lima Saintrain
Maria Eneide Leitão de Almeida
Karinna Diogenes
Lucas Matos Marinho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.67822210612>

CAPÍTULO 13.....	137
COVID -19 – UM OBSERVATÓRIO PRIVILEGIADO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS Teresa Denis  https://doi.org/10.22533/at.ed.67822210613	
CAPÍTULO 14.....	148
“CUIDAR”: PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO AMBIENTE UNIVERSITÁRIO Regina Aparecida de Moraes Virgínia Raimunda Ferreira  https://doi.org/10.22533/at.ed.67822210614	
CAPÍTULO 15.....	159
ASSISTÊNCIA EM SAÚDE ÀS COMUNIDADES INTERIOANAS ATRAVÉS DO PROJETO CHAMAS DA SAÚDE Orleilso Ximenes Muniz Helyanthus Frank da Silva Borges Alexandre Gama de Freitas Alan Barreiros de Andrade Cilomi Souto Arraz Jakson França Guimarães Noemi Henriques Freitas Luene Rebeca Fernandes da Cunha Jones Costa Fonseca Antônio Ferreira de Oliveira Júnior Warllison Gomes de Souza Ciro Felix Oneti  https://doi.org/10.22533/at.ed.67822210615	
SOBRE A ORGANIZADORA.....	165
ÍNDICE REMISSIVO.....	166

CAPÍTULO 1

ACOLHIMENTO EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO TERCIÁRIA

Data de aceite: 01/06/2022

Data de submissão: 09/05/2022

Davi Oliveira Bizerril

Universidade de Fortaleza
Fortaleza - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/5516641709622899>

Carlos Levi Menezes Cavalcante

Universidade de Fortaleza
Fortaleza - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9088387722030074>

RESUMO: O acolhimento é um ato de aproximação entre o profissional da área da saúde e o usuário que procura o serviço. Ademais, caracteriza-se como uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, sendo um dos princípios praticado na atenção primária em saúde. Contudo, é notória a falta de estudo e aplicação do acolhimento nos outros níveis de atenção no serviço público. No âmbito hospitalar, tal processo é pulverizado pela necessidade de tratamento e cuidados mais complexos. Na odontologia hospitalar é um desafio descrever o acolhimento dos usuários que necessitam da atenção terciária. Desta maneira, a pesquisa tem como objetivo geral descrever o processo de acolhimento em saúde bucal, segundo a ótica dos diretores da Odontologia Hospitalar de instituições terciárias do Sistema Único de Saúde. Estudo qualitativo, observacional e analítico. Foram realizadas entrevistas estruturadas com

diretores do setor de Odontologia Hospitalar de três hospitais de referências de Fortaleza. Foi realizado a análise do conteúdo. As entrevistas mostraram que o acolhimento em saúde bucal ocorre nos três hospitais, e que os diretores sabem da importância do acolhimento para um tratamento mais humanizado e eficaz. Conclui-se que o processo assegura ao paciente fragilizado pela sua doença de base, um atendimento personalizado de acordo com suas limitações físicas e psicológicas, promovendo uma maior resolutividade e a integralidade na atenção em saúde bucal no âmbito hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento. Saúde bucal. Atenção terciária à saúde.

RECEPTION IN ORAL HEALTH IN TERTIARY CARE

ABSTRACT: User embracement is an approach act between health professionals and users who searches this service. Besides, user embracement is characterized as one main Unfield Health System directives policy; it is a principle in primary health care. However, it is notorious the study lack and poor user embracement application in another attention Unfield Health System levels. In hospital, such process is powered by treatment necessity and complex cares. In hospital dental service is a challenge describes user embracement for users who needs tertiary health care. Therefore, this search general aim is describe the dental user embracement, it is according to hospital dental service director's perspective from Unfield Health System tertiary health care. It was applied qualitative, observation and analysis methods in

this research. Three hospital dental service's directors of reference hospitals in Fortaleza were interviewed. The interview content was analyzed and showed user embracement in oral health occurs in the three hospitals, and the directors knows about it for humanized care and effective. It is conclude that process assure to frail patients, by underlying disease, a personalized service accordingly your physics and psychological limitations what promotes a major resolution and integrality in primary health care in oral health at hospital scope.

KEYWORDS: User embracement. Oral health. Tertiary health care.

1 | INTRODUÇÃO

O acolhimento é um ato de aproximação entre o profissional da área da saúde e o usuário que procura o serviço. Desse modo, não se restringe somente ao ato de receber, configurando uma sequência de atos e métodos de processo de trabalho, os quais se aplicam em qualquer nível de atenção (DE PAULA, 2018; SALVATI, 2021).

Ademais, caracteriza-se como uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo muito praticado na atenção primária. O ato de acolher é construído de forma coletiva e seguindo as necessidades de saúde da população, permeado com a rede socioafetiva de todos os atores envolvidos: usuário, profissionais, gestores e comunidade. Tal diretriz se faz presente dentro dos microprocessos da atenção primária a saúde, sendo estudado na Estratégia de Saúde da Família (PEREIRA, 2019).

Na atenção secundária e terciária, o acolhimento não é preconizado dentro da dinâmica de tais serviços por vários motivos, como a existência de uma alta demanda de usuários, a organização do serviço e disponibilidade de profissionais, um modelo de atenção à saúde assistencialista e hospitalocêntrico. Quando existe o acolhimento, este é restrito a uma triagem de necessidade (PEREIRA, 2019).

Em 2004, surgiu Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar (ABRAOH), porém somente em 2015, a Odontologia foi legitimada no âmbito hospitalar, surgindo a Odontologia Hospitalar como uma habilitação reconhecida pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2015). A triagem odontológica, em muitos casos, ocorre diretamente no leito hospitalar, no caso de pacientes internados e no consultório odontológico no caso com pacientes em alta e/ou externos (DA SILVA, 2021).

Nessa perspectiva, o cirurgião-dentista, no âmbito hospitalar, presta assistência a pacientes comprometidos sistemicamente, pois é de extrema importância uma boa saúde bucal para se manter são por inteiro, evitando agravamento da doença de base. Importante ressaltar que a saúde bucal interfere na evolução e resposta do tratamento médico, assim como este e o estresse podem afetar a saúde bucal (DA SILVA, 2021). E para se ter um atendimento mais humanizado, deve-se enxergar o doente como um todo e não somente visualizar a cavidade oral. Por esses motivos, o atendimento do paciente da unidade terciária de saúde deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, necessitando de uma

boa comunicação entre os profissionais, família e paciente para um tratamento mais efetivo, visando a tornar a estadia daquele a mais agradável possível no hospital (DA SILVA, 2021).

Nesse sentido, faz-se indispensável o cirurgião-dentista conhecer as particularidades de cada indivíduo, por meio um acolhimento adequado. Noutros termos, cada paciente em suas peculiaridades, carregará traumas, medos, ansiedade ou expectativas, sendo necessária a percepção aguçada do cirurgião-dentista para lidar com essas situações, realizando um condicionamento ou tratamento adequado ao perfil do paciente. Quanto a isto, o cirurgião-dentista deve, ainda, estar capacitado para fazer o acolhimento e empregar estratégias psicológicas que minimizem a ansiedade e aumente a colaboração do paciente. Para tanto, exige-se do profissional não só sua capacidade técnica, como também sua destreza em criar um vínculo de confiança com o paciente, tornando o atendimento mais humano e o paciente mais cooperativo (SANTOS, 2022).

Nesse contexto, o cirurgião-dentista atuará em um espaço que é lembrado pela dor, ansiedade e sofrimento do paciente, o qual precisa ter sua necessidade suprida. Para isso não é suficiente a tecnologia dura, como os instrumentais, cadeira odontológica e os equipamentos, sendo igualmente imprescindível o uso de tecnologias leves na atuação do cirurgião-dentista. Dentre esses arcabouços técnicos, destaca-se, o acolhimento e o vínculo do profissional com o doente. Assim, esses dois conceitos complementam-se na construção de uma odontologia mais humanizada (SANTOS, 2022).

Destarte, pode-se compreender que o acolhimento é bem mais do que uma atividade realizada na recepção por um único profissional. O acolhimento é processo de participação e responsabilização dos profissionais, do paciente, da família e da gestão, por meio de uma escuta qualificada facilitando o vínculo cirurgião-dentista/paciente, estimulando a autonomia, cidadania e o empoderamento popular, além de trabalhar as necessidades clínicas prioritárias (PEREIRA, 2019).

Contudo, é notória a falta de estudo e aplicação do acolhimento nos outros níveis de atenção do SUS. Por outro lado, no âmbito hospitalar, a instituição adquire um caráter especial, pois a hospitalização ocorre quando o paciente necessita de um tratamento e cuidados mais complexos, o que ocasiona sua fragilização física e psíquica, uma vez que ele se afasta do convívio social e de seus hábitos (PEREIRA, 2019).

Observando tal realidade, a odontologia hospitalar vem ganhando força nos últimos anos, estando o cirurgião-dentista cada vez mais presente nos hospitais. E tudo isso se explica pela necessidade de técnicas multidisciplinares para um efetivo e completo tratamento bucal incluindo o acolhimento em saúde bucal hospitalar. Desta maneira, o objetivo do estudo é descrever o processo de acolhimento em saúde bucal, segundo a ótica dos diretores da Odontologia Hospitalar de instituições terciárias do SUS.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, observacional e analítico, no qual realizou uma análise do processo de acolhimento em saúde bucal em instituições hospitalares na ótica dos diretores do setor da Odontologia Hospitalar.

Foram realizadas entrevistas, baseadas em um roteiro estruturado, com os diretores do setor de Odontologia Hospitalar de três hospitais em Fortaleza. Os referidos hospitais foram escolhidos por serem referências do SUS na Rede de Atenção à Saúde no estado do Ceará. Os três diretores foram convidados a participar da entrevista presencial e são cirurgiões-dentistas dos respectivos serviços e estão devidamente inscritos no Conselho Regional de Odontologia do Ceará (CRO-CE). As entrevistas foram realizadas nos respectivos hospitais, em sala reservada, por um pesquisador calibrado.

A entrevista abordou as seguintes variáveis: percepção dos participantes quanto acolhimento em saúde; existência, passos operacionais, participações interdisciplinares e a importância do acolhimento em saúde bucal na atenção terciária. Destas variáveis originaram as seguintes categorias para a discussão: conceito de acolhimento em saúde; existência e passos operacionais do acolhimento em saúde bucal na atenção terciária; participações interdisciplinares no acolhimento em saúde bucal e a importância do acolhimento em saúde bucal na atenção terciária.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TLCE) e a carta de anuência e, em seguida, foram submetidos à entrevista que foi gravada por meio de um gravador para capturar a fala do participante.

Após as entrevistas, ocorreu a transcrição e estruturação dos áudios em formato de textos; desmembramento, categorização e análise comparativa segundo temáticas dos dados obtidos nos diferentes relatos feitos pelos diretores dos hospitais. Logo após, foi realizado a análise de conteúdo. Na referida pesquisa elegeu-se por uma análise dos textos por meio categorial e temática. A estrutura da entrevista objetiva temas pré-estabelecidos favorecendo e direcionando a entrevista.

As fases da análise das entrevistas foram as seguintes: pré-análise; exploração do material transcrito; tratamento e interpretação dos resultados. O referido estudo seguiu a análise temática em leituras exaustivas das entrevistas transcritas. Durante a exploração dos resultados, os núcleos de sentido foram estabelecidos. Foram realizados recortes das falas dos entrevistados e discutidos sobre a luz da literatura pertinente.

O estudo apresentou como limitação a escassez de literatura científica sobre o assunto para tal discussão. Além disso, as entrevistas foram realizadas nas dependências hospitalares, onde a poluição sonora e interferências de trabalho interferiram nas mesmas.

O estudo obedeceu a todas as normas e diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que normatiza os aspectos éticos e bioéticos em pesquisa com seres humanos. A participação na entrevista foi espontânea, logo após todos

os esclarecimentos sobre o objetivo do estudo, assinatura do TCLE e carta de anuência. Os profissionais entrevistados, assim como os hospitais não foram em nenhum momento identificados nos resultados do estudo. O estudo no intuito de preservar a identidade dos diretores renomeou os hospitais como: diretor do hospital 1, diretor do hospital 2 e diretor do hospital 3. A pesquisa foi submetida no Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza e foi aprovada pelo número do parecer 3.341.360.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O acolhimento é um processo presente na atenção terciária e que tende a melhorar e oferecer um cuidado na atenção ao paciente hospitalizado. Segundo o conhecimento de acolhimento em saúde, o diretor do hospital 1 apontou que:

É uma maneira mais humanizada de atender o paciente. E isso foi uma mudança de paradigma, pois antes havia a ideia de que o paciente somente teria deveres a cumprir, colaborando com o profissional da Odontologia. (diretor do hospital 2)

[...] esse mesmo paciente passou a ter direito ao que se chama de atendimento humanizado, o qual se caracteriza, justamente, por tratar aquele observando suas peculiaridades e sentimentos, seus medos, dentre outros aspectos subjetivos, isto é, de forma humana. (diretor do hospital 2)

O acolhimento requer mudanças na forma como os usuários e profissionais de saúde se relacionam. O acolhimento, além de facilitar o vínculo entre o usuário e o profissional, estimula a autonomia do usuário, tornando-o um agente ativo no processo de saúde, favorecendo a equidade e a realização de um tratamento mais adequado para cada indivíduo, respeitando seus medos, traumas, ansiedades. O cirurgião-dentista deve estar capacitado para fazer o acolhimento e empregar estratégias psicológicas que minimizem a ansiedade e aumente a colaboração do paciente. Para tanto, exige-se do profissional não só sua capacidade técnica, como também um vínculo de confiança com o paciente, tornando o atendimento mais humano e o paciente mais cooperativo com tratamento (SANTOS, 2022). O acolhimento não é considerado meramente uma triagem de necessidade em saúde, deve ter, por parte da equipe de profissionais e gestores, uma preocupação com a dimensão subjetiva e social do paciente.

É receber o paciente em todos os aspectos da saúde, na mais ampla definição do aspecto da saúde. Não é apenas recepcionar paciente na questão da doença em si, mas lhe proporcionar um acolhimento em todos os sentidos, inclusive, no psicológico. (diretor do hospital 2)

O cirurgião-dentista deve visualizar o indivíduo como um ser holístico, permeado de fatores culturais, sociais, econômicos, espirituais e dentre outros, e não apenas preocupar-se com sua sintomatologia. Para realizar o acolhimento, é necessário que o profissional saiba ouvir, tenha uma escuta que vá além da dor física, denominada escuta qualificada. Com

a escuta ativa, o profissional mostra ao paciente que possui empatia com a sua situação, compreende suas emoções e não realiza julgamentos negativos (SANTOS, 2022). A escuta qualificada é o momento de doação, por parte do profissional, e autonomia do paciente. Na narração do percurso do seu padecimento, o paciente aponta suas fragilidades e anseios e é o instante que o profissional deve romper os paradigmas sociais e ampliar a possibilidade do diálogo.

No acolhimento em saúde, em odontologia, primeiramente, vemos o que o paciente nos traz e, após identificar o problema onde vamos atuar, avaliamos outras necessidades do que, provavelmente, necessitarão da análise de outros profissionais. Portanto, no acolhimento, na atenção terciária, avaliamos o motivo pelo qual o paciente se internou e em qual problema atuaremos, sempre avaliando outras nuances daquele, para podermos agir. (diretor do hospital 3)

No âmbito hospitalar, o acolhimento adquire um caráter especial, pois o indivíduo que chega na atenção terciária, normalmente, necessita de cuidados mais complexos, pois já chega vulnerável física e emocionalmente. Em virtude da entrada do paciente no setor odontológico com alguma doença de base, precisa-se da atuação de uma equipe multidisciplinar, para que se realizem procedimentos odontológicos, pois a abordagem do paciente não deve-se limitar somente na cavidade oral (DE SOUSA, 2021).

De acordo com o relato dos três participantes, o acolhimento é uma maneira de tornar o atendimento mais humanizado e qualificado, ajustando os procedimentos de acordo com as necessidades físicas e psicológicas do indivíduo, exigindo algumas vezes até mesmo a participação de outros profissionais da saúde para adequar esse paciente (DE SOUSA, 2021; SANTOS, 2022).

Quanto à existência de acolhimento em saúde bucal na unidade de saúde terciária, o diretor do hospital 1, apontou que:

Às vezes se consegue. Quando isso acontece, de modo geral, o paciente já passou pela emergência e foi estabilizado. Entretanto, frequentemente, antes de chegar ao setor odontológico, o paciente passa por outros departamentos. Dessa forma, só há o efetivo acolhimento quando se chega ao setor odontológico. (diretor do hospital 1)

Apesar de a cada dia ser mais reconhecido a importância da odontologia na evolução da saúde dos indivíduos hospitalizados, normalmente é dado prioridade aos demais problemas de saúde do paciente que chega à unidade de atenção terciária (MOREIRA, 2022).

Sim, porque quando o paciente procura uma unidade terciária, vai em busca de um atendimento de alta complexidade. E, nos procedimentos de maior complexidade, o paciente tem que ser visto de forma completa [...] deve-se analisar sua saúde por completo. Qualquer situação que comprometa a saúde bucal deve ser analisada no serviço de alta complexidade: deve-se analisar os tecidos duros, moles, alguma alteração de cor, dentre outros aspectos. Conhecer o paciente é um facilitador para chegar a um diagnóstico e realizar

um melhor tratamento. (diretor do hospital 2)

Pacientes que chegam a uma unidade de atenção terciária precisam de um tratamento mais complexo, no qual os profissionais devem ter uma visão holística da saúde do indivíduo (DE PAULA, 2018; PEREIRA, 2019).

Alterações sistêmicas podem interferir na saúde bucal assim como a saúde bucal interfere na condição sistêmica. A doença periodontal pode servir como foco de disseminação de micro-organismos patogênicos, principalmente em indivíduos com a saúde debilitada. Deve-se também avaliar a mucosa dos pacientes hospitalizados, estudos mostram que pacientes internados que possuem prótese, têm maior probabilidade de adquirir candidíase e outras infecções, pois a fragilidade sistêmica aumenta o potencial patogênico destes micro-organismos. Lesões como úlceras também são comuns em pacientes que estão realizando quimioterapia ou radioterapia (DE SOUSA, 2021; MAJOR, 2020).

O paciente passa por uma avaliação da saúde bucal e sistêmica, fazemos os preparatórios para a cirurgia, porque existe uma preparação para o paciente ser internado e outra para a cirurgia. A preparação para internação é uma avaliação sistêmica para determinar se há ou não condição de ser internado. Caso não haja, o paciente é encaminhado para outras especialidades, para que lá lhe seja dada essa preparação sistêmica para a cirurgia. (diretor do hospital 3)

Uma avaliação pré-operatória é de extrema importância para o sucesso de qualquer tratamento, visto que, o quadro sistêmico do paciente pode influenciar na indicação ou contra-indicação de um tratamento odontológico. Uma avaliação adequada exige a obtenção e estudo do histórico médico progressivo e atual do paciente e familiares, análise dos medicamentos utilizado pelo indivíduo e o perfil psíquico do paciente (BASTOS JUNIOR, 2020; SANT'ANA, 2021).

Quanto à metodologia do acolhimento em saúde bucal, o diretor do hospital 1, relatou que “Quando se recebe o paciente, procura-se saber se houve [...] orientações acerca da escovação, dentre outras coisas. Foca-se no nível do paciente, trabalha-se com suas características individuais.” (diretor do hospital 1).

É necessário que o cirurgião-dentista tenha uma certa aproximação dos conhecimentos populares a respeito das doenças bucais, para que o profissional entenda o que está sendo relatado e as orientações passada ao paciente tenham o mesmo nível de entendimento do mesmo, para uma melhor compreensão sobre a doença, e o tratamento possa ocorrer de forma mais adequada para cada pessoa (DA SILVA COELHO, 2020).

Como é um paciente de alta complexidade, ele é um indivíduo encaminhado de outro serviço. Portanto, inicialmente, ele é examinado pela especialidade que foi solicitado. No caso, se estiver vindo encaminhado por um médico, por exemplo, um endocrinologista, a porta de entrada deste paciente sempre será pela periodontia. Esse é o protocolo realizado no hospital, porque a questão periodontal é muito relevante para o paciente que vem da endocrinologia. [...] o paciente é triado e encaminhado para alguma das diversas especialidades

odontológicas, se tiver necessitando de extração, tratamento endodôntico ou adequação, deverá fazê-lo, com o objetivo de deixar a saúde bucal adequada, para, somente depois, realizar o tratamento de alta complexidade da doença de base. (diretor do hospital 2)

Há estudos que mostram a relação bidirecional entre diabetes mellitus e a doença periodontal. O diabetes pode facilitar a instalação, agravamento e progressão da doença periodontal. Além disso, a doença periodontal pode induzir a um estado crônico de resistência à insulina, favorecendo um estado de hiperglicemia (NEGRÃO, 2019; FISCHER *et al.*, 2020). Assim torna-se necessário a conscientização dos endocrinologistas e cirurgiões-dentistas da importância de um tratamento associado entre as duas doenças, adequando um plano de tratamento para cada caso (SAMPAIO, 2021).

Como a saúde bucal pode trazer consequências sistêmicas, é de extrema importância o cirurgião-dentista no âmbito hospitalar, tanto para o diagnóstico de problemas na cavidade oral, como no auxílio na terapêutica médica, esteja realizando procedimentos de urgência como adequação do meio bucal em pacientes com doenças sistêmicas (DA SILVA, 2021). Essa relação saúde bucal e saúde sistêmica é bastante íntima e importante, tal articulação é trabalhada no acolhimento hospitalar. A conscientização do paciente quanto a esse aspecto é primordial para o sucesso do tratamento.

Normalmente o paciente chega com um documento dizendo qual procedimento o paciente está necessitando. No ambulatório é feita a confirmação do diagnóstico. Ao confirmar o diagnóstico, passamos para a avaliação sistêmica. Não internamos o paciente se ele possuir uma condição que contraindique a cirurgia, exceto que seja uma situação de urgência [...], o paciente vai direto pro setor odontológico, mas não sendo urgência tem que passar por essa triagem. (diretor do hospital 3)

Solicitar exames laboratoriais é rotina no pré-cirúrgico, exames como hemograma, coagulograma e glicemia são de suma importância para diagnosticar alterações significativa que contraindiquem o tratamento cirúrgico ou invasivos. Em casos específicos pode ser necessário solicitar eletrocardiogramas para pacientes cardíaco, além de monitorar a pressão arterial antes e durante o tratamento odontológico. Deve haver a liberação médica para a cirurgia, além destes exames complementares, deve ser protocolo para a cirurgia, execução de exames radiográficos, como panorâmica e periapicais (ROCHA, 2021; ANDRADE, 2021).

Segundo os três diretores, cada hospital há um protocolo de acolhimento no setor odontológico, mas mesmo a parte burocrática variando entre as instituições, clinicamente elas seguem um padrão de acolhimento. É necessária uma compreensão mútua entre o paciente e o profissional, pois muitas vezes o paciente explica sua situação de modo popular e o profissional usa termos técnicos ou polidos, o que pode comprometer a comunicação e o tratamento, assim torna-se necessário o profissional entender termos populares e tentar explicar a doença ou o tratamento de acordo com o nível de entendimento e limitação

(MAIOR, 2021). Há necessidade de uma comunicação entres os profissionais para proporcionar um melhor tratamento ao paciente que chega ao hospital. Além de realizar uma boa anamnese, o cirurgião-dentista deve solicitar exames laboratoriais específicos, para uma avaliação sistêmica, e se necessário fazer um encaminhamento para um médico especialista, que cuide da doença sistêmica (CHANDLER, 2022).

A participação de outros profissionais no acolhimento em saúde bucal é bastante significativa, como aponta o diretor do hospital 1, expôs que: “Sim, as auxiliares, os pacientes passam primeiramente por elas.” (diretor do hospital 1)

A equipe auxiliar, composta por auxiliares e técnicos em saúde bucal, têm um grande perfil educativo, sendo um agente importante na prevenção e diagnóstico precoce de doenças (MATTOS, 2019). Esse trabalho em conjunto com os auxiliares melhora a adesão e confiabilidade do paciente com a equipe e tratamento.

Na verdade, nós tínhamos um psicólogo e um nutricionista. Porém, não contamos mais com o amparo desses profissionais no serviço. Entretanto, temos essas especialidades no hospital e, quando precisamos, encaminhamos para elas, mantendo um tratamento mais adequado. (diretor do hospital 2)

A presença de nutricionista é de importância considerável, tendo em vista que pacientes edêntulos ou com próteses totais insatisfatórias, possuem limitações para alimentar-se e consequentemente podendo comprometer a saúde do paciente. O psicólogo na equipe é essencial, pois o aumento de ansiedade e depressão tem consequências diretas na articulação temporomandibular causando desordens temporomandibulares (DTM) (LOPES, 2021; DA SILVA, 2021; DA CRUZ, 2021).

Não há como um profissional sozinho fornecer um tratamento de saúde completo. No hospital 2, por exemplo, têm participando do acolhimento as equipes de neurologia, de cardiologia, de clínica, de cirurgia geral, de fonoaudiologia, de enfermagem, de fisioterapia, de farmácia e de assistência social. (diretor do hospital 3)

Quando questionada sobre qual a importância do acolhimento na unidade de saúde terciária, o diretor do hospital 1, relatou que:

O paciente terciário encontra-se, via de regra, muito fragilizado, em virtude do agravamento da doença, vêm portando todo o histórico de medo do profissional da Odontologia, além de carregar o sofrimento físico e psicológico oriundo de sua moléstia dentária. Primeiramente, faz-se necessário retirar essas más emoções, ou, pelo menos, me instigá-las. A título de exemplo, tive um paciente que passou 23 anos sem ir ao dentista por traumas adquiridos na juventude. (diretor do hospital 1)

Toda enfermidade leva o indivíduo a vivenciar uma situação de crise. Causa um rompimento do equilíbrio físico, além do paciente necessitar de uma nova estruturação do seu psicológico para suportar esse difícil momento. A doença por si só, já ocasiona angústias, medos e ansiedade. Quando o estado de saúde do paciente exige a internação, essa fragilidade é potencializada (BRANCO, 2020).

O medo de dentista é um dos principais motivos que afastam os pacientes dos tratamentos odontológicos necessários. Os pacientes medrosos, ansiosos ou fóbicos adiam a consulta odontológica, evitam os tratamentos, e só procuram o dentista quando sentem que irão sofrer com dor ou até mesmo por em risco a sua saúde sistêmica ou vida (DO NASCIMENTO PERONIO, 2019). O processo de acolhimento, com uma equipe multiprofissional e proativa, tenta diminuir essa fobia que os pacientes apresentam perante tratamentos odontológicos, principalmente a nível hospitalar.

Importante ressaltar que na atenção terciária, os pacientes vêm com sofrimento e fragilidade causada pela sua doença de base que os levaram ao internamento ou intervenção hospitalar. Então, os profissionais da Odontologia necessitam estar capacitados para suprir as demandas do usuário. O acolhimento tem maior atuação na atenção primária, não sendo priorizado na atenção secundária e principalmente na terciária, sendo esse nível de atenção muito necessitado desse tipo de intervenção. É comprovado que pacientes que são acolhidos são mais cooperativos ao tratamento, tendo um resultado mais eficaz.

Muitas vezes, a saúde bucal é a chave ou a indicação para as demais especialidades, daí a importância de se ter esse acolhimento e a disponibilidade desse tratamento odontológico. [...] (diretor do hospital 2)

Para a realização de transplantes: paciente só realiza transplante se estiver com a saúde bucal adequada, eliminados quaisquer focos de infecção, que possa comprometer o resultado do transplante. Em outras doenças também há necessidade disso: nas patologias cardiológicas, endócrinas, infecciosas, reumatológicas, todos os pacientes, normalmente, passam pelo setor de odontologia do hospital. (diretor do hospital 2)

Para realizar um transplante, o paciente tem seu sistema imunológico deprimido, para evitar rejeição, assim, o indivíduo fica vulnerável a infecções, e uma infecção pode causar rejeição do transplante. Portanto, é necessária uma adequação bucal antes de realizar o transplante para eliminar qualquer foco de infecção. O cirurgião-dentista pode atuar desde o diagnóstico até o tratamento ou ser coadjuvante nos procedimentos realizados no hospital. Sabe-se que a adequação bucal de pacientes da atenção terciária pode favorecer o desfecho clínico, além de minimizar fatores que possam comprometer o tratamento sistêmico (DE LIMA DANTAS, 2022).

A odontologia está na área da saúde, mas nossos pacientes, normalmente, nos procuram por dor ou estética [...]. Temos uma adequação sistêmica e uma direcionada para a cirurgia. Depois que o paciente tem a condição sistêmica adequada, ele vai para a adequação específica, que é a adequação do meio bucal. E, atualmente, essa adequação bucal não é necessária somente na cirurgia buco-maxilo-facial, mas na neurologia e cardiologia. A odontologia tem um papel fundamental redução das infecções pós-operatórias. (diretor do hospital 3)

O paciente procura o cirurgião-dentista quando tem a necessidade de sanar alguma dor ou desconforto bucal. Dificilmente vão em busca de prevenção, ou seja, não possui o

hábito de ir ao cirurgião-dentista periodicamente para fazer um acompanhamento da saúde bucal (DE SOUZA, 2019). É comprovada a ligação da cavidade oral como responsável por processos mórbidos ou capazes de agravar doenças sistêmicas. Desta forma o atendimento odontológico não pode ser negligenciado, diante ao agravamento do estado de saúde do paciente internado. O cirurgião-dentista pode atuar conjuntamente com outros profissionais do hospital. A adequação bucal em pacientes internados é de extrema importância devido sua relevância na saúde sistêmica (DE LIMA DANTAS, 2022).

4 | CONCLUSÃO

Portanto, o acolhimento hospitalar de saúde bucal é um processo de acolher, receber e solucionar as demandas dos usuários, advindos da rede de atenção à saúde, no qual inclui a escuta qualificada voltada para as necessidades dos mesmos. Inclui a participação de uma equipe multiprofissional voltada para atender as demandas desses usuários.

É importante que o acolhimento de saúde bucal, na atenção terciária, possa garantir o acesso às tecnologias mais avançadas e procedimentos mais complexos, a fim de oferecer a resolutividade e a integralidade na atenção em saúde bucal. Tal processo deve assegurar que os pacientes possam ser assistidos de acordo com a avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco da sua condição de saúde e saúde bucal.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Juliana Santana et al. **Protocolo de atendimento odontológico em pacientes com múltiplas desordens sistêmicas: revisão de literatura**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 1, p. e5940-e5940, 2021.
- BASTOS JUNIOR, Wagner Teixeira. **A importância do pré-operatório em pacientes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos odontológicos**. Revista de Odontologia Contemporânea, v.4, n.1, p. 1-21, 2020.
- BRANCO, Andréa Batista de Andrade Castelo; ARRUDA, Karla Driele da Silva Alves. **Atendimento psicológico de pacientes com covid-19 em desmame ventilatório: proposta de protocolo**. Revista Augustus, v. 25, n. 51, p. 335-356, 2020.
- CFO, Conselho Federal de Odontologia. Resolução nº. 162, de 03 de novembro de 2015. **Reconhece o exercício da Odontologia Hospitalar pelo cirurgião-dentista**. Diário Oficial da União, v. 16, 2015.
- CHANDLER, Claudia Lobelli; SILVA-JUNIOR, Manoelito Ferreira. **Atendimento odontológico hospitalar de paciente pediátrico com tetralogia de Fallot: relato de caso**. RGO-Revista Gaúcha de Odontologia, v. 70, 2022.
- DA CRUZ, Nayara Alves Oliveira et al. **O papel da equipe multidisciplinar nos cuidados paliativos em idosos: Uma revisão integrativa**. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 1, p. 414-434, 2021.

DA SILVA COELHO, Marcos Roberto; REZENDE, Eliane Garcia; DA SILVA GASQUE, Kellen Cristina. Universidade-ONG: Extensão Universitária em Educação Popular em Saúde Bucal. **Revista Ciência em Extensão**, v. 16, p. 308-319, 2020.

DA SILVA, Arthur Barros et al. **A odontologia hospitalar em prol da saúde bucal do público infantil: uma revisão integrativa**. Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS, v. 6, n. 3, p. 82-82, 2021.

DA SILVA, Erika Thaís Cruz et al. **A relação dos sintomas de bruxismo e disfunção temporomandibular ea ansiedade ocasionada pela pandemia da COVID-19: uma revisão de literatura**. Research, Society and Development, v. 10, n. 2, p. e6110212609-e6110212609, 2021.

DA SILVA, Francielle Beatriz et al. **IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)**. Anais do EVINCI-UniBrasil, v. 7, n. 1, p. 446-446, 2021.

DE LIMA DANTAS, Juliana Borges et al. **Manejo Odontológico de Paciente com Distúrbios Hepáticos**. Epataya E-books, v. 1, n. 3, p. 113-124, 2022.

DE PAULA, Victor Gomes et al. **Acolhimento: um olhar inclusivo da Política Nacional de Humanização como estratégia de inclusão social**. Educação: Saberes e Prática, v. 7, n. 1, 2018.

DE SOUSA, Elcione Silva et al. **Atuação do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar frente ao controle das complicações sistêmicas**. Facit Business and Technology Journal, v. 1, n. 31, 2021.

DE SOUZA, Francisca Elba Pereira et al. **EDENTULISMO E QUALIDADE DE VIDA: PERCEPÇÃO DE PACIENTES DA TERCEIRA IDADE EDENULISM AND QUALITY OF LIFE: PERCEPTION OF PATIENTS OF THE THIRD AGE**. Rev. e-ciência, v.7, n. 2, p. 5-11, 2019

DO NASCIMENTO PERONIO, Thanay; DA SILVA, Aline Hübner; DIAS, Susiane Möller. **O medo frente ao tratamento odontológico no contexto do Sistema Único de Saúde: uma revisão de literatura integrativa**. *Brazilian Journal of Periodontology*, v. 29, n. 01, 2019.

FISCHER, R.G.; LIRA JUNIOR, R.; RETAMAL-VALDES, B.; FIGUEIREDO, L.C.; MALHEIROS, Z.; STEWART, B.; FERES, M. **Doença periodontal e seu impacto na saúde geral na América Latina. Seção V: Tratamento da periodontite**. *Brazilian Oral Research*, v. 34, sup1, n. 1, p. e026, 2020.

LOPES, Érica Nicácia Reis et al. **Prejuízos fisiológicos causados pela perda dentária e relação dos aspectos nutricionais na Odontogeriatría**. Research, Society and Development, v. 10, n. 1, p. e45810111730-e45810111730, 2021.

MAIOR, Giovanna Burgos Souto et al. **Estratégias para melhorar a comunicação entre o Dentista e o paciente adolescente: revisão integrativa da literatura**. Research, Society and Development, v. 10, n. 3, p. e33910312973-e33910312973, 2021.

MAJOR, Eduardo Moura Mendes-Rua. **Principais complicações orais da radioterapia de cabeça e pescoço: revisão de literatura**. Revista de Odontologia Contemporânea, v.4, n.1, 2020.

MATTOS, Laura Bianchi de Melo et al. **Técnicos em saúde bucal: aspectos da inserção no mercado de trabalho**. 2019. Tese de Doutorado. EPSJV.

MOREIRA, Hyago Barreto et al. **Desafios e Importância da Odontologia Hospitalar: uma revisão integrativa**. Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, v. 52, n. 1, p. 90-97, 2022.

NEGRÃO, Janielen Aparecida da Silva; VIANA, Jhenyffer Andrade Viana. **Relação do Mecanismo Patogênico entre Diabetes e Doença Periodontal**. REVISTA SAÚDE MULTIDISCIPLINAR, v. 6, n. 2, 2019.

PEREIRA, Isadora Duarte; PEREIRA, Rafael Alves. **Acolhimento e Classificação de Risco: Consulta de Enfermagem em Urgência e Emergência**. 2019.

ROCHA, Audrey Foster Lefort; ORRICO, Silvana Regina Perez; MASSUCATO, Elaine Maria Sgavioli. **A importância do preparo da cavidade bucal antes e durante o tratamento oncológico**. Ulakes Journal of Medicine, v. 1, n. 3, p. 167-175, 2021.

SALVATI, Caroline de Oliveira et al. **Humanização hospitalar: construção coletiva de saberes e práticas de acolhimento e ambiência**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 55, 2021.

SAMPAIO, Anna Julia Gonçalves; GOMES, Camila da Silva. **Lesões bucais relacionadas ao diabetes**. 2021.

SANT'ANA, Lucas do Nascimento. **A importância do pré-operatório em cirurgias odontológicas demonstrada através das suas consequências sob a ótica das complicações pós-operatórias**. 2021.

SANTOS, Semíremis Silva et al. **Acolhimento no cuidado odontológico: revisão integrativa**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 15, n. 2, p. e9677-e9677, 2022.

CAPÍTULO 2

TENDÊNCIA À JUDICIALIZAÇÃO NO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NO SUS: DADOS DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Data de aceite: 01/06/2022

Data de submissão: 02/04/2022

Isabel de Fátima Alvim Braga

FIOCRUZ

Rio de Janeiro – RJ

<http://orcid.org/0000-0003-0674-0256>

Laila Zelkovicz Ertler

ICM – UFRJ

Macaé – RJ

<http://orcid.org/0000-0003-0356-5130>

Eliana Napoleão Cozendey-Silva

FIOCRUZ

Rio de Janeiro – RJ

<https://orcid.org/0000-0003-4093-4732>

William Weissmann

FIOCRUZ

Rio de Janeiro – RJ

<https://orcid.org/0000-0002-7632-6555>

RESUMO: Introdução: O estudo analisa a temática dos processos envolvendo fornecimento de medicamentos no Sistema Único de Saúde pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

Objetivo: Verificar resultados de ações para a concessão de medicamentos pelo Estado, no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

Método: Foi realizada uma pesquisa na área de consulta de julgados de 1º grau do site do TJSP sobre: “fornecimento de medicamento” no campo assunto direito civil / responsabilidade da administração, sem data determinada até o

dia 20/6/17. **Resultado:** O estudo constata que a grande maioria dos autores foi contemplada com a medicação solicitada, sendo raras as decisões em que a liminar não foi concedida ou foi revogada na decisão final. Entretanto, o alto custo da saúde vem exigindo racionamento nessa área e as medicações têm importante impacto no custo final. Destacaram-se os pedidos de medicamentos para tratamento de doenças crônicas mais prevalentes no cenário brasileiro, o que demonstra necessidade de revisão dos planos de acompanhamento dessas doenças. Ficou evidenciado que a via judicial é uma importante forma de acesso aos medicamentos. Entretanto, o custo dessas ações permanece ignorado pelo judiciário brasileiro, carecendo, portanto, de análise do ponto de vista econômico. **Conclusão:** Encontramos um grande número de ações envolvendo o fornecimento de medicamentos e insumos básicos, na sua maioria com causa ganha pelos autores, mostrando a necessidade de revisão de nossas políticas públicas.

PALAVRAS-CHAVE: Direito; Medicamentos; Política de Saúde; Medicina

TENDENCY TO JUDICIALIZATION WITHOUT SUPPLY OF NON-SUS DRUGS: DATA FROM THE COURT OF JUSTICE OF THE STATE OF SÃO PAULO

ABSTRACT: Introduction: The study analyzes the thematic of the processes involving the supply of medicines in the Unique Healthy System by the Court of Justice of the State of São Paulo.

Objective: To verify results of actions for the granting of medicines by the State, at the Court

of Justice of the State of São Paulo. **Method:** A research was carried out in consultation of 1st level judges of the TJSP website on: “supply of medication” in the field of civil law / administrative responsibility, with no date determined until June 20, 2017. **Results:** The study finds that the great majority of the authors were contemplated with the requested medication, being rare the decisions in which the injunction was not granted or was revoked in the final decision. However, the high cost of health has been demanding rationing in this area and the medications have an important impact on the final cost. The requests for medicines for the treatment of chronic diseases that were most prevalent in the Brazilian scenario were highlighted, which demonstrates the need to review the plans to follow up these diseases. It was evidenced that the judicial route is an important form of access to medicines. However, the cost of these actions is still ignored by the Brazilian judiciary, thus lacking analysis from the economic point of view. **Conclusion:** We found many actions involving the supply of drugs and basic supplies, mostly with cause won by the authors, showing the need to review our public policies.

KEYWORDS: Law, Drugs, Public Health, Medicine.

1 | INTRODUÇÃO

O fornecimento de medicamentos é um problema global. Alguns países europeus oferecem um sistema de notificação de escassez de drogas como Bélgica, Holanda, Inglaterra, Itália, França, Alemanha e Espanha.⁽¹⁶⁾

No Brasil, a Constituição Federal assegurou expressamente ao cidadão o direito à saúde como direito social, afirmando ser este um direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação⁽³⁾. Já a Lei Orgânica da Saúde (LOS) caracteriza a formulação da política de medicamentos como objetivo do Sistema Único de Saúde (SUS), aduz que também se constitui de assistência terapêutica integral a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde.⁽⁴⁾

Visando a completude legislativa da LOS, em 1998, foi estabelecida a Política Nacional de Medicamentos (PNM) do Ministério da Saúde (MS), que firma diretrizes com o propósito de garantir a segurança, eficácia e qualidade de medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais⁽⁵⁾. Nesse contexto, falhas do sistema público de saúde e na distribuição de remédios têm se constituído em causas de judicialização.⁽⁵⁾

Alguns estudos vêm sendo realizados para análise dessa questão, abrangendo estados como MG⁽²²⁾; SC⁽¹⁹⁾; RJ⁽¹⁷⁾; PR⁽¹⁸⁾. No entanto, observa-se número discreto de trabalhos tratando da temática da ação do MS nessa constitucionalização da saúde brasileira, principalmente no que se refere a críticas às limitações, contradições e reais possibilidades de atendimento às demandas⁽⁹⁾. Em acordo com Machado⁽¹²⁾, observa-se incipiência de contribuições analíticas para o campo das políticas públicas, além da

importância de estudos multidisciplinares concernentes à complexidade daquelas.

Argumenta-se que estudos que tratem da explicitação técnico-analítica do tema são necessários ao diagnóstico sobre os processos envolvendo o fornecimento de drogas, à compreensão e ao fomento de reflexão crítica sobre a judicialização no fornecimento de medicamentos e efetividade das políticas públicas atuais. Portanto, podem contribuir para o planejamento e a tomada de decisão política no âmbito do sistema de saúde.⁽¹⁷⁾

Este estudo objetiva identificar e analisar os processos, com base no banco de sentenças do tribunal paulista, envolvendo demanda de medicamentos, em 1º grau, na esfera cível, ao contrário de estudos envolvendo decisões, que realizam a busca na jurisprudência de 2ª instância.

Defende-se a escolha do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJ-SP) em razão de sua robustez e de se tratar do tribunal de justiça de maior porte no Brasil, com 25.493.503 de processos tramitados no ano de 2016.⁽⁷⁾

2 | OBJETIVOS

Verificar resultados de ações para a concessão de medicamentos pelo Estado, no TJ-SP.

3 | MÉTODOS

Foi realizada pesquisa por palavra-chave na área de consulta de julgados de 1º grau do site do TJ-SP⁽²¹⁾ com o seguinte termo de pesquisa: “fornecimento de medicamento”, no campo assunto; direito civil/responsabilidade da administração. Sem data determinada, o limite temporal dos julgados foi o dia 20/6/2017, data de realização da pesquisa. Foram analisadas as variáveis: (i) ano de distribuição da ação no Tribunal; (ii) condenação da administração pública ao fornecimento do medicamento; (iii) substância ativa do medicamento (nome genérico); (iv) tipo de medicamento; (v) réu (pólo passivo); (vi) concessão de liminar; (vii) insumos solicitados juntamente com os medicamentos; (viii) especialidade médica que se relacionava com o pedido. Os dados obtidos foram tabelados e analisados no *Microsoft® Excel®* 16.0.

Os critérios de elegibilidade foram: conter no pedido um medicamento, tendo sido excluídos os processos em que havia pedido de cirurgia ou produto, sem medicamento associado. Foram excluídas ações que tratavam apenas de utensílios sem pedido conjunto com medicamentos e ações que não tratavam do fornecimento da medicação, em si, mas apenas de pedido de dano moral.

Os nomes dos medicamentos foram todos substituídos por seus respectivos nomes do princípio ativo. Os medicamentos citados foram tabelados, quantificados e classificados por sua função. Os medicamentos que eram associações de drogas foram subdivididos

pelo nome da droga (genérico), exceto por polivitamínicos com mais de 4 compostos, denominados polivitamínicos.

Após a análise inicial das variáveis únicas para cada processo (ano, especialidade, concessão de liminar, réu, ganho de causa na primeira instância), passou-se a analisar o bloco de pedidos de drogas como um todo e, também, cada uma delas individualmente.

Os dados utilizados foram em sua totalidade de acesso público e disponíveis na internet.

4 | RESULTADOS

Foram encontradas 117 ocorrências, dessas, 47 foram excluídas por não atenderem ao critério de elegibilidade, pois se tratavam de: 01 pedido de endoscopia; 05 indenizações de dano moral por morte de paciente; 01 pedido de short para pós-operatório de cirurgia plástica; 02 transportes para tratamento médico em outra comarca; 09 indenizações por erro médico; 01 pedido de vaga hospitalar; 03 ações de ressarcimento; 01 pedido de fralda geriátrica; 03 pedidos de aparelho auditivo; 01 indenização por acidente de trânsito; 02 processos contra plano de saúde classificados erradamente; 01 pedido de cpap; 01 pedido de nutrição parenteral; 01 pedido de dieta enteral e fraldas; 08 pedidos de dano moral sem pedido de fornecimento de medicamentos; 01 pedido de cirurgia; 01 pedido para terapia ocupacional; 01 processo por dano ambiental; 02 pedidos de internação psiquiátrica; 01 tratamento para sequela de radioterapia; 01 pedido de agulha de insulina.

Assim, 70 processos cumpriram o critério de inclusão.

Quanto à distribuição temporal dos casos, houve aumento de concessões nos anos de 2014, 2015 e 2016. O Gráfico 1 mostra a distribuição das decisões de 2009-2017.



Gráfico 1. Distribuição temporal das demandas, 2009-2017.

Fonte: Própria.

Apenas em 6 processos não foi concedida a liminar ou antecipação de tutela, sendo que, em apenas 1 destes casos, o pedido foi concedido na decisão do Juiz de 1ª

instância. Dos 64 casos restantes, nos quais houve concessão de liminar na 2ª instância, em apenas 3 deles a liminar foi revogada. Em 7, a decisão da 1ª instância não foi de alguma forma favorável ao autor, sendo que em 1 delas a autora faltou a perícia e em outra houve provimento parcial porque um dos medicamentos já estava sendo fornecido no município. Dentre o total de decisões em 1ª instância, 63 foram de alguma maneira favorável ao autor.

A distribuição por especialidade relacionada a cada processo foi: Cardiologia-6; Endocrinologia-30; Hepatologia-2; Não elucidado-5; Neurologia/Psiquiatria-15; Oftalmologia-3; Oncologia-4; Ortopedia-2; Pneumologia-1; Reumatologia-2.

Na análise do réu, foram englobadas na mesma categoria a Fazenda Estadual de São Paulo e a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de SP. Obteve-se a seguinte distribuição de réus: 14, apenas o estado de SP; 1, o estado de SP e a Sociedade Assistencial Bandeirantes; 11, o estado de SP e algum município; 44, apenas o município (Gráfico 2).

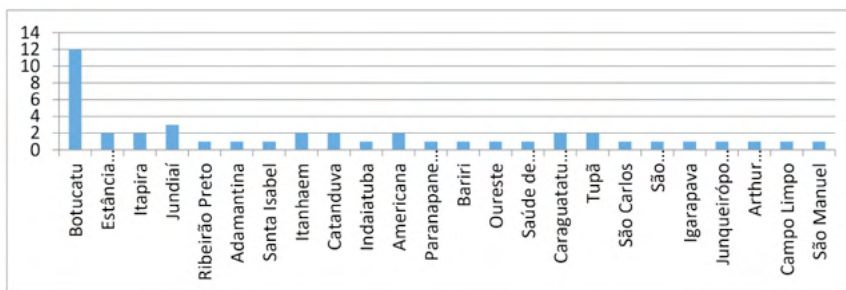


Gráfico 2. Distribuição por municípios.

Fonte: Própria.

A seguir, foram analisados os medicamentos propriamente ditos. Em 10, não foi possível elucidar o medicamento pela leitura da sentença. Em 32, foi citado apenas um medicamento, sendo considerada para essa análise a insulina como medicamento único, sem considerar seus subtipos. Todos os 14 restantes possuíam desde demanda por mais medicamentos, procedimentos médicos associados, lancetas para hemoglicoteste e, até mesmo, seringas.

Dos 61 processos restantes, foram destacados os seguintes medicamentos (Gráfico 3):

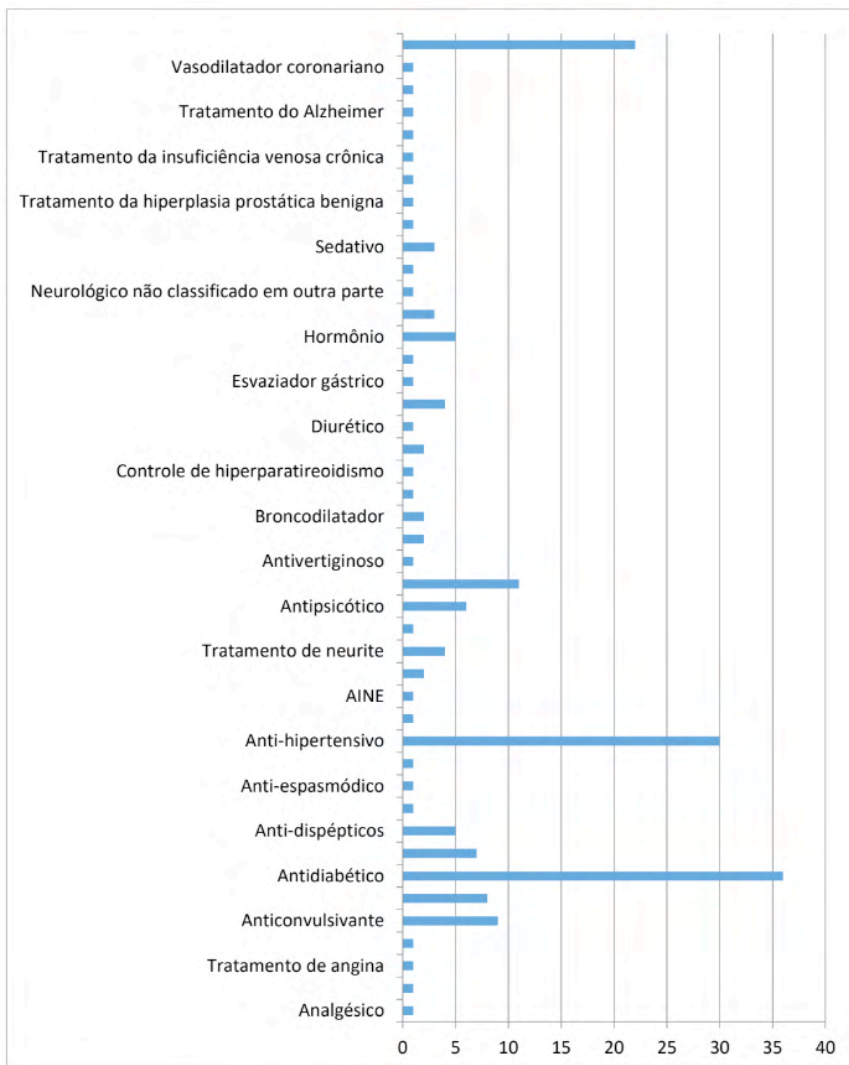


Gráfico 3. Listagem de medicamentos solicitados nos processos.

Fonte: Própria.

Nos pedidos acima, alguns estavam associados a insumos e procedimentos (Gráfico 4).



Gráfico 4. Insumos solicitados.

Fonte: Própria.

5 | DISCUSSÃO

Segundos dados recentes dos relatórios do CNJ de 2016-17, o TJ-SP é o tribunal de justiça estadual de maior porte no Brasil e a despesa média mensal por cada magistrado é de 45.906 reais. Apresenta taxa de 1.755 casos novos por magistrado em 1ª instância. Em razão disso, pode ser que processos distribuídos nas varas, ainda sem qualquer sentença, não tenham sido analisados pelo presente estudo⁽⁶⁾.

Em relação as limitações deste estudo temos:

1. Ausência de acesso à petição inicial, gerando imprecisão na análise dos medicamentos, em função da perda de dados não explicitados na sentença do juiz. A petição inicial não é passível de pesquisa eletrônica (aberta), provavelmente por conter dados pessoais das partes.
2. Dificuldades comparativas com outros países; o fornecimento de medicamentos pelo sistema público de saúde feito no SUS é idiossincrático e não ocorre dessa maneira em nenhum lugar do mundo, pois o fornecimento de medicamentos é feito apenas intrahospitalar, não havendo fornecimento ambulatorial de medicamentos.
3. O banco de sentenças de 1ª instância é algo relativamente novo e ainda não totalmente atualizado. Há, por conseguinte, uma série de dados que não foram abrangidos. Os resultados aqui apresentados são apenas um reflexo do enorme contingente de ações envolvendo essa temática e, em razão disso, não têm a pretensão de esgotar o tema.

A grande maioria dos autores recebeu a medicação solicitada. Nas raríssimas decisões em que a liminar não foi concedida ou foi revogada na decisão final, foi entendido pelo juízo que o SUS não tem como arcar com medicamentos para autores que não sejam hipossuficientes para consegui-los. O alto custo da saúde vem denotando uma necessidade imperativa de racionamento nessa área, tendo, as medicações, importante impacto no

custo desse sistema. Estudo similar⁽⁶⁾ a este, realizado no sistema de controle judicial do estado de SP (2006) evidenciou gasto de R\$ 65 milhões pelo estado com o cumprimento das decisões judiciais. Aquele trabalho⁽⁶⁾ encontrou uma importante concentração das ações, com 35% delas impetradas por 1% dos advogados, sugerindo uma correlação entre fabricante do medicamento e determinados juristas.⁽⁶⁾

Ainda em SP, outro estudo utilizando dados da Secretaria de Saúde sobre processos envolvendo fornecimento de medicamentos para câncer, em 2006-07, identificou custo de R\$ 40 milhões para suprir a demanda de apenas 1.220 ações.⁽¹¹⁾ Fica, assim, evidente o impacto econômico desse tipo de demanda. Já no que concerne ao perfil das demandas judiciais por medicamentos da justiça federal do estado do PR, houve destaque para a especialidade oncologia.⁽¹⁵⁾

Pesquisa documental realizada no estado do RJ através de ações judiciais propostas, em 2005, por usuários do SUS contra esse estado objetivando o fornecimento de medicamentos, encontrou taxas de 89% dos casos de procedência total do pedido⁽²⁾, bastante similares à do presente, que encontrou 90% de concessão de drogas na 1ª instância.

No que concerne à questão do polo passivo da ação para fornecimento de medicamentos, destaca-se a importância da súmula 37 do TJ-SP, que diz que esse tipo de ação pode ser proposta em face de qualquer pessoa jurídica de direito público interno.⁽²¹⁾ Sendo assim, as alegações de ilegitimidade passiva de qualquer ente federativo não prosperaram em nenhum dos processos em que essa preliminar foi alegada. De fato, o funcionamento do SUS é de responsabilidade solidária da União, dos estados e do município. São Paulo possui um Código de Saúde Estadual, Lei Complementar nº 791/95⁽²⁰⁾, que em seu artigo 24 § 8º afirma que “As unidades básicas de saúde e os pronto-socorros públicos manterão em funcionamento, em caráter permanente, serviço de farmácia para o fornecimento gratuito de medicamentos aos pacientes neles atendidos”.

O destaque para os pedidos envolvendo insulina de diversos tipos, incluindo a recombinante humana, também foi encontrado em estudo da Paraíba, em processos entre 2009-10, em que a insulina figurou no topo das demandas junto aos antineoplásicos e antagonistas da angiotensina.⁽¹⁰⁾

Destaque deve ser dado ao número assaz importante de pedidos de medicações para doenças básicas e de alta prevalência, como diabetes e hipertensão, encontrado neste estudo. Tal fato evidencia a importância de políticas públicas intersetoriais na resposta a temas complexos, em particular o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).⁽¹⁴⁾ Não se pode ignorar o caráter correlato entre este fato e o envelhecimento da população, que aumenta a prevalência das DCNT. Assim, é necessária a discussão da implementação de políticas públicas assistencialistas direcionadas aos idosos cujo quantitativo se encontra em ascensão no Brasil.⁽¹⁾

Em função destes dados, é pertinente discutir o aumento do custo do sistema

advindo desses processos. Obviamente, os recursos passíveis de serem dispensados pelos estados não são infinitos, ainda que se esteja falando de um estado com os recursos econômicos como o de SP. Assim, é imprescindível a formulação de um planejamento estratégico para alocação de recursos do SUS. Reiteradamente, as decisões judiciais têm ignorado as prioridades das políticas públicas já existentes e o estabelecimento de prioridades de compra de medicamentos dentro do sistema⁽²³⁾, beneficiando a indústria farmacêutica em detrimento do bem estar do sistema público.

Encontrou-se grande número de processos advindos da Comarca de Botucatu, mas não temos dados que possam explicar esse fato, exceto por idiosincrasias regionais ainda não explicitadas. A associação botucatuense de assistência ao diabético fornece assessoria jurídica, sendo essa uma das hipóteses para as diferenças encontradas.

Houve destaque dos pedidos de medicamentos de anti-hipertensivos e antidiabéticos, diferentemente do encontrado em estudos realizados em outros estados, apontando necessidade regional de que se prevejam seus planos de acompanhamento de doenças crônicas.

6 | CONCLUSÃO

A via judicial é uma evidente forma de acesso aos medicamentos. Entretanto, o custo dessas ações permanece insuficientemente discutido pelo judiciário brasileiro.

Apesar de haver um número considerável de estudos para comparação com o presente, observa-se diferenças entre os dados comparativos. Acredita-se que esse tipo de ação possui correlação direta com padrões de distribuição de medicamentos que variam de acordo com a localidade e entendimento do governo local, uma vez que a gestão do SUS é descentralizada.

Por fim, em razão da esgotabilidade de recursos, o fornecimento de medicamentos deve ser feito de maneira racional, levando em consideração o bem-estar financeiro de todo o SUS.

REFERÊNCIAS

1. Andrade LM, Sena ELS, Pinheiro GML, Meira EC, Lira LSSP. **Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa**. Ciênc. saúde coletiva vol.18 no.12 Rio de Janeiro dez. 2013
2. Borges DCL. **Uma análise das ações judiciais para fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS; o caso do estado do Rio de Janeiro em 2005** [Internet] [Dissertação]. [Rio de Janeiro, RJ]: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2007 (Acesso 18 abr 2018) Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4609>
3. Brasil. **Constituição Federal de 1988** [Internet]. (Acesso em 17 abr 2018) Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaoconsolidado.htm

4. Brasil. **Lei n 8080. Lei Orgânica da Saúde** [Internet]. (Acesso em 17 abr 2018) Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
5. Brasil. **Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**. 1998 [Internet]. (Acesso em 17 abr 2018) Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html
6. Chieffi AL, Barata RCB. **Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos**. Rev Saúde Pública. 2010;44(3):421–9
7. CNJ. **Conselho Nacional de Justiça. Justiça em números 2016, ano-base 2015** [Internet]. 2016 [citado 23 fev 2018] p. 404. Report No.: 12. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/10/b8f46be3dbbf344931a933579915488.pdf>
8. CNJ. **Conselho Nacional de Justiça. Justiça em números 2017: ano-base 2016** [Internet]. 2017 [citado 23 abr 2018] p. 188. Report No.: 13. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/10/b8f46be3dbbf344931a933579915488.pdf>
9. Costa NR, Engstrom EM, Siqueira SAV. **Política pública e papel institucional do Ministério da Saúde no Brasil**. Ciênc Saúde Coletiva. 2017;22(5):1394–1394
10. Leitão LCA. **Análise das demandas judiciais para aquisição de medicamentos no Estado da Paraíba** [Internet] [Dissertação]. [Paraíba]: Universidade Estadual da Paraíba; 2012 [citado 2 jan 2018]. Disponível em: <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/tede/1810/1/Luana%20Couto%20Assis%20Leitao.pdf>
11. Lopes LC, Barberato-Filho S, Costa AC, Osorio-de-Castro CGS. **Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no Estado de São Paulo**. Rev Saúde Pública. 2010;44(4):620–8.
12. Machado CV. **A Política Pública como campo multidisciplinar**. Ciênc Saúde Coletiva. 2016;21(6):1987–8.
13. Machado MAA, Acurcio FA, Brandão CMR, Faleiros DRJG, Afonso A, et al. **Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil**. Rev Saúde Pública. 2011;45:590–8.
14. Malta DC, Silva MMA da, Albuquerque GM, Lima CM de, Cavalcante T, Jaime PC, et al. **A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014**. Ciênc Saúde Coletiva. 2014;19(11):4301–12.
15. Nishihara RM, Possebom AC, Borges LMC, Shwetz ACA, Bettés FFB. **Judicial demand of medications through the Federal Justice of the State of Paraná**. Einstein São Paulo. 2017;15(1):85–91.
16. Pauwels K, Huys I, Casteels M, Simoens S. **Drug shortages in European countries: a tradeoff between market attractiveness and cost containment?** BMC Health Serv Res. 2014;14(438):1–9.
17. Pepe VLE, Ventura M, Sant’ana JMB, Figueiredo TA, Souza VR, Simas L, et al. **Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no Estado do Rio de Janeiro, Brasil**. Cad Saúde Pública. 2010;26(3):461–71.

18. Pereira JG. **Demandas judiciais de medicamentos no estado do Paraná: aplicação de indicadores de avaliação e monitoramento e qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários** [Internet] [Tese]. [Rio de Janeiro, RJ]: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013 [citado 18 abr 2018]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/7694>
19. Pereira JR, Santos RI, Nascimento JJM, Schenkel N. **Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004**. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(suppl.3):3551–60.
20. São Paulo. **Código de Saúde Estadual de São Paulo. Lei Complementar nº 791, de 09 de março de 1995. Estabelece o Código de Saúde no Estado** [Internet]. 1995 [citado 18 abr 2018]. Disponível em: https://www.al.sp.gov.br/StaticFile/documentacao/codigo_de_saude.htm
21. TJ-SP. **Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Consulta de Jurisprudência do Segundo Grau** [Internet]. [citado 24 abr 2018]. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/resultadoCompleta.do>
22. Vieira FS, Zucchi P. **Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde**. Saúde E Soc. 2013;22(1):73–84.
23. Vieira FS. **Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS**. Rev Saúde Pública. 2008;42:365–9.

CAPÍTULO 3

ATIVIDADE EDUCATIVA INTERPROFISSIONAL SOBRE A TEMÁTICA PREVENÇÃO DE QUEDAS COM O PÚBLICO IDOSO

Data de aceite: 01/06/2022

Data de submissão: 18/05/2022

Beatrice de Maria Andrade Silva

Universidade de Fortaleza
Fortaleza (CE) - Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-5032-966X>

Maria Eduarda Jucá da Paz Barbosa

Universidade de Fortaleza
Fortaleza (CE) - Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-5663-7663>

Rafaela Tavares Pessoa

Universidade de Fortaleza
Fortaleza (CE) - Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-3559-5262>

Caroline Moreira Arruda

Universidade de Fortaleza
Fortaleza (CE) - Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-9656-5513>

Laura Pinheiro Navarro

Universidade de Fortaleza
Fortaleza (CE) - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3303366196682792>

Samuel da Silva de Almeida

Universidade de Fortaleza
Fortaleza (CE) - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8825661270242858>

Vicente Nobuyoshi Ribeiro Yamamoto

Universidade de Fortaleza
Fortaleza (CE) - Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-3274-6184>

Bárbara Melo de Oliveira

Universidade de Fortaleza
Fortaleza (CE) - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6849976882112151>

Aline Aragão de Castro Carvalho

Universidade de Fortaleza
Fortaleza (CE) - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1084078570508355>

João Emanuel Dias Tavares

Universidade de Fortaleza
Fortaleza (CE) - Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-4357-0383>

RESUMO: Objetivo: Relatar a experiência de uma atividade educativa interdisciplinar sobre prevenção de quedas para o público idoso em um equipamento social de uma Unidade Básica de Saúde de Fortaleza, Ceará. **Síntese de dados:** Trata-se de um relato de experiência de cunho descritivo, o qual foi efetivado mediante a prática de um grupo de graduandos dos cursos de Nutrição e Enfermagem, em novembro de 2021. Com a oportunidade de socializar o público e compartilhar conhecimentos, o tema da atividade educativa foi a prevenção de quedas em idosos. Assim, os graduandos desenvolveram a dinâmica do jogo da memória, abordando questões sobre alimentação, como prevenir quedas no ambiente domiciliar e como proceder diante destes casos, contribuindo para uma melhor percepção da importância desta temática para o público idoso, como também para a memória, atenção, concentração e visão, que são comprometidas visto a própria fisiologia do envelhecimento.

Conclusão: A percepção da atividade de educação em saúde desenvolvida para idosos foi bastante positiva, visto que a abordagem da temática proposta, executada de forma interdisciplinar e lúdica, garantiu a troca de conhecimentos, interação social e facilidade de compreensão pela simplicidade e dinamismo da explanação.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Educação Interprofissional; Idoso.

INTERPROFESSIONAL EDUCATIONAL ACTIVITY ON THE TOPIC OF PREVENTING FALLS WITH THE ELDERLY PUBLIC

ABSTRACT: Objective: To report the experience of an interdisciplinary educational activity on fall prevention for the elderly public in a social facility of a Basic Health Unit in Fortaleza, Ceará, Brazil, in 2021. **Data synthesis:** This is an experience report descriptive, which was carried out through the practice of a group of undergraduates from the nutrition and nursing courses. With the opportunity to integrate, socialize and share knowledge, the theme of the educational activity was the prevention of falls in the elderly. Thus, the undergraduates developed the dynamics of the memory game, addressing questions about food, how to prevent falls in the home environment and how to proceed in cases like these. To do so, work both on the subject of falls, but also on memory, attention, concentration and vision, which are compromised in view of the very physiology of aging. **Conclusion:** The perception of the health education activity developed for the elderly was very positive. For the approach of themes in an interdisciplinary and playful way guarantees the exchange of knowledge, social interaction and ease of understanding by the simplicity and dynamism of the explanation.

KEYWORDS: Health Education; Primary Health Care; Interprofessional Education; Elderly.

1 | INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta a promoção da saúde como sendo um conjunto de estratégias voltadas tanto para o âmbito individual como o coletivo, impactando positivamente na geração de qualidade de vida e no desenvolvimento de autonomia para a população assistida (BRASIL, 2018). No entanto, no Brasil, apesar de a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) ter sido criada desde 2006, ainda está longe de ser alterado o principal modo de fazer saúde atualmente, fragmentado e direcionado para a doença, de acordo com o modelo biomédico (MALTA et al., 2018).

Apesar disso, pode-se afirmar que a promoção da saúde consegue se fazer presente nas ações coletivas das equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), por exemplo, os quais realizam as suas atividades em Unidades de Atenção Básica (UBS), na medida em que trabalham com a população, considerando os determinantes sociais envolvidos no processo de saúde-doença. Na literatura já é bem elucidado inúmeras atividades envolvendo a promoção da saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), em que o processo do fazer saúde contribui para diminuir as chances de desenvolvimento de doenças e melhorar a qualidade de vida da população beneficiada de uma forma geral (BEZERRA et al., 2020; SANTANA E BARROS, 2021).

O envelhecimento da população brasileira está cada vez mais em evidência; estima-se que a população acima de 65 anos aumente em sete vezes e meia, entre 1950 e 2050, demonstrando o quanto essa faixa etária irá necessitar de uma maior atenção das políticas públicas nacionais (UN, 2017). Considerando o contexto da APS, essa parcela da população pode ser beneficiada dentro das possibilidades de atuação dessa área, uma vez que é considerada locus essencial para a promoção da saúde. Atividades de promoção da saúde, quando realizadas de forma interdisciplinar, oferecem ainda mais conhecimento e troca de saberes à população assistida (ALVES et al, 2019; OLIVEIRA et al, 2013).

Um dos problemas de saúde pública bem prevalentes na população idosa são acidentes relacionados à quedas, principalmente domésticas, visto os altos custos sociais e econômicos envolvidos em uma internação e/ou recuperação (MACEDO et al, 2019).. Em decorrência das alterações fisiológicas e metabólicas da própria idade, muitos idosos acometidos por uma fratura não conseguem voltar a ter independência nas suas atividades de rotina, comprometendo a autonomia e a autoestima desses indivíduos, impactando negativamente na sua saúde (RIBEIRO et al, 2008).

Dentro desse cenário, o trabalho interdisciplinar, envolvendo ações de educação em saúde voltadas para a prevenção de quedas, torna-se uma excelente ferramenta para o cuidado integral da pessoa idosa (GARCIA et al, 2020; VAZ et al, 2020). Assim, tendo em vista a importância dessa temática para o público idoso e para a comunidade científica no geral, esse trabalho tem como objetivo relatar a experiência de uma atividade educativa interdisciplinar sobre prevenção de quedas para o público idoso, realizada por graduandos dos cursos de Nutrição e Enfermagem em um equipamento social da área adscrita de uma UBS de Fortaleza-CE.

2 | SÍNTESE DOS DADOS

Esse estudo se caracteriza como sendo descritivo, do tipo relato de experiência. A atividade educativa foi viabilizada por meio de uma vivência prática de uma turma de graduandos em Nutrição, durante o Estágio Curricular em Saúde Coletiva, e de uma turma de Enfermagem, durante o Internato em Saúde Coletiva, de uma universidade particular de Fortaleza, Ceará.

A proposta educativa foi elaborada e executada em novembro de 2021, no turno da manhã, pelos discentes de ambos os cursos da saúde e seus respectivos preceptores, juntamente com o auxílio de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de uma equipe de Saúde da Família da UBS onde os graduandos foram alocados para o desenvolvimento de suas respectivas atividades, referente à Regional 6.

O equipamento social da área adscrita da UBS onde foi desenvolvida essa ação é conhecido como “Casa do Idoso”, sendo bastante utilizado por profissionais da UBS para a promoção do cuidado integral, tanto por meio de atendimentos voltados para puericultura

e assistência a pacientes com diabetes e hipertensão, como pela realização de grupos voltados para práticas em saúde. O espaço apresenta um banheiro, dois ambientes que funcionam como consultório de atendimento e uma grande sala sem móveis, apenas com cadeiras de plástico, onde são realizadas as atividades dos grupos. Dentre esses grupos, têm-se os encontros quinzenais do grupo de idosos conhecido como “Grupo Idoso Amigo”, composto em sua maioria por mulheres acima de 60 anos de idade que moram nas adjacências desse equipamento.

As atividades deste grupo estavam suspensas desde o início da pandemia COVID-19 e foi iniciado o retorno gradual em outubro de 2021, seguindo todos os protocolos de segurança e cuidados do contexto pandêmico. Tanto a turma de Nutrição como de Enfermagem foram chamadas pelos ACS para desenvolverem atividades em conjunto no local, visando socialização, integração e compartilhamento de saberes para otimizar o cuidado integral em saúde desse público. Os ACS apresentam-se como peça chave para o desenvolvimento das potencialidades da APS, tendo o seu papel conhecido também pela promoção do envelhecimento saudável na sua microárea (NASCIMENTO et al, 2020). Os ACS pelos quais mantêm ativo esse grupo de idosos, se comunicam com os integrantes através de um grupo de “whatsapp”, para avisar quando há encontros no equipamento social, sendo fundamental para a viabilização do grupo.

As duas turmas realizaram uma reunião para discutir o tema de uma das atividades a serem trabalhadas no grupo e entraram em consenso sobre o foco do encontro, que seria: prevenção de quedas e seu impacto na saúde do idoso. Essa população específica apresenta alto risco para acidentes envolvendo quedas, já sendo internacionalmente conhecido como um problema de saúde pública (HOURY et al, 2015). Por isso a importância do desenvolvimento de atividades voltadas para a prevenção desses incidentes. Já existem na literatura estudos que apontam a efetividade das ações educativas sobre a redução de quedas em ambiente domiciliar, hospitalar e instituições de longa permanência para idosos (XIMENES et al, 2021).

Elaborou-se um plano de aula para organizar e estruturar toda a atividade educativa, contendo o conteúdo programático e metodologia a ser desenvolvida no local, com a distribuição das funções de cada organizador durante o processo. Para a escolha da metodologia, deu-se prioridade para exercícios lúdicos que estimulassem não só a participação ativa dos idosos, mas também que envolvessem o desenvolvimento de habilidades importantes para esta faixa etária, como memória, atenção, concentração e visão, que são comprometidas visto a própria fisiologia do envelhecimento (SILVA et al, 2020). Neste sentido, utilizou-se o jogo da memória com cartas no tamanho A3, contendo ilustrações/imagens em boa qualidade que remetessem a um tópico importante a ser trabalhado com os idosos sobre a temática escolhida.

Inicialmente, os ACS chegaram no local e fizeram a organização das cadeiras e limpeza do ambiente. Posteriormente, os graduandos em Nutrição e Enfermagem,

juntamente com as suas respectivas preceptoras, dirigiram-se ao local com os materiais para a realização da atividade e com lanches para disponibilizar aos idosos para levarem posteriormente para casa. Colocou-se uma numeração de 1 a 12, de forma aleatória, atrás de cada carta do jogo da memória, já que haviam 6 pares de figuras, com o intuito de facilitar a identificação da carta pelo idoso. As cartas foram colocadas no chão da área em que foi realizada a ação de acordo com a ordem de numeração, distribuídas em 3 linhas e 4 colunas.

Após a organização do ambiente, iniciou-se a atividade com uma acolhida. Utilizou-se uma música alegre com a temática de quedas para animar e envolver os idosos nesse primeiro momento. Todos os participantes e organizadores da atividade ficaram de pé com os braços apoiados um nos ombros dos outros, formando um grande círculo. Este gesto tinha o objetivo de simbolizar o apoio de cada um para “evitar cair”. Todos foram convidados a cantar a letra da música e a dançar conforme o ritmo da canção.

A promoção da saúde, quando a mesma não é vista apenas como ausência de doença, e sim como um completo bem estar (físico, mental e social), traz a musicoterapia como uma de suas possibilidades (SOUZA et al, 2019). É bem visto na literatura que a utilização da música desperta emoções, possibilitando a movimentação do corpo, através da dança, trazendo uma sensação de satisfação, diminuindo o estresse do dia a dia e evocando a valorização e o prazer em viver (SOUZA et al, 2021; GOMES E AMARAL, 2012). Esses sentimentos são muito importantes para a população idosa, já que muitas vezes eles se sentem desvalorizados e sem ânimo para o cotidiano (GUIMARÃES et al, 2019).

Logo, conseqüente ao momento de acolhida, um dos acadêmicos que estava no local falou que haveria um momento de dinâmica através da realização do jogo da memória cujo a temática das cartas do jogo seria sobre quedas em idosos. Outro discente dividiu os idosos em dois grupos e solicitou que houvesse um líder em cada grupo para que o mesmo, em concordância com os demais membros da sua equipe, identificasse duas cartas com o objetivo de encontrar duas figuras iguais. Para cada duas cartas retiradas com figuras idênticas, o grupo que escolheu corretamente ganhava 1 ponto. Assim que fosse acertado um par de cartas por um grupo, os acadêmicos pausavam o jogo e explicavam sobre a imagem que estava na carta. O jogo acabou quando todas as cartas haviam sido retiradas. O intuito do jogo não era eleger uma equipe ganhadora, mas sim, promover socialização e compartilhar saberes acerca da temática de quedas.

Ao final do jogo, os acadêmicos fizeram perguntas avaliativas para o grupo de idosos com o intuito de identificar se os participantes da atividade conseguiram compreender as informações repassadas durante a ação. Se os idosos não soubessem responder, os discentes discursavam a resposta. Os questionamentos foram: 1) Quais alimentos que foram citados auxiliam no fortalecimento do corpo de vocês?; 2) Citem três itens que têm na sua casa que possam ocasionar quedas e o que fazer caso vocês sofram alguma queda

no ambiente doméstico. O retorno acerca das perguntas foi bem positivo por parte dos participantes da atividade, mostrando que os mesmos estavam atentos e conseguiram fixar os pontos mais importantes da atividade.

Ao final do encontro, os acadêmicos entregaram um panfleto contendo os principais pontos discutidos na ação educativa em tamanho A4 para a melhor leitura por parte dos idosos.

A percepção dos graduandos acerca do alcance dos objetivos propostos foi positiva. Ressalta-se principalmente o enriquecimento da atividade por meio das trocas de saberes entre os acadêmicos de Nutrição, Enfermagem e os ACS. Além disso, os discentes puderam aperfeiçoar habilidades interpessoais, como melhor comunicação e postura ética. Todos os integrantes da atividade foram essenciais para o alcance do sucesso da ação, contribuindo significativamente para a promoção do autocuidado e do bem estar na população idosa beneficiada pelo encontro interdisciplinar. Houve um “feedback” positivo dos participantes com a atividade, de modo que foram bem participativos e trocaram risadas e histórias de vida conforme a atividade era executada.

Atividade sobre prevenção de quedas e seu impacto na saúde do idoso

A atividade de educação em saúde desenvolvida com os idosos teve o conteúdo programático voltado tanto para a área da Nutrição como também da Enfermagem. As figuras escolhidas pela equipe interdisciplinar para estarem impressas nas cartas eram ilustrações que remetem a uma temática importante a ser trabalhada, visando a contemplação de todos os objetivos de aprendizagem que constavam no plano de aula elaborados em reunião, sendo eles: 1) Identificar alimentos que contribuem para um melhor fortalecimento do corpo do idoso; 2) Especificar quais os maiores perigos em casa para ocasionar um acidente de queda doméstico; 3) Identificar como proceder caso o idoso sofra alguma queda. As figuras escolhidas foram:

Figura 1 do jogo da memória - Imagem de um idoso escorregando em uma poça de água.

Com essa figura foi abordado com os idosos sobre os agentes facilitadores das quedas, com o enfoque no ambiente domiciliar, já que é onde esse público mais passa o seu dia. Poças de água, brinquedos de crianças, tapetes sem aderência ao chão, escadas sem corrimão e pisos escorregadios foram enfatizados como propiciadores do risco de queda, devendo ter atenção aos mesmos quando identificados em casa (BRASIL,2018a). É sempre importante lembrar esse público dos perigos que, por exemplo, uma simples poça de água pode ocasionar caso gere uma queda, pois muitos desconhecem a magnitude do problema.

Figura 2 do jogo da memória - Imagem de um idoso com tontura e ao lado de uma caixa de medicamentos.

Através dessa figura foi colocado em pauta a polifarmácia que é bastante presente nesse público visto o tratamento simultâneo de mais de uma doença crônica, como diabetes e hipertensão, bastante prevalente nos idosos brasileiros (FRANCISCO et al, 2018). Os desfechos negativos associados ao excesso de uso de medicamentos, visto os efeitos adversos presentes, já são bem conhecidos na literatura. Quanto mais fármacos estiverem associados, maior o risco de ocorrência desses efeitos, ficando de 58% quando o idoso ingere cinco medicamentos (CORREIA E TESTON, 2020). Um dos efeitos adversos seria tontura, queda de pressão, visão turva e hipoglicemia, que oferece um risco para a integridade do idoso, visto a maior chance de acarretar uma queda e a fratura de algum osso, por exemplo. Assim, com a discussão dessa temática, os idosos puderam ficar mais conscientes acerca da existência dos efeitos colaterais que o excesso de medicações podem ocasionar, ficando mais alertas quanto ao possível maior risco de quedas caso administrem quatro ou mais medicamentos.

Figura 3 do jogo da memória - Imagem de um telefone com o número do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Com essa figura foi possível frisar para os idosos o número que deve ser ligado caso ocorra um acidente doméstico relacionado à queda e se necessite de uma assistência médica imediata. O número indicado foi o 192 do SAMU, que deve ser discado caso ocorra algum incidente (BRASIL, 2016). Além disso, foi discutido sobre os cuidados imediatos que os idosos devem ter ao cair, como tentar não se mexer, para que, se houverem fraturas, o quadro não se agrave, como também a importância do aparelho celular estar sempre próximo ao idoso para situações de urgência.

Figura 4 do jogo da memória - Imagem de um sol

Um problema bastante comum na população idosa é a osteoporose, processo que enfraquece os ossos desses indivíduos e aumenta o risco de fratura do osso caso haja uma queda (SOARES E ANDRADE, 2019). Sabendo que o sol é importante para a manutenção dos níveis de vitamina D adequados, e que esse hormônio é fundamental para a saúde óssea do indivíduo, foi elucidado a necessidade da exposição diária aos raios solares, com a devida proteção aos raios ultravioletas (FÉLIZ; ANDRADE E ROSÁRIO, 2019). Além disso, também foi abordado sobre a importância da iluminação do ambiente doméstico para que se evite quedas em decorrência da falta de luminosidade.

Figura 5 do jogo da memória - Imagem de fontes alimentares ricas em cálcio

Assim como o intuito do estímulo ao banho de sol, o incentivo ao consumo diário de fontes alimentares ricas em cálcio visa o fortalecimento dos ossos no público idoso, uma vez que o cálcio já é amplamente conhecido como um mineral que atua diretamente na melhora da saúde óssea (KUREBAYASHI, 2018). As fontes alimentares de cálcio contidas na ilustração eram: leite, queijo, iogurte, vegetais verdes escuros.

Figura 6 do jogo da memória - Imagem de fontes alimentares ricas em proteína

A sarcopenia é uma condição bem característica do idoso e que ocorre comumente

visto a própria fisiologia do envelhecimento (YANAGA,2020). Ela se caracteriza pela perda progressiva de massa muscular esquelética, comprometendo a força e a capacidade funcional do idoso, aumentando o risco de quedas. Dentro desse contexto, as proteínas apresentam um papel estrutural importante para a construção e manutenção da musculatura esquelética, demonstrando a relevância de se abordar e estimular o consumo diário desse nutriente por parte dos idosos (CAVASIN, 2020). As fontes alimentares de proteína contidas na ilustração eram: frango, ovo, carne, peixe, leite e queijo.

3 | CONCLUSÃO

A percepção da atividade de educação em saúde desenvolvida para idosos de forma lúdica foi bastante positiva e benéfica, tanto para os profissionais envolvidos como para o público-alvo. Nesse contexto, os graduandos puderam compartilhar conhecimentos e desenvolver habilidades interpessoais e o público idoso pôde beneficiar-se da interação social propiciada e das novas informações adquiridas acerca da temática de quedas com a facilidade de compreensão pela simplicidade e dinamismo da explanação.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. J. et al. **Ação interdisciplinar de promoção à saúde no programa escola da família: relato de experiência de residentes do programa multidisciplinar em saúde da família.** Nursing (São Paulo), v. 22, n. 252, p. 2875–2877, 2019.

BEZERRA, H. M. DE C. et al. **Processo educativo do núcleo ampliado de saúde da família na atenção à hipertensão e diabetes.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, 15 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).** 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.** 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf Acesso em: 20 mar. 2022.

CAVASIN, M. DE C. T. **A massa muscular está positivamente associada com o número de refeições contendo 30 gramas de proteína em indivíduos que realizaram transplante renal.** repositório.ufu.br, 16 dez. 2020.

CORREIA, W.; TESTON, A. P. M. **Aspectos relacionados à polifarmácia em idosos: um estudo de revisão/Aspects related to polypharmacy in the elderly: a review study.** Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 11, p. 93454–93469, 1 dez. 2020.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. **Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais.** Ciência & Saúde Coletiva. v. 23, n. 11, p. 3829-3840, 2018.

GARCIA, S. M. et al. **Educação em saúde na prevenção de quedas em idosos.** Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 7, p. 48973–48981, 2020.

GOMES, L.; AMARAL, J. B. DO. **OS EFEITOS DA UTILIZAÇÃO DA MÚSICA PARA OS IDOSOS: REVISÃO SISTEMÁTICA.** Revista Enfermagem Contemporânea, v. 1, n. 1, 2012.

GUIMARÃES, L. DE A. et al. **Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 9, p. 3275–3282, 2019.

HOURY, D. et al. **The CDC Injury Center's Response to the Growing Public Health Problem of Falls Among Older Adults.** American Journal of Lifestyle Medicine, v. 10, n. 1, p. 74–77, 2015.

KUREBAYASHI, F. **Estudo Da Associação Entre Saúde Óssea E O Consumo De Proteínas E Cálcio De Idosos Longevos.** Unifesp.br, 2018.

MACEDO, G. G et al. **Fraturas do fêmur em idosos: um problema de saúde pública no Brasil.** Revista Eletrônica Acervo Científico. 2019.

MALTA, D. C. et al. **O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1799–1809, 2018.

NASCIMENTO, R. C. DA S. et al. **A importância do agente comunitário de saúde no envelhecimento ativo.** Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 5, p. 24757–24765, 2020.

OLIVEIRA, E. B. DE et al. **Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 8, n. 29, p. 264–273, 2013.

RIBEIRO, A. P. et al. **A influência das quedas na qualidade de vida de idosos.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, n. 4, p. 1265–1273, 2008.

FÉLIZ, D. A.; ANDRADE, R. P. DE; ROSÁRIO, K. D. DO. **Influência da vitamina D na saúde humana.** Revista de Iniciação Científica e Extensão, v. 2, n. 3, p. 163–166, 2019.

SAMU: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

SANTANA, A. S. R.; BARROS, L. M. **Atuação do fisioterapeuta do NASF-AB nas atividades de apoio matricial, promoção à saúde e articulação de rede – um relato de experiência.** Revista de APS, v. 24, n. 3, 2021.

SILVA, A. R. L. DA et al. **A contribuição das atividades lúdicas para melhoria na saúde do idoso / The contribution of play activities to improve the health of the elderly.** Brazilian Journal of Health Review, v. 3, n. 3, p. 4650–4665, 2020.

SOARES, G. F. C.; ANDRADE, E. G. DA S. **A osteoporose: um dos principais fatores responsável de fraturas em idosos e sua relevância.** Revista de Iniciação Científica e Extensão, v. 2, n. 1, p. 24–29, 2019.

SOUZA, J. B. DE et al. **A música como prática de promoção da saúde na adolescência.** Revista de Enfermagem da UFSM, v. 9, p. e11, 17 jul. 2019.

SOUZA, J. B. DE et al. **Promoção da saúde por meio da música em uma penitenciária feminina: relato de experiência.** Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 34, p. 1–8, 2021.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Prospects: The 2017 revision, key findings and advance tables.**ESA/P/WP/248. 2017.

YANAGA, M. C. **Sarcopenia em Idosos: Um estudo de revisão.** International Journal of Nutrology, v. 13, n. 03, p. 089–094, dez. 2020.

VAZ, A. M. et al. **Prevenção de quedas em idosos em uso de polifarmácia: uma abordagem educativa para idosos e equipes da estratégia saúde da família.** Brazilian Journal of Health Review, v. 3, n. 3, p. 5517–5524, 2020.

XIMENES, M. A. M. et al. **EFETIVIDADE DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS: REVISÃO SISTEMÁTICA.** Texto & Contexto - Enfermagem, v. 30, 30 ago. 2021.

CAPÍTULO 4

ATIVIDADES REALIZADAS EM UM CENTRO-DIA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS IDOSOS: UMA PESQUISA-AÇÃO

Data de aceite: 01/06/2022

Célia Maria Gomes Labegalini

Universidade Estadual do Paraná - UNESPAR
Paranavaí – PR
<https://orcid.org/0000-0001-9469-4872>
<http://lattes.cnpq.br/0026263831825992>

Roseli Brites da Costa Rizzi

Faculdade Santa Maria da Glória – SMG
Maringá – PR
<https://orcid.org/0000-0002-7381-2961>
<http://lattes.cnpq.br/5348764882574975>

Monica Fernandes Freiburger

Faculdade Santa Maria da Glória – SMG
Maringá – PR
<https://orcid.org/0000-0002-7381-2961>
<http://lattes.cnpq.br/5348764882574975>

Iara Sescon Nogueira

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá – PR
<https://orcid.org/0000-0001-5815-9493>
<http://lattes.cnpq.br/8164339764901005>

Heloá Costa Borim Christinelli

Universidade Estadual do Paraná - UNESPAR
Paranavaí – PR
<https://orcid.org/0000-0003-0772-4194>
<http://lattes.cnpq.br/7222741015173387>

Kely Paviani Stevanato

Universidade Estadual do Paraná - UNESPAR
Paranavaí – PR
<https://orcid.org/0000-0003-1872-8246>
<http://lattes.cnpq.br/3877090200945626>

Maria Luiza Costa Borim

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá – PR
<https://orcid.org/0000-0002-9523-4218>
<http://lattes.cnpq.br/3321299893198609>

Maria Antonia Ramos Costa

Universidade Estadual do Paraná - UNESPAR
Paranavaí – PR
<https://orcid.org/0000-0001-6906-5396>
<http://lattes.cnpq.br/8519325093149115>

Luiza Carla Mercúrio Labegalini

Centro Universitário de Maringá –
UNICESUMAR
Maringá – PR
<https://orcid.org/0000-0002-4624-9146>
<http://lattes.cnpq.br/6646433964499081>

Dandara Novakowski Spigolon

Universidade Estadual do Paraná - UNESPAR
Paranavaí – PR
<https://orcid.org/0000-0002-9615-4420>
<http://lattes.cnpq.br/1655443191957455>

Ana Carolina Simões Pereira

Universidade Estadual do Paraná - UNESPAR
Paranavaí – PR
<https://orcid.org/0000-0001-6075-665X>
<http://lattes.cnpq.br/8961460143905019>

Giovanna Brichi Pesce

Universidade Estadual do Paraná - UNESPAR
Paranavaí – PR
<https://orcid.org/0000-0003-1859-7987>
<http://lattes.cnpq.br/3641799218579072>

RESUMO: Introdução: O aumento da população idosa no Brasil é um fenômeno notório, deve-se a melhoria da qualidade de vida, aumento da expectativa de vida e diminuição das taxas de natalidade e mortalidade. Esse evento gera alterações sociais, econômicas e nas demandas aos serviços de saúde. Estes devem estar preparados para desenvolver ações voltadas para o envelhecimento ativo e qualidade de vida dos idosos, tais como os Centros-dias. **Objetivo:** descrever o processo de planejamento e realização de atividades educativas promotoras da saúde de idosos que frequentam um Centro-dia. **Metodologia:** Estudo qualitativo e descritivo, delineado por meio da abordagem da pesquisa-ação. Os participantes foram 25 idosos que frequentam um Centro-dia, localizado no município de Maringá-PR. Na fase de pesquisa, ocorreu entrevista e observação participante; na fase de ação, planejamento e execução das atividades educativas voltadas a promoção da saúde. A análise dos dados foi interpretativa e seguiram-se todos os preceitos éticos da resolução 466/2012 (parecer sob número 2.121.609/2017 - CAAE: 69290517.5.0000.5218). **Resultados:** As atividades desenvolvidas com os idosos foram capazes de promover benefícios físicos, psicológicos e sociais, resgatando recordações e emoções, além de promover hábitos saudáveis com a melhoria das habilidades cognitivas e motoras. **Considerações finais:** Percebe-se, então, a necessidade de formação de profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, voltados ao cuidado a esse público, corroborando para um convívio familiar, harmônico, bem como para um envelhecimento mais saudável.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Promoção da Saúde; Centro-Dia.

ACTIVITIES CARRIED OUT IN A CENTER-DAY FOR HEALTH PROMOTION OF THE ELDERLY: AN ACTION RESEARCH

ABSTRACT: Introduction: The increase in the elderly population in Brazil is a notorious phenomenon, due to the improvement of quality of life, increase in life expectancy and decrease in birth and mortality rates. This event generates social, economic and demands on health services. These must be prepared to develop actions aimed at active aging and quality of life for the elderly, such as Day Centers. Objective: to describe the process of planning and carrying out educational activities to promote the health of elderly people who attend a day center. Methodology: Qualitative and descriptive study, designed through the action research approach. The participants were 25 elderly people who attend a day center, located in the city of Maringá-PR. In the research phase, there was an interview and participant observation; in the action phase, planning and execution of educational activities aimed at health promotion. Data analysis was interpretative and all ethical precepts of resolution 466/2012 were followed (opinion number 2,121,609/2017 - CAAE: 69290517.5.0000.5218). Results: The activities developed with the elderly were able to promote physical, psychological and social benefits, rescuing memories and emotions, in addition to promoting healthy habits with the improvement of cognitive and motor skills. Final considerations: It is clear, then, the need to train health professionals, especially nurses, aimed at caring for this public, supporting a harmonious family life, as well as a healthier aging process.

KEYWORDS: Elderly; Health promotion; Day Center.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o aumento da população idosa no Brasil é um fenômeno notório, deve-se a melhoria da qualidade de vida, aumento da expectativa de vida e diminuição das taxas de natalidade e mortalidade. Em 2011, esse grupo populacional correspondia a 20,5 milhões de pessoas, o equivalente a 10,8% da população total. Projeções indicam que, em 2020, a população idosa brasileira será 30,9 milhões de pessoas, representado 14% da população total (KUCHEMANN, 2012).

O envelhecimento é um processo progressivo no qual ocorrem mudanças morfológicas, funcionais e bioquímicas, que alteram progressivamente o organismo do indivíduo (BRASIL, 2007; KUCHEMANN, 2012). Ao chegar à fase idosa, é provável que a pessoa tenha acumulado experiências que podem levar a um enriquecimento de conhecimentos sobre o modo de viver, embora se considere que não se obtém apenas ganhos e realizações, podem ser acompanhados de perdas e/ou limitações (BRASIL, 2007; PARANÁ, 2017).

As circunstâncias históricas e socioculturais, a presença de patologias, os fatores genéticos e ambientais são aspectos que, possivelmente, vão estabelecer a forma como o indivíduo idoso chegou a essa etapa da vida. Dessa forma, a vida pregressa influencia na capacidade funcional que a pessoa terá na vida idosa (BRASIL, 2007; ABREU; GOMES; MARTINS, 2018).

A capacidade funcional vem sendo vista como um novo paradigma de saúde para o idoso, e se refere a sua capacidade para realizar atividades instrumentais do seu cotidiano, garantindo autonomia e independência. A presença de doença e a dificuldade para seu manejo, a falta de autonomia, os fatores culturais e socioeconômicos e estilo de vida podem comprometer a capacidade funcional de um indivíduo, afetando o bem-estar e o processo de envelhecimento saudável (CAMARA et al., 2008).

A saúde ainda é o principal item que os idosos apontam como desvantagem da velhice, principalmente as doenças que implicam em limitações e prejuízos no dia-a-dia (ABREU; GOMES; MARTINS, 2018). A possibilidade de executar as atividades cotidianas sem necessitar de interferência ou ajuda de outras pessoas está relacionada com a percepção de qualidade de vida pelos idosos. Cabe destacar que possuir uma ou mais doenças não caracteriza o idoso como incapaz, o manejo adequado da mesma possibilita que o idoso, e qualquer outro indivíduo, tenha qualidade de vida, independência e autonomia (PARANÁ, 2017).

As questões emocionais também acometem os idosos, pois, em geral, durante o processo de envelhecimento as várias mudanças, frequentemente vivenciadas pelo idoso, como: a perda do cônjuge, as dificuldades financeiras, a falta de apoio familiar e social e a presença de morbidades podem contribuir para um desequilíbrio psicológico, com destaque para o desenvolvimento de depressão (BRASIL, 2007; PARANÁ, 2017).

Além destas alterações supracitadas, as mulheres possuem maior acometimento de doenças mentais, o que pode estar relacionado a fatores como alterações hormonais que ocorrem no climatério, o qual usualmente ocorre próximo a saída dos filhos de casa, a aposentadoria, o desgaste do relacionamento conjugal, além das transformações físicas femininas (BRASIL, 2007).

Diante das várias mudanças trazidas pelo envelhecer, cabe destacar o papel social do idoso, alterado pelo modelo capitalista, o qual contribui para que a velhice passasse a ocupar um lugar marginalizado na existência humana, fazendo com que o idoso, agora aposentado e improdutivo, perdesse seu valor social. Desse modo, não tendo mais a possibilidade de produção de riqueza, a velhice perde o seu valor simbólico (BRAGA; OLIVEIRA; GUEDES, 2015).

Cabe destacar que a concepção supracitada se refere ao nosso local e momento, em outras épocas ou culturas o idoso é visto de forma distinta. Em países orientais, mesmo com desenvolvimento econômico e forte influência capitalista, os idosos são valorizados e têm seu papel social preservado (BEAUVOIR, 1970).

Assim, velhice não pode ser vista como improdutividade e perdas, mas como um momento, dentre os demais do ciclo vital, que necessita de cuidados específicos e papéis sociais condizentes com as experiências de vida e capacidade funcional do idoso. Frente a isso, destaca-se a importância dos serviços de saúde estarem preparados para atender os idosos e suas especificidades, com foco na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2010).

Dentre os profissionais de saúde, enfatiza-se o papel do enfermeiro no cuidado ao idoso, suas ações pautam-se em levantar as necessidades do mesmo, por meio da anamnese, coleta de informações e exame físico, na consulta de enfermagem. A inserção dos familiares ou responsáveis é imprescindível para a elaboração do plano de cuidado do idoso, documento que norteará o trabalho dos profissionais envolvidos no cuidado (MARTINS, 2016).

O enfermeiro desenvolve suas atividades junto à pessoa idosa, por meio de um processo de cuidar integral, considerando as necessidades físicas e biológicas e os aspectos biopsicossociais e espirituais do idoso. Essa concepção de cuidar prevê a interação das multidimensões do viver da pessoa idosa para promover um viver saudável e ativo, pautado na capacidade e condição de saúde do idoso, visando seu contínuo desenvolvimento pessoal, e o estímulo a autonomia e a independência. Assim, o enfermeiro atua na parte gerencial, assistencial e educativa para promover e manter a saúde do idoso e de sua família (ABREU; GOMES; MARTINS, 2018).

Contudo, cabe destacar algumas fragilidades presentes na prática de cuidado de enfermagem, como a ausência de sistematização da assistência, dificuldade de realizações coletivas voltadas as reais necessidades de saúde dos idosos e pautar as ações no modelo biomédico, não atendendo às recomendações nacionais (VIANA; ANTONIASSI JÚNIOR,

2017)

Para suprir essa lacuna de cuidado, as atividades educativas demonstram-se como estratégias efetivas de cuidado integral, se pautadas nas necessidades dos idosos. As ações educativas no âmbito da saúde são regulamentadas pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), criada em 2013 (BRASIL, 2013).

A PNEPS almeja fortalecer e qualificar as práticas de saúde prestadas a população voltada a promoção da saúde. Essa promoção contribui para a construção de ações relacionadas às necessidades sociais em saúde, com enfoque nos aspectos determinantes do processo saúde-doença, direcionando a educação como nova forma de intervenção em saúde (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013).

Por fim, cabe destacar que o aumento do número de idosos e a mudança na dinâmica familiar faz com que seja necessário a criação de ambientes que promovam socialização e cuidado ao idoso, como o Centro-dia, local de desenvolvimento desse estudo. Esse espaço compõe uma rede formal de suporte que incorpora a família e a comunidade para o atendimento aos idosos. Os demais componentes da rede são: hospitais-dias, centros de convivência, cuidado domiciliar formal e apoio ao cuidador familiar, cada um desses serviços atende a necessidades diferenciadas. O Centro-dia tem atendimento a idosos saudáveis e ativos com vistas a promoção da saúde, manutenção da capacidade funcional e autonomia (SAPUCAIA, 2016; FREITAS, 2017).

O envelhecimento é um fenômeno com especial destaque no século XXI. No Brasil a transição demográfica é um evento real e progressivo. Este fato leva a mudanças na estrutura política, social, econômica e nos serviços de saúde.

O idoso, indivíduo com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento, apresenta debilidade natural dos sistemas do organismo, que somada a falta de promoção da saúde, pode trazer agravos tanto físicos quanto psicológicos.

Nesse sentido, a assistência de enfermagem pode ser um ponto fundamental no cuidado e tratamento do idoso e deve ser um diferencial para a diminuição dos agravos trazidos pelo envelhecimento. Ele deve ser olhado de maneira holística e isso envolve o meio em que vive, as pessoas que estão a sua volta e como se configura o cuidado e o acesso aos dispositivos de saúde e sociais. Enfatizando o papel promotor da saúde das ações educativas voltadas à atenção integral ao idoso, promovidas pela enfermagem com cunho dialógico e participativo.

Do ponto de vista pessoal, a escolha do idoso para ser foco desse estudo, se deve a essa faixa etária representar o futuro de nossa população. Fazendo-nos questionar sobre como será esse futuro com uma população idosa que não é assistida; em como nós, da enfermagem, podemos prestar os devidos cuidados ao idoso; como podemos ajudar o indivíduo e sua família a lidar com as dificuldades trazidas pelo envelhecimento, além do nosso potencial promotor da saúde, viabilizado especialmente nas práticas educativas.

Nesse sentido, o presente trabalho tem como intuito apresentar o planejamento de

ações educativas dialógicas promotoras da saúde e descrever a realização das mesmas, junto a idosos de um Centro-dia. Assim, buscou-se Descrever o processo de planejamento e realização de atividades educativas promotoras da saúde de idosos que frequentam um Centro-Dia. Assim, buscou-se descrever o processo de planejamento e realização de atividades educativas promotoras da saúde de idosos que frequentam um Centro-Dia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, delineado pela abordagem de pesquisa-ação. A pesquisa qualitativa é uma abordagem **de investigação científica que se foca no caráter subjetivo do objeto analisado**, estudando as suas particularidades e experiências individuais (PEREIRA; FILIPE, 2016).

O estudo descritivo é uma das classificações da pesquisa científica, cujo objetivo é descrever as características de uma população, de um fenômeno ou de alguma experiência do estudo (PEREIRA; FILIPE, 2016).

A pesquisa-ação é uma forma de investigação baseada em uma autorreflexão coletiva empreendida pelos participantes de um grupo social de maneira a melhorar a racionalidade e a justiça de suas próprias práticas sociais e educacionais, como também o seu entendimento dessas práticas e de situações onde essas práticas acontecem. A abordagem é de uma pesquisa-ação apenas quando ela é colaborativa e participativa, construída para e pelos envolvidos (THIOLLENT, 2011).

Dessa forma, no âmbito da saúde, a pesquisa-ação almeja proporcionar novas informações, gerar e produzir conhecimento, que possa promover a saúde das pessoas, pois ressalta não só o papel informador do conhecimento, mas, principalmente, para o cunho conscientizado e transformador da educação. (THIOLLENT, 2011).

Participaram do estudo os 25 idosos vinculados ao Centro-dia João Paulo XXIII, de Maringá-PR. O local de realização foi o Centro-dia Casa João Paulo XXIII, localizado em Maringá-PR. Intuição filantrópica vinculada à igreja católica. Oferece atendimento aos idosos no período matutino e vespertino, de segunda à sexta-feira, com refeições e diversas atividades, como: momentos de espiritualidade, artesanato, horticultura, atividades físicas e cognitivas.

A estrutura física é composta por: recepção, cozinha, dois dormitórios (um masculino e outro feminino), dois banheiros adaptados, salão social, sala de reunião, horta suspensa, jardim e Academia da Terceira Idade.

Como se trata de pesquisa-ação, didaticamente o estudo é dividido em duas fases: pesquisa e ação. Na fase de pesquisa, foi realizada observação participante, esta é uma técnica de investigação social em que o observador partilha, na medida em que as circunstâncias o permitam, as atividades, as ocasiões, os interesses e os afetos de um grupo de pessoas ou de uma comunidade (PEREIRA; FILIPE, 2016).

Em seguida, foram realizadas entrevistas individuais com os idosos durante as consultas de enfermagem. A entrevista individual é uma técnica de coleta de dados que se dá pela ação e efeito de entrevistar ou ser entrevistado, ou seja, trata-se de uma conversa entre duas pessoas com um fim determinado (PEREIRA; FILIPE, 2016).

As consultas possuíam um roteiro para caracterização dos idosos, condições de saúde e demandas educativas. Essa fase foi realizada em Junho de 2017.

Na fase de ação, foram elencadas as demandas educativas e organizada as atividades realizadas com vistas para a promoção da saúde dos idosos. Foram realizados seis encontros; destes, quatro foram voltados à promoção de habilidades e coordenação motora, e dois voltados ao desenvolvimento da capacidade cognitiva e socialização dos idosos.

Os encontros foram realizados no pátio da instituição, quinzenalmente, às quintas-feiras, no período vespertino, previamente agendados com a coordenação do Centro-dia. A duração variou de 30 minutos a 120 minutos (média de 75 minutos), em um total de 7 horas e 50 minutos de atividades educativas.

Os materiais e produtos para as atividades foram providenciados pelos pesquisadores, utilizando a estrutura física do Centro-dia e alguns materiais permanentes do mesmo.

Os dados foram analisados por análise interpretativa de Polit, Beck e Hungler (2011). Na pesquisa qualitativa, os dados são narrativas dos participantes e observações do pesquisador, esse material foi, então, digitado e organizado seguindo o objeto do estudo – desenvolver ações educativas promotoras da saúde pautadas na realidade e necessidade dos idosos.

Na análise interpretativa, busca-se identificar temas significantes e possíveis de reformulação, de explicitação ou de teorização, sobre a experiência ou o fenômeno em tela. A finalidade é descobrir dimensões e padrões importantes de relações, ou seja, extrair significados dos dados da pesquisa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Cabe destacar que este projeto integra uma pesquisa maior, intitulada: “Consulta gerontogeriatrica em um Centro-dia: qualificando a assistência de enfermagem ao idoso”. O estudo possui parecer favorável (Anexo 1) do Comitê de ética em Pesquisa do Centro Universitário José Campos Andrade (UNIANDRADE), sob número 2.121.609/2017 (CAAE: 69290517.5.0000.5218), e seguiu todos os preceitos éticos vigentes pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Este recorte versa somente sobre os aspectos educativos das atividades desenvolvidas junto ao Centro-dia. Os participantes assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), recebendo uma delas. A fim de preservar o sigilo e a confidencialidade dos idosos, os mesmos foram identificados com a letra “P”, de participante, seguida de números arábicos crescentes, de acordo com a ordem de transcrição.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O contato com os idosos e a instituição permitiu o planejamento e realização das atividades descritas no quadro 1.

Título da atividade	Objetivo	Duração	Materiais
Alongamento e saúde física	Promover a mobilidade e flexibilidade por meio de alongamento muscular.	30 minutos	Rádio, músicas e guia de alongamento.
Dia de histórias, de vida e de compartilhar	Estimular os idosos a compartilharem suas histórias de vida e sentimentos.	60 minutos	Bilhetes de papel com palavras referentes à vida.
Plantar e cultivar temperos e chás	Estimular os cuidados com plantas e o contato com terra. Desenvolver os sentidos e habilidades motoras.	120 minutos	Vasos de plástico, terra orgânica, casca de pinus, adubo e mudas de coentro, manjerição poejo, cebola verde, hortelã e couve.
Salada de frutas: autonomia e alimentação saudável	Desenvolver os sentidos e habilidade motora fina. Estimular a socialização. Proporcionar refeição rica em vitaminas, minerais e fibras.	90 minutos	Frutas, como: mamão, melão, melancia, maçã, nectarina, laranja, kiwi, uvas, manga e banana. Talheres e utensílios de cozinha.
Bingo: lazer e divertimento	Desenvolver o raciocínio lógico. Estimular a memorização, habilidade motora e interação social.	60 minutos	Prêmio, cartelas de bingo, canetas, bolas numeradas e globo.
Anjinhos de Natal: enfeitando o Centro dia.	Desenvolver coordenação motora. e criatividade e convívio social.	90 minutos	Papel sulfite, linha de nylon, tesouras, EVA com glitter e cola quente.

Quadro 1 – Organização das atividades realizadas com os idosos do Centro-dia.

Fonte: as autoras (2018).

O planejamento das atividades, organizadas no quadro 1, foram essenciais para realizar as ações de forma efetiva e atingir os objetivos propostos. A fim de atuar de modo integral no processo de envelhecimento, norteado pelo conceito de ampliado de saúde que o considera como bem estar biopsicossocial e espiritual (PARANÁ, 2017), almejando manter saúde e promover autonomia dos idosos. As atividades estão descritas a seguir:

1 PRIMEIRA ATIVIDADE: ALONGAMENTO E SAÚDE FÍSICA

O alongamento foi uma estratégia escolhida para melhorar mobilidade e flexibilidade dos idosos, pois acima dos 60 anos a amplitude dos movimentos é limitada (VICTOR et al., 2007). A atividade foi realizada na área de convivência do Centro-dia, contou com música de forró e eletrônica, para os idosos que não conseguiram realizar em pé os exercícios, os mesmos foram adaptados para serem feitos sentados.

Antes de iniciar o alongamento, foi explicado o objetivo da atividade e sua dinâmica, destacando a importância da respiração, pois na inspiração promove-se o relaxamento

muscular. Em seguida, realizou-se alongamento do pescoço, estimulando os idosos a flexionar o pescoço para frente e para trás, e para os lados direito e esquerdo lentamente e por cinco vezes em cada direção.

Realizou-se elevação dos braços e flexão do mesmo, com a mão para trás, na região lateral da cabeça, em seguida com o outro braço, segurando em região do cotovelo o pressionou para trás, alongando a musculatura do braço. A atividade foi realizado em ambos os braços por dez segundos em cada.

Os ombros foram alongados por meio de movimentos circulares para frente e depois, com giro invertido, para trás, repetindo por cinco vezes cada membro. O tronco foi trabalhado apoiando a palma da mão, virada para frente e com os dedos entrelaçados, pressionando-os para trás por 10 segundos. Os braços foram alongados, passando-os por cima da cabeça inclinado o tronco para o lado que está sendo puxado por 10 segundos. Para as pernas, o tronco foi inclinado para frente, mantendo, por 10 segundos, o equilíbrio na ponta dos pés.

O alongamento ajuda a atenuar os efeitos negativos relacionados ao envelhecimento, devido a associação de diversos benefícios, tais como: aumento da flexibilidade dos músculos, prevenção de lesões, auxílio no retardo da perda natural e progressiva muscular e de mobilidade (OLIVEIRA, 2015).

Os idosos que realizam atividades físicas com frequência obtêm diversos benefícios, tanto físicos, quanto psicológicos e sociais, dessa forma, faz-se de grande relevância para a promoção e manutenção da saúde e qualidade de vida desse grupo etário (VIANA; ANTONIASSI JUNIOR, 2017). Na saúde física, o idoso possui alívio de dores, melhora na mobilidade e no condicionamento físico, além da prevenção de doenças e agravos (OLIVEIRA, 2015; SÁ; CURY; RIBEIRO, 2016).

A prática de atividade física não é algo exclusivo da Educação Física, mas permeia o cuidado Inter profissional no âmbito da promoção da saúde (OLIVEIRA, 2015). Os profissionais de saúde, usualmente, realizam ações educativas de promoção da saúde relacionadas à atividade física para os idosos, e estas são principalmente caminhadas e alongamentos, visto que os profissionais, de modo geral, compreendem os benefícios das atividades físicas para esse público, o impacto dessas ações na saúde pública e a necessidade de permanente capacitação (SÁ; CURY; RIBEIRO, 2016).

2 SEGUNDA ATIVIDADE: DIA DE HISTÓRIAS DE VIDA E DE COMPARTILHAR

Atividades que promovem informações textuais das histórias de vida são relevantes aos idosos, pois a longevidade é fruto das condições de vida no passado e de perspectivas de viver bem no presente e no futuro (LOURENÇO; MASSI; LINA, 2014).

Por isso, elegeram-se a memória como ferramenta de trabalho com idosos, para estimulá-la e valorizar as histórias de vida de cada um. A atividade educativa realizada incitou lembranças e experiências dos idosos, ao longo de sua vida, a fim de promover o

resgate da história do indivíduo e de seu entorno.

A atividade iniciou com a explicação da mesma, e organização das pessoas em círculo, em seguida cada idoso sorteou um papel e nele continha uma palavra. As palavras utilizadas foram: amor, chuva, sol, família, roça, netos, carroça, filhos, casa, trabalho, música, dança, alegria, casamento, mar, viagem, trem, cachoeira, bolo e calor. A partir delas, o participante relatou algo de sua história relacionado à palavra sorteada.

Ao relatar a história, muitos idosos se emocionaram, algumas frases ditas foram:

“Chuva, é benção de Deus para nós e para as plantas, sem ela não conseguiríamos sobreviver”. (P1)

“Trabalho é importante para sustento do homem e hoje sou aposentado, porque trabalho desde cedo”. (P2)

“Família é a base de tudo, os amo, eles cuidam muito bem de mim”. (P3)

“Roça é aonde se produz tudo o que comemos”. (P4)

“Música é alegria que nós emociona, com letras bonitas que toca corações”. (P5)

“Bolo de chocolate é muito gostoso”. (P6)

“O mar é muito grande, mais ainda não conheço”. (P7)

“É muito bom poder viajar com família”. (P8)

“Trens antigamente nós levavam para lugares muito longe”. (P9)

Os relatos apresentam histórias e percepções dos idosos, por vezes relacionados ao passado e a sua construção social, familiar e cultural, permitir momentos de compartilhamento resgata as experiências, a história, a memória das pessoas, promovendo sua valorização, saúde mental e socialização.

As histórias de vida perpassam as relações familiares, e estas são vistas como dispositivos capazes de promover uma rede de segurança para o idoso, tecida no cuidado com os mais idosos, filhos, netos, bisnetos e vizinhos. A família é um sistema de unidade de valores culturais, em que se presumem relações pessoais e troca de afeição, conformando um ideal que todos almejam, como um porto seguro para as experiências de vida de seus membros (LOURENÇO; MASSI; LINA, 2014).

3 TERCEIRA ATIVIDADE: PLANTAR E CULTIVAR TEMPEROS E CHÁS

Foram realizados plantio de mudas, como: couve, cebola verde, manjerição, hortelã e coentro, para tal os idosos foram estimulados a falarem sobre sua aproximação com o cultivo e o cuidado das plantas, em seguida prepararam os vasos, compostos por: compostagem com substratos e fertilizantes, e realizaram o plantio das mudas escolhidas. Os idosos puderam levar para casa ou deixar o vaso no Centro-dia, de acordo com sua escolha.

Ao participarem do plantio, todos idosos lembraram o tempo que trabalhavam-no sítio, o contato com a terra, muitos estavam receosos a princípio, aos poucos interagiram.

“Voltei a minha infância, o tempo em que a gente brincava na terra” (P1)

“Eu adoro plantas e flores” (P2)

“É muito emocionante ver que você plantou, sair da sua mão, crescer” (P3)

O benefício de estimular os cuidados com plantas e o contato com a terra refere-se ao desenvolvimento dos sentidos, e influencia na saúde física e mental dos idosos. A horticultura é uma boa terapia ocupacional para eles, podendo ajudar na prevenção de algumas doenças como a depressão (CAVALCANTE; MANGUEIRA; FERREIRA, 2015).

A prática da jardinagem é bastante adequada para ser adotada em comunidades de idosos, uma vez que atua como restauradora da autoestima, e promove o sentido de comunidade. Assim, tal prática é entendida como tendo fins terapêuticos, também, implicitamente, um importante componente ocupacional. (KREITZER, 2013)

O planejamento das atividades, baseado na prática de cultivo de plantas assume um papel de atividade de lazer, com vantagens na melhoria e na manutenção da saúde dos idosos participantes. Gera benefícios ao nível físico, psicológico e social, ajudando os idosos a superar as vicissitudes associadas ao envelhecimento (LOURENÇO; MASSI; LIMA, 2012).

4 QUARTA ATIVIDADE: SALADA DE FRUTAS: AUTONOMIA E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Essa atividade foi proposta para os idosos, os mesmos foram acomodados sentados na mesa da área externa da instituição. Iniciou-se dialogando sobre os benefícios das frutas e suas preferências, cada idoso relatou seu conhecimento sobre frutas e seus hábitos de consumo no dia-a-dia.

No início da atividade, os idosos demonstraram certo estranhamento em prepararem, eles mesmos, o alimento, pois são ofertados prontos no Centro-dia, mostrando dependência e falta de autonomia, este fato inibiu a participação nas atividades a princípio, mas, após alguns idosos iniciarem o manuseio dos alimentos, os demais aderiram.

As frutas foram distribuídas entre os idosos conforme preferência e pela capacidade motora de manusear o alimento e a faca. As frutas utilizadas foram: mamão, melão, melancia, maçã, nectarina, laranja, kiwi, uva, manga e banana.

Foi solicitado e supervisionado a lavagem das mãos antes de iniciar o contato com os alimentos. Cada idoso recebeu um prato e uma faca para realizar o manuseio e corte. As frutas cortadas foram colocadas no mesmo recipiente para elaboração da salada de frutas. Durante a degustação, muitos idosos relataram que só conheciam frutas como banana e laranja, normalmente oferecidas no local, esboçando prazer e alegria ao experimentarem novos sabores.

Além de saborosa e refrescante, a salada de frutas é uma opção de refeição rica em vitaminas, minerais e fibras (SÃO PAULO, 2015). A nutrição é um aspecto importante na qualidade de vida e no envelhecimento, pois a alimentação saudável é necessária para

a saúde, influência no estilo da vida do indivíduo e fornece ao organismo condições de disponibilizar energia (CAVALCANTE; MANGUEIRA; FERREIRA, 2015).

As frutas protegem contra o envelhecimento precoce, possuem ação antioxidante, o que ajuda a combater os radicais livres responsáveis pelo envelhecimento precoce, além de melhorarem a saúde física e a nutrição, prevenindo doenças ou evitando agravos (ABREU; GOMES; MARTINS, 2018).

Além do ponto de vista nutricional, a atividade proposta ajudou a estimular a coordenação motora, pois os idosos prepararam os alimentos, atividade que não fazem cotidianamente, mas com capacidade para tal. Outras atividades domésticas que estimulam a coordenação motora, tais como: lavar louça, retirar lixo, varrer calçada, podem ser realizadas pelos idosos a fim de manter sua capacidade funcional (CAVALCANTE; MANGUEIRA; FERREIRA, 2015).

5 QUINTA ATIVIDADE: BINGO: LAZER E DIVERTIMENTO

A principal atividade de lazer solicitada pelos idosos e realizada por eles na instituição é o Bingo. Para realiza-la, cada um ganhou uma cartela, onde valia quatro cantos, horizontal, vertical, diagonal 'O' e 'B' e cartela cheia, números cantados de 1 a 75, alguns não tinham conhecimento de todos os números, sendo necessária ajuda das alunas ou do colega que estava ao lado, possibilitando a todos ganharem um prêmio de: beleza, higiene e cozinha, permanecendo atentos, competitivos e descontraídos.

O Bingo promove a percepção, atenção, orientação, memória, linguagem e raciocínio, auxiliando nos processos cognitivos básicos, que se caracterizam pelo procedimento de processamento e armazenamento de informações por meio da memória (CAVALCANTE; MANGUEIRA; FERREIRA, 2015).

Outras atividades que estimulam a memória são xadrez, dominó, caça palavras, e jogo da memória. Benefício desenvolver o raciocínio lógico, aprimorar sua rapidez de reação memorizar os números e aperfeiçoar sua aprendizagem, além disso, promover o lazer (CAVALCANTE; MANGUEIRA; FERREIRA, 2015).

6 SEXTA ATIVIDADE: ANJINHOS DE NATAL: ENFEITANDO O CENTRO-DIA

A última atividade do ano almejava estimular a atividade motora e enfeitar a instituição para o período natalino, além de proporcionar momentos recreativos, lembrando a alegria e nascimento de Jesus Cristo, característica religiosa marcante, pois o centro-dia é uma instituição católica.

Muitos quiseram fazer mais do que um, para levar para casa, e outros foram confeccionados para manter a instituição enfeitando-a. Alguns relatos dos idosos indicam os anjos como capazes como capazes de trazer paz, sendo nítido a alegria no rosto deles em poder enfeitar a instituição com algo que eles ajudaram a construir. Os anjinhos foram confeccionados com dobradura, folha de sulfite, cola quente, EVA, linha de nylon. Para realizar a atividade, os idosos utilizaram papel sulfite, EVA com glitter e cola quente, para

confecções de anjinhos.

Guedes et al (2011) fizeram um estudo com grupo de idosas praticantes de arte manual, e perceberam através dos relatos, que elas melhoraram a habilidade mental, a socialização e diminuíram o uso de remédios.

Para realizar satisfatoriamente as tarefas do cotidiano, é preciso destacar a importância da habilidade manual. A mão serve tanto como receptor de informações quanto executor de resposta. A habilidade manual interage juntamente com as funções cognitivas, formando um sistema complexo de movimentos integrados, que devem ser estimulados para sua manutenção no envelhecimento (LINDÔSO et al., 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo apresenta o delineamento de uma atividade educativa contextualizada às necessidades dos idosos, com estímulo à capacidade motora, física e à memória e socialização.

Para isso, foram realizadas atividades de alongamento, “contação” e compartilhamento de histórias, plantio, preparo de alimentos, bingo e artesanato. Nessas atividades, os idosos demonstram a importância da família, e do Centro-dia como espaço de lazer e socialização.

As ações educativas podem deixar os idosos mais dispostos, promover a afetividade, o humor e bem-estar, além de melhorar a condição da saúde física e a valorização e socialização entre os idosos.

Alguns idosos, no primeiro momento das atividades propostas, mostraram-se resistentes pelo fato de não estarem acostumados a receberem estímulos e realizarem atividades que garantam autonomia e independência, mas esse processo foi superado a medida que participaram das atividades.

Por fim, cabe destacar que o Centro-dia emerge como serviço de saúde necessário para atender ao aumento da população idosa e a mudança na dinâmica familiar, pois esse serviço promove a socialização e cuidado com o idoso. Além disso, faz-se necessário a formação de profissionais, especialmente enfermeiros, sensibilizados para o cuidado a esse público, corroborando para um convívio familiar, harmônico, bem como para um envelhecimento mais saudável.

Cabe destacar, que esse Centro-dia não possui enfermeiro, e que a presença desse profissional não é obrigatória, mas se faz necessária dada às condições dos idosos e a capacidade de cuidado deste profissional, que tem competência para melhorar e manter a independência e autonomia dos idosos.

REFERÊNCIAS

ABREU, B. M.; GOMES, A. P.; MARTINS, S. Envelhecimento Ativo: das diretrizes às ações para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. **Perspectivas em Políticas Públicas**, Belo Horizonte, v. 11, n. 21, p. 129-172, jan/jun 2018.

BEAUVOIR, S. **A velhice**: as relações com o mundo. v. 2. São Paulo (SP): Editora Difusão, 1970.

BRAGA, I.B.; OLIVEIRA, M.C.A.; GUEDES, F.D. A percepção do idoso sobre a saúde e qualidade de vida na terceira idade. **Id on Line: Revista Multidisciplinar e de Psicologia**. Fortaleza, v. 9, n. 26, supl esp., p. 211-222, abr. 2015. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/338>>. Acesso em: 19 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.

CAMARA, F.M.; GEREZ, A.G.; MIRANDA, M.L.J.; VELARDI, M. Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 249-262, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103005/101285>>. Acesso em: 19 jun. 2018.

CAVALCANTE, M.T.M.; MANGUEIRA, R.T.S.; FERREIRA, S.L. Atividades psicoestimulativas como forma de melhorar a qualidade de vida do idoso. **Anais do CIEH – Congresso Internacional de Envelhecimento Humano**, v.2, n.1, p.9. out. 2015. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD2_SA8_ID2884_27082015213709.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2018.

CUNHA, J.F.A. **Programa Anual de Horticultura Terapêutica para Idosos**. Dissertação [mestrado] em Agricultura Biológica. Escola Superior Agrária do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. 2012. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1175/1/Joaquim_Cunha_2100.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2018.

FREITAS, K.M. ILPIs: “gaiolas disfarçadas de proteção”. **Revista Portal de Divulgação**, v. 7, n.53, p.20-27, jul-set. 2017.

GUEDES, M.H.M. et al. Efeito da prática de trabalhos manuais sobre a autoimagem de idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.731-742, 2011.

HAUTSCH, W. M.; LENARDT, M.H.; CALDAS, C.P. “A longevidade segundo histórias de vida de idosos longevos”. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 68, n. 4, p. 697-704, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2670/267041639020/>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

KREITZER, M. J. **What Are Healing Gardens?**. 2013. Disponível em: <<http://www.takingcharge.csh.umn.edu/explore-healing-practices/healing-environment/what-are-healing-gardens>>. Acesso em: 12 maio 2017.

KUCHEMANN, B.A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Soc. estado**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 165-180, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2018.

LINDOSO, Z. C. L.; CAMMAROTA, M. P.; ARGIMON, I. I. L.; GOMES, I.; SCHWANKE, C. H. A.; Percepção subjetiva de memória e habilidade manual em idosos de uma oficina de inclusão digital. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.14, n.20, p.303-3017, 2011. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v14n2/v14n2a11.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2018.

LOURENÇO, R.C.; MASSI, G.; LIMA, R.R.L. Trabalho com a linguagem e envelhecimento: uma busca por ressignificações de histórias de vida. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 672-678, mar./maio, 2014.

OLIVEIRA, L. Sindicato dos Empregados de Cooperativas Médicas no Estado de São Paulo. Programa de Saúde e Bem estar para o Trabalhador. **Alongamento na Terceira Idade**. 2015. Disponível em: <<http://www.secmesp.org.br/sms/alongamento-na-terceira-idade.html>>. Acesso em: 19 jun. 2018

OLIVEIRA, B.N. Estratégia Saúde da Família, saúde do idoso e educação física: o estado da questão. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 129-139, 2015. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/remef/article/view/5712/6650>>. Acesso em 20 dez. 2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia da saúde do idoso**. Curitiba (PR): SESA; 2017.

PEREIRA, J. M. **Manual de Metodologia da Pesquisa Científica**. 4 ed. São Paulo (SP): Atlas, 2016.

PEREIRA, M.M.; FILIPE, E.M.V. Qualidade de vida e nutrição em idosos participantes de centros de convivência. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v.40, n.1, p.156-168, 2016 Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-859627>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.

SÁ, P. H. V. O.; CURY, G. C.; RIBEIRO, L. C. C. Atividade física de idosos e a promoção da saúde nas unidades básicas. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.545-558, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000200545&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2017.

SÃO PAULO. Secretaria de Educação. Governo de São Paulo. **Nutrinformativo**. 1 ed. 2015. Disponível em: <<http://www.educacao.sp.gov.br/cise/wp-content/uploads/2015/01/Nutrinformativo-Janeiro-e-Fevereiro2015.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2018.

SAPUCAIA, L. M. **O papel do enfermeiro no Centro-dia do idoso**. 2016. Disponível em: <<http://www.angels4u.com.br/2016/08/o-papel-do-enfermeiro-no-centro-dia-do-idoso/>>. Acesso em: 19 jun. 2018.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18 ed. São Paulo: Cortez;2011.

VIANA, A.; ANTONIASSI JUNIOR, G. Qualidade de vida em idosos praticantes de atividades físicas. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 3, n. 1, p. 87-98, 2017. Disponível em: <<http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/92/76>>. Acesso em: 20 dez 2017.

VICTOR, J.F.; VASCONCELOS, F.F.; ARAÚJO, A.R.; XIMENES, L.B.; ARAÚJO, T.L. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 724-730, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 dez 2017.

CAPÍTULO 5

CONTRIBUIÇÕES DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA FORMAÇÃO E APOIO AO CUIDADOR DE PESSOA IDOSA

Data de aceite: 01/06/2022

Marcia Liliane Barboza Kurz

Assistente Social. Consultora. Servidora Pública Municipal
<http://lattes.cnpq.br/7539862787256171>

Ana Paula Roethig do Nascimento

Enfermeira. Servidora Publica Municipal
<http://lattes.cnpq.br/7218035383031309>

RESUMO: O presente artigo versa sobre a experiência prática na realização de curso para cuidador de pessoa idosa e a participação no grupo de apoio ao cuidador, enquanto espaço para fortalecimento e orientação aos cuidadores, domiciliares ou institucional, que realizam o cuidado a idosos dependentes ou independentes. Este artigo aborda reflexões e experiências promovidas em um Grupo de Apoio ao Cuidador de Pessoa Idosa, em um município de pequeno porte I, que realiza o grupo desde o ano de 2003, enquanto apoio formal aos cuidadores de idosos o Grupo de Apoio aos Cuidadores de Pessoa Idosa do município, coordenado por assistente social e enfermeira, parceria da Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Assistência Social. Considerando que o cuidador é o sujeito que assume os cuidados do idoso no contexto familiar, representando o elo paciente/família e equipe interprofissional, seja contratado para tal - cuidador formal ou membro da própria família - cuidador informal, que desempenham a atividade de cuidar de quem envelhece e que, de alguma forma perderam sua capacidade

funcional. Destaca a importância dos cursos de formação de cuidadores de pessoa idosa, de forma interdisciplinar, agregando conhecimento de várias áreas do saber na qualificação e planejamento de intervenções de cuidado e promoção à saúde, na qual participam com suas especificidades e experiências, contribuindo para a qualidade dos serviços prestados.

PALAVRAS-CHAVE: Interdisciplinaridade. Cuidador de Pessoa Idosa. Grupo de Apoio ao Cuidador.

CONTRIBUTIONS OF INTERDISCIPLINARY WORK IN TRAINING AND SUPPORT FOR ELDERLY CAREGIVERS

ABSTRACT: This article is about the practical experience in carrying out a course for caregivers of elderly people and participation in the caregiver support group, as a space for strengthening and guiding caregivers, home or institutional, who provide care to dependent or independent elderly. This article discusses reflections and experiences promoted in a Support Group for Elderly Caregivers, in a small town I, which has held the group since 2003, as formal support for elderly caregivers, the Support Group for Elderly Caregivers. Elderly Person of the municipality, coordinated by a social worker and a nurse, in partnership with the Municipal Health Department and the Municipal Social Assistance Department. Considering that the caregiver is the subject who takes care of the elderly in the family context, representing the patient/family link and the interprofessional team, whether hired for such - formal caregiver or family member - informal

caregiver, who perform the activity of caring for who age and who have somehow lost their functional capacity. It highlights the importance of training courses for caregivers of elderly people, in an interdisciplinary way, adding knowledge from various areas of knowledge in the qualification and planning of care interventions and health promotion, in which they participate with their specificities and experiences, contributing to quality of the services provided.

KEYWORDS: Interdisciplinarity. Elderly Caregiver. Caregiver Support Group.

INTRODUÇÃO

Diante do aumento da população idosa, surge a demanda por cuidadores de pessoa idosa, uma possibilidade de atuação profissional que exige pessoas qualificadas e preparadas sobre o processo de envelhecimento.

Este artigo aborda reflexões e experiências promovidas em um Grupo de Apoio ao Cuidador de Pessoa Idosa, em um município de pequeno porte I, que realiza o grupo desde o ano de 2003, enquanto apoio formal aos cuidadores de idosos o Grupo de Apoio aos Cuidadores de Idosos do município, coordenado por assistente social e enfermeira, parceria da Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Assistência Social.

O grupo reúne-se mensalmente, na primeira terça-feira do mês pela parte da tarde, onde conforme solicitação e interesse do grupo convidam-se profissionais das diversas áreas do saber para realizar uma palestra educativa e esclarecer dúvidas dos participantes. O grupo vem de encontro às atividades de visita domiciliar realizadas pelas técnicas de enfermagem da Unidade de Saúde e ACS.

Diante do contexto de cuidado é possível estabelecer políticas públicas e serviços de orientação e apoio institucional, emocional e material aos cuidadores que tem a possibilidade de exercer o cuidado, no âmbito domiciliar e comunitário, garantindo sua inclusão social e amenizando a sobrecarga atribuída ao cuidar, principalmente quando a pessoa idosa for acamada e dependente.

Considerando o aumento pela procura por cuidadores de idosos, realiza-se cursos de formação, com equipe interdisciplinar, com experiência e estudos na área da saúde da pessoa idosa, geriatria e gerontologia social.

O trabalho realizado por equipe de forma interdisciplinar, permite conhecer o que cada área oferece para evoluir metodologicamente na oferta dos serviços, diante de problemas complexos, como o processo de envelhecimento humano, implica trocas teóricas e metodológicas, integrando conhecimentos, considerando os impactos que interferem no processo saúde/doença da pessoa idosa.

Cuidando de quem cuida: grupo de apoio ao cuidador de pessoa idosa

O cuidador é o sujeito que assume os cuidados do idoso no contexto familiar, representando o elo paciente/família e equipe interprofissional. Distingue-se cuidados formais e informais na atenção às pessoas que envelhecem e que, de alguma forma, perderam sua capacidade funcional.

Os sistemas formais de cuidados são integrados por profissionais e instituições que realizam este atendimento sob a forma de prestação de serviço. Dessa forma, os cuidados são prestados por agências ou pessoas contratadas para tal, podendo ou não ser um profissional, especialmente da área da saúde, ou exercidas pelo sistema público de saúde a qual o idoso está inserido.

Os sistemas informais são constituídos por pessoas com algum grau de parentesco com a pessoa idosa, amigos próximos e vizinhos, frequentemente mulheres, geralmente residindo na mesma casa, sem formação específica, que exercem tarefa de apoio e cuidados voluntários para suprir a incapacidade funcional do idoso. Funciona como princípios de solidariedade e de reciprocidade entre as gerações, pessoas as quais ele não compartilhou uma relação de dependência em outro momento da vida (NÉRI, 2002).

As redes sociais de apoio têm por funções centrais, dar e receber ajuda material, emocional e instrumental, serviços e informações, garantindo as pessoas o cuidado necessário, com sentimento de pertença a uma rede de relações comuns, guiando e auxiliando no encontro de alternativas para as expectativas pessoais, valorizando suas competências e realizações, atendendo ao ser humano, “caracterizada por normas de conduta, valores e expectativas” (NÉRI, 2002, p. 12).

As redes de apoio informal, constituída por amigos, vizinhos e demais familiares, baseada nos princípios de solidariedade e de reciprocidade entre as gerações, atuando de forma voluntária. A rede de apoio formal, seriam os profissionais, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fonoaudiólogas, fisioterapeutas, geriatras, gerontólogos enfim, uma equipe interdisciplinar que se reúne e discute as situações e as necessidade do idoso, trazida pelos cuidadores, Agentes Comunitários de Saúde ou encaminhada por algum profissional. Conta-se também com o Grupo de Apoio aos Cuidadores, enquanto suporte social.

A ajuda real ou percebida que o indivíduo obtém nos relacionamentos familiares ou em grupos de iguais contribui significativamente para a prevenção e o tratamento de problemas emocionais e físicos relacionados ao cuidar. Os cuidadores que se encontram em ambientes carentes de apoio social informal e formal tendem a desenvolver mais problemas de saúde física e psíquica, em comparação com aqueles que se sentem queridos, respeitados e apoiados. A retroalimentação (feedback) é fundamental para o cuidador perceber o apoio e seguir com as suas atividades cotidianas (NERI & CARVALHO, 2002, p.788).

O processo de cuidar tem efeitos na vida pessoal do cuidador, atingindo o idoso, os demais familiares e instituições sociais, sendo necessário dividir com esta rede formal e informal, o ônus de ser cuidador.

Na ausência de apoios informais e formais, o cuidador sofre porque fica mais exposto a doenças, à depressão, a estados emocionais negativos e à desorganização de sua vida. Sofre a família, por causa das restrições materiais e sociais e por causa de

conflitos. Sofre o idoso, que fica mais sujeito a cuidados inadequados e insuficientes e, no limite, a abandono e maus-tratos. (NERI, 2002, p. 37)

Nesse sentido, pensando em um espaço de socialização de experiências, de aprendizado e formação, o município realiza o Grupo de Apoio ao Cuidador, em que fazem parte cuidadoras e cuidadores de pessoa idosa e/ou portadora de alguma deficiência, que realizam o cadastro na unidade de saúde para receber fraldas descartáveis, logo são convidadas a participar do grupo, que é aberto e apresenta rotatividade de usuários.

Como exemplos de assuntos abordados no grupo citam-se: Odontóloga: “Saúde Bucal do Idoso”; Fisioterapeuta: “Cuidados com a postura do cuidador” e “Cuidados com o idoso acamado”, Fonoaudióloga: “Audição e fala do idoso”, Médico: “Doença de Alzheimer e Mal de Parkinson”, Assistente Social: “Direito do Idoso e Prevenção da Violência Doméstica”, enfim o que for de interesse de todos. Algumas vezes realiza-se visita domiciliar com o profissional para atender o idoso, conforme solicitação do cuidador.

O olhar para a família, suas relações interpessoais, reconhecendo as principais demandas familiares sobre o adoecimento de seu familiar, a falta de conhecimento sobre a doença, o luto antecipado, a sobrecarga do papel do cuidador, desajustamento familiar perante a situação, muitas vezes necessita de um profissional, o gerontólogo social, para conduzir uma conversa, uma reunião familiar para se reorganizarem, considerando também as suas demandas pessoais, familiares e de trabalho.

Com o atendimento à família na residência, a equipe busca conhecer e compreender a demanda desta, sua dinâmica e estrutura, incentivam a narrativa da doença, realizando a psicoeducação e esclarecimentos sobre a mesma, contando com o apoio de outros profissionais, oferecendo sugestões e informações que promovam a melhoria da qualidade de vida familiar, de maneira que está vislumbre possibilidades e se reorganize encontrando soluções para enfrentar a adversidade.

As diretrizes operacionais do PSF ressaltam a apreensão da família inserida em seu meio sociocultural como núcleo básico de assistência, sendo fundamental a apreensão da multicausalidade dos agravos à saúde de ordem social, física e mental. Assim, quando a equipe de saúde da família se depara com uma queixa no contexto familiar, a escuta e o olhar se ampliam para além do enfoque individual e focalizam a família (SILVA, 2007, p.402).

A fim de tornar a convivência familiar possível, é imprescindível abordar a família como um todo, para além do quadro clínico do idoso, mas identificar e cuidar do sofrimento familiar, das queixas, dúvidas e assim possibilitar que o idoso continue vivendo junto dos seus familiares ao longo dos anos, interagindo com as famílias a organização de seus dias e de suas vidas para com a realidade do idoso, incentiva-se a adaptação das residências para facilitar a locomoção do idoso, evitando quedas e dependência dos demais.

Refere-se neste sentido a importância dos profissionais trabalhar interdisciplinarmente, cada um na sua área específica, contribuindo para o atendimento ao idoso e a família, no

caso de adaptação da residência, contar com o auxílio de um arquiteto ou engenheiro seria indispensável.

Nesse sentido, considera-se que a

interdisciplinaridade se deixa pensar, não apenas na sua faceta cognitiva - sensibilidade à complexidade, capacidade para procurar mecanismos comuns, atenção a estruturas profundas que possam articular o que aparentemente não é articulável - mas também em termos de atitude - curiosidade, abertura de espírito, gosto pela colaboração, pela cooperação, pelo trabalho em comum. Sem interesse real por aquilo que o outro tem para dizer não se faz interdisciplinaridade (POMBO, 2005, p.11)

Nessa perspectiva, tanto nos atendimentos individuais, como grupais ou em cursos, a equipe reúne-se para discutir casos, formatar as palestras, atividades a serem realizadas, avaliando constantemente as abordagens, vindo de encontro com as realidades apresentadas.

Só há interdisciplinaridade se somos capazes de partilhar o nosso pequeno domínio do saber, se temos a coragem necessária para abandonar o conforto da nossa linguagem técnica e para nos aventurarmos num domínio que é de todos e de que ninguém é proprietário exclusivo. Não se trata de defender que, com a interdisciplinaridade, se alcançaria uma forma de anular o poder que todo saber implica (o que equivaleria a cair na utopia beata do sábio sem poder), mas de acreditar na possibilidade de partilhar o poder que se tem, ou melhor, de desejar partilhá-lo. Como? Desocultando o saber que lhe corresponde, explicitando-o, tornando-o discursivo, discutindo-o. (POMBO, 2005, p.11)

Ressalta-se da importância de programas municipais de atendimento a quem se dedica a cuidar de um idoso, debilitado ou não, familiar ou não, enquanto rede de apoio, suporte, levando informações, atendimentos e momentos de descontração ao cuidador, que muitas vezes se vê sozinho na sua tarefa. De forma interdisciplinar, sem fragmentar os sujeitos, mas trabalhando com o idoso e com seu cuidador de maneira integral, pois um vive em função do outro, com laços afetivos que os une, seja de dependência, seja de amor.

O Estatuto do Idoso (2003) em seu artigo 3º:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

As famílias “não são meros expectadores ou vítimas, mas autores e participantes da construção de sua própria realidade” (NEDER, 2002, p.45), temos que diagnosticar e identificar a heterogeneidade das situações e transformações vividas pela família, sendo nesse sentido faz-se necessário a formação continuada, tanto dos profissionais envolvidos como dos cuidadores, pois as situações diferem, as demandas são diversificadas,

reconfigurando a forma de agir, das intervenções dos profissionais, incorporando novos conhecimentos, incorporando uma prática pautada na promoção da saúde, da pessoa idosa e do cuidador.

Em relação a assistência domiciliar no contexto do programa Estratégia Saúde da Família - ESF, Muniz et al, nos trazem que:

Entendemos que a ação do cuidado domiciliar está alavancada ao propósito de ampliação da integralidade na atenção à saúde. Portanto, faz parte dessa proposta incluir as expectativas do usuário com o objetivo de assisti-lo para que possa potencializar sua autonomia. O cuidado domiciliar envolve compreender que a família, a vida doméstica e a comunitária não são isoladas, mas inseridas na dinâmica política e econômica da sociedade como um todo.

A atenção integral à família é uma abordagem que valoriza os sujeitos e o ambiente em que vivem, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença (2014, p.87)

Constata-se que o cuidado domiciliar, é uma vivência única experienciada pelas famílias no contexto familiar, sendo rica em significados, de alta complexidade, passando por mudanças e reajustes, e requer pesquisas e estudos que possibilitam a compreensão de tal realidade, a fim de subsidiar intervenções que garanta a proteção do núcleo familiar, considerando suas singularidades.

O cuidado dispensado pelos familiares muitas vezes não é o mais recomendado tecnicamente, porém, muito acrescenta à recuperação desse familiar que necessita de cuidado, o vínculo afetivo, o conhecimento que o familiar tem do seu doente e sua história de vida. Além disso, historicamente a família é a primeira cuidadora, sendo inadequado excluí-la desta função (MUNIZ et al, 2014, p.90).

O cuidado construído junto com a família, com o cuidador, numa relação estabelecida pela equipe, composta por diversos profissionais, que considerando a necessidade da pessoa a ser cuidada, demanda orientações, supervisões, visitas domiciliares, acompanhamento e intervenções que visem a qualidade de vida do sujeito, mesmo que paliativo, mas interdisciplinarmente produzir a metodologia de cuidado.

Desta forma,

A estrutura familiar é fundamental na vida de qualquer pessoa. Aliás, as relações familiares são as que o idoso deveria vivenciar com mais assiduidade e intensidade, não somente para garantir sua permanência, atenção e cuidados, mas também para manter as relações pessoais satisfatórias (RITT, 2008, p. 128).

Busca-se através da orientação, acompanhamento do cuidador, evitar que este adoença, sinta-se sozinho, sobrecarregado, gerando a “Síndrome do Burnout” do cuidador, o que pode comprometer o cuidado a ser prestado, falta de envolvimento deste no trabalho, além de comprometer sua saúde física, emocional e psicológica.

Curso para Cuidador de Pessoa Idosa: abordagem interdisciplinar

Diante do aumento da longevidade da população, existe um grande número de pessoas que necessitam de algum cuidado ou auxílio, surgindo assim a função cuidador de pessoa idosa, atividade laboral que está em fase de regulamentação, de reconhecimento enquanto profissão, necessitando de uma qualificação para prestar o cuidado tanto ao idoso, criança, pessoa com deficiência ou doença rara, em residências, comunidades, instituições, clínicas, sendo contratado para tal ou de forma autônoma.

A realização de cursos e formações para cuidador de pessoa idosa considera as bases legais associadas ao exercício profissional, ou seja, a Lei nº 10.741/2003 - Estatuto do Idoso, a Lei nº 8.842/1994 que dispõe sobre a política nacional do idoso, regulamentada pelo Decreto nº 1.948/1996 e o Decreto nº 6.800/2009; Portaria Interministerial MS/MPAS nº 5.153/1999 que institui o programa nacional de cuidados de idosos; Portaria SEAS/MPAS nº 73/2001 sobre as normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil; Portaria MS nº 2.528/2006 que aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa e a Portaria MS nº 3.189/2009 que dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS).

Neste ano de 2021 a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, adotou a Resolução RDC Nº 502 de 27 de Maio de 2021 que dispõe sobre o funcionamento de Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial, definindo grau de dependência do idoso e recursos humanos para o atendimento, incluindo cuidadores.

Enfatiza em seu Art. 18 – A instituição deve realizar atividades de educação permanente na área da gerontologia, com objetivo de aprimorar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na prestação de serviços aos idosos.

A realização de cursos para Cuidadores de Idosos surgiu da necessidade de qualificar recursos humanos para o trabalho de ser cuidador, considerando não ser uma atividade fácil, surge a necessidade destes estarem preparados e ter um entendimento sobre o processo de envelhecimento humano, as doenças, demências e práticas de intervenção.

Nesse sentido, partindo do princípio do Cuidado Centrado na Pessoa, organizou-se os cursos, realizado em várias cidades da região. Tal método de cuidado pauta-se em ouvir a pessoa a ser cuidada, respeitando e ouvindo sua história, seus gostos, hábitos, preservando a autonomia e independência.

Promover uma formação para cuidadoras e cuidadores pautado neste princípio, é ter o olhar sensível para o idoso, que está mudando seu contexto, sua rotina, seus hábitos devido a uma doença ou por mudança de domicílio, para uma instituição ou para residência de algum familiar, muitas vezes se adaptando a rotina de convivência com outra pessoa, até então estranha para ele.

Sendo assim, organiza-se o curso tendo como temáticas: processo de envelhecimento humano, legislação e políticas sociais para o idoso, geriatria e gerontologia, violência

doméstica contra o idoso, quem é cuidador de idosos, habilidades e competências, saúde mental do cuidador e rede de apoio, postura e perfil do trabalhador, formas de contratação, relacionamento com a família e finitude. Tais temáticas são abordadas por assistente social gerontóloga.

Na área da enfermagem, aborda-se sobre as principais doenças que acomete os idosos e noções de cuidados de enfermagem, cuidado com sondas, síndromes, transtornos, alimentação, cuidados de higiene, saúde bucal, primeiros socorros, medicamento, vias de administração de medicamentos, exames médicos e laboratoriais e cuidados diários para com a pessoa cuidada, seja ela idosa ou portadora de alguma deficiência que necessite de cuidados.

Conta com a participação de fisioterapeutas abordando autonomia, mudanças de decúbito e posição do acamado, mobilidade e prevenção de quedas. A psicóloga aborda questões referentes à saúde mental do cuidador e da pessoa idosa, comunicação com o idoso e entendimento sobre agitação, agressividade.

O curso realiza aulas teóricas, aulas práticas na ILPI conveniada ou parceira, a fim de praticarem e conhecerem a realidade do trabalho, na modalidade de estágio supervisionado e atividades complementares.

Segue alguns relatos recebido de alunas que participaram dos cursos:

“Foi muito bom participar desse curso eu aprendi muito, eu achava que eu já sabia tudo sobre cuidados com idosos e eu não sabia nem a metade, o curso acrescentou muito na minha vida profissional e na minha vida particular, o que aprendi no curso serve para minha vida pessoal e da minha família” (Cuidadora I, 42 anos).

“É muito gratificante ser cuidadora já faz 7 anos que eu estou trabalhando na casa de um casal de idosos. Fiz duas vezes o curso de cuidadora e sempre tem algo novo a aprender, gosto muito do que faço, temos muito a aprender com os velhinhos” (Cuidadora II, 53 anos).

“Eu posso afirmar que para mim que já era cuidadora o curso foi fundamental porque tinha muitas coisas que eu não sabia como proceder e agora com o que eu aprendi foi ótimo para concluir meu trabalho sem o curso eu estaria ainda sem ter os conhecimentos que adquiri no curso” (Cuidadora III, 48 anos).

“Para mim o curso de cuidadora de idosos somou muito pois aprendi a ver melhor as necessidades dos idosos que cuido, saber como lidar com cada um e com suas comorbidades, compreender melhor o que faz um cuidador e quais seus direitos e deveres, o curso nos ajuda a saber um pouquinho mais sobre tudo que precisamos para ser bons cuidadores enfim, para mim foi importante aprendi bastante e posso dizer que mudou minha vida, me ajudou muito para conseguir bons trabalhos, hoje é minha profissão e busco aprender cada vez mais” (Cuidadora IV, 32 anos).

As cuidadoras e cuidadores que realizam o curso, mantém a participação em grupo de Whatsapp afim de divulgação de trabalho, procura por cuidadores, compartilhamento de informações, cursos e eventos na área, visando a constante formação e qualificação, bem

como sendo um apoio e suporte para as cuidadoras.

Diante da situação trazida pela pandemia da Covid-19, do distanciamento e isolamento social, realizou-se cursos online, a fim de continuar com a formação das cuidadoras. Realizou-se uma live, com Terapeuta Ocupacional aberta todas as cuidadoras interessadas, através da plataforma Google Meet, com o objetivo de orientar as cuidadoras/cuidadores sobre a importância do autocuidado, seja com sua saúde física, mental, espiritual e social, evitando o stress e a sobrecarga do cuidador.

A realização da live promoveu uma conversa com cuidadoras e cuidador de pessoas idosas, onde explanaram suas dificuldades, bem como despertaram para a importância de cuidar de sua saúde física, mental, psicológica e social, a fim de garantir qualidade nos serviços prestados, bem como qualidade de vida para si. Percebe-se da relevância em realizar programas de atendimento ao cuidador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fomentar a participação no Grupo de Apoio ao Cuidador, busca-se realizar um trabalho de prevenção, ou seja, prevenir e cuidar da saúde mental e física do cuidador principal, evitando o estresse e Burnout, informando sobre questões de cuidado e saúde, qualificando e preparando o cuidador, evitando problemas de saúde, situações de negligência e violência doméstica para com o paciente.

Realiza-se encaminhamentos diversos, seja na área da saúde como na assistência social, por exemplo, benefícios como o BPC-LOAS, Carteira de Passe Livre ao Portador de Deficiência, realização de visita domiciliar a fim orientar sobre a adaptação do ambiente doméstico, evitando quedas e acidentes domésticos, fortalecimento da rede de apoio familiar ao cuidador principal, para que este tenha momentos para si, para se autocuidar, participar de algum evento ou do grupo.

Parte-se do pressuposto que a família é a base, o elemento essencial de atenção e cuidado de seus membros, onde as relações familiares são aquelas que garantem e promovem o bem estar, cuidado e proteção, garantindo a convivência familiar e comunitária do idoso. Ao orientar, auxiliar e promover o cuidado ao idoso, visa mantê-lo no seu ambiente familiar, evitando a institucionalização do idoso, fato que em algumas situações acaba ocorrendo.

Considera-se que a Constituição Federal de 1988 trouxe em seu artigo 230, Capítulo VII, que é dever da família, da sociedade e do Estado de amparar as pessoas idosas, assegurando-lhes participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. (BRASIL, 1988).

Destaca-se que Constituição Federal de 1988 impôs à sociedade como um todo o dever de garantir e promover a proteção das pessoas idosas quando, no artigo 229, faz referência aos deveres dos pais e dos filhos, trazendo uma solidariedade mútua. Mais

precisamente, este artigo refere-se ao dever que os pais têm de assistir, criar e educar seus filhos menores, e o dever que os filhos maiores têm de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade (BRASIL, 1988).

Em relação ao dever da sociedade, deve-se ao fato de reconhecer a contribuição prestada por estas pessoas à construção da comunidade, da sociedade em que vivemos, sendo assim intolerável qualquer abuso, violência, negligência que venham a sofrer neste meio social.

A família deve prover-lhe o bem estar, a subsistência, lutar por sua dignidade, protegendo de qualquer forma de violência e não abandoná-lo, devendo ser o primeiro núcleo social a ampará-lo. O Estatuto do Idoso prioriza o atendimento ao idoso no seio familiar em detrimento ao cuidado em asilos, exceto aos que não possuem família ou que careçam de condições para sua própria manutenção.

Nesse sentido, fomentar políticas públicas interdisciplinares de qualificação, orientação e acompanhamento dos cuidadores, sejam formais ou informais, permitirá a atenção à saúde e qualidade de vida do sujeito que envelhece, permanecendo em sua residência, sua família, inserido no seu contexto.

A principal característica da família é a de que é um espaço primário, onde tudo possui origem. É uma instituição decisiva para a construção e identificação dos sujeitos, constituída de vários membros, que sempre ocupam e desempenham diferentes papéis, entre estas pessoas se estabelecerem relações recíprocas de direitos e deveres: de pais para filhos, como também de filhos para pais (RITT, 2008, p. 127).

Nessa ótica, a Política Nacional de Assistência Social define três seguranças a serem garantidas pelas proteções sociais básica e especial: a segurança de sobrevivência, que abrange as seguranças de rendimento e de autonomia; a segurança de acolhida; e a segurança de convívio ou vivência familiar (BRASIL, 2005), premissas que norteiam as intervenções do assistente social gerontólogo.

Destaca-se a importância da realização de um trabalho interdisciplinar, agregando saberes a fim de, em reuniões de equipes, com a visão de diferentes áreas do saber, compreender o envelhecimento como processo heterogêneo e buscar intervir na resolução dos problemas sem fragmentar o indivíduo ou seus problemas, assegurando os direitos sociais da pessoa idosa e o convívio familiar e comunitário.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Serviço de Convivência e Fortalecimentos de Vínculos para Pessoas Idosas**. <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaobasica/servicos/convivencia-efortalecimento-de-vinculos>. Acesso em: 03 de maio de 2022.

BRASIL. Lei 8.842, de 04 de janeiro 1995. **Política Nacional do Idoso**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 13 abril 2022.

BRASIL. Lei 10.741, de 01º de outubro 2003. **Estatuto do Idoso**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 13 abril 2022.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS)**. Norma Operacional Básica NOB/Suas). Brasília, 2005.

MUNIZ, Emanoel Avelar; FREITAS, Cibelly Aliny Siqueira Lima; ALBUQUERQUE, Izabelle Mont'Alverne Napoleão; LINHARES, Maria Socorro Carneiro. **A assistência domiciliar ao idoso no contexto da Estratégia Saúde da Família: análise da produção científica**. S A N A R E, Sobral, V.13, n.2, p.86-91, jun./dez. – 2014. Disponível em file:///C:/Users/User/Downloads/578-1248-1-SM.pdf. Acesso em 13 de abril de 2022.

POMBA, Olga. **Interdisciplinaridade e integração dos saberes**. Liinc em Revista, v.1, n.1, março 2005, p. 3 -15. Disponível em: <http://www.ibict.br/liinc>. Acesso em 03 de fevereiro de 2022.

NEDER, Gizlene. **Ajustando o foco das lentes um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil**. In: KALOUTIAN, S.M. (ORG.) Família brasileira a base de tudo.São Paulo:Cortez,2002.

NERI, Anita Liberalesso.(Org.). **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. São Paulo: Alínea, 2002.

NERI, Anita Liberalesso; CARVALHO, Virgínia Ângela M. de L. e. **O Bem-Estar do cuidador: aspectos psicossociais**. In: FREITAS, Elisabete Viana de; et al (org.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 1º Edição. São Paulo: Editora Guanabara Koogan, 2002.

RITT, Caroline Fockink; RITT, Eduardo. **O estatuto do idoso: aspectos sociais, criminológicos e penais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2008.

SANTOS, Sílvia Maria Azevedo dos. **Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador**. São Paulo: Alínea, 2003.

SILVA, Lucía; GALERA, Sueli Aparecida Frari; MORENO, Vânia. **Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes**. Acta Paul Enfermagem, 2007; páginas 397-403. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/h7RQ8Q5BDZtjc3D3fmVTYNd/abstract/?lang=pt>. Acesso em 13 de abril de 2022.

VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE

Data de aceite: 01/06/2022

Data de submissão: 10/05/2022

Edivania de Almeida Costa

Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT
Barra do Garças – Mato Grosso, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3204548873117821>

Amanda dos Santos Souza

Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT
Barra do Garças – Mato Grosso, Brasil
<https://lattes.cnpq.br/9503514152619164>

Alisséia Guimarães Lemes

Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT
Barra do Garças – Mato Grosso, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7962964326421386>

Patrícia Fernandes Massmann

Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT
Barra do Garças – Mato Grosso, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0893097253648631>

Elias Marcelino da Rocha

Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT
Barra do Garças – Mato Grosso, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9778999871896539>

RESUMO: Introdução: O envelhecimento é compreendido como um processo natural, onde é necessário olhar a complexidade dessa temática e suas determinações em relações com a demografia, com as perdas biológicas, a funcionalidade, as psicossociais e de estilo de vida. Ocorrem mudanças significativas na sexualidade da pessoa idosa, incluindo mitos e

tabus, problemas cardiovasculares, hormonais, a desaceleração do metabolismo e dos impulsos nervosos que alteram seus sentidos. Objetivo: Compreender a vivência da sexualidade na terceira idade. Método: Trata-se de uma revisão de literatura, realizada no primeiro semestre de 2021, compreendida por busca em 13 periódicos nacionais com publicações entre 2018 e 2019. A busca totalizou 3.320 artigos, dos quais somente 07 foram selecionados para este estudo, pois contemplou os objetivos propostos. Resultados: Encontrou que o delineamento dos estudos selecionados foram: uma pesquisa avaliativa, três estudos qualitativos, dois transversais e uma pesquisa-ação. A revisão mostrou que a pessoa idosa sofre com o preconceito cultural fazendo com que sintam vergonha ou sentimento de culpa. Ao que se refere a perspectiva da sexualidade, notou-se que para as mulheres idosas é visto como antinatural e a sexualidade dos homens idosos é observado como possibilidade, apesar de restrito. Houve a correlação do declínio da prática sexual com a ideia do fim do período reprodutivo e evidenciando a sexualidade como ato de procriar. Aos idosos o exercício da sexualidade fica restrito no campo do afeto, carinho e atenção com a pessoa amada. Considerações finais: As pessoas idosas precisam de qualidade de vida e a sexualidade está presente em todas as faixas etárias, sendo que a vivência para cada fase é transitada de forma singular e que os profissionais da saúde têm papel fundamental dentro do processo do envelhecimento afim de minimizar os impactos gerados pelos hormônios e a senescência.

PALAVRAS-CHAVE: Sexualidade. Envelhecimento.

EXPERIENCE OF SEXUALITY IN THE ELDERLY AGE

ABSTRACT: Introduction: Aging is understood as a natural process, where it is necessary to look at the complexity of this theme and its determinations in relation to demography, biological losses, functionality, psychosocial and lifestyle losses. Significant changes occur in the sexuality of the elderly, including myths and taboos, cardiovascular and hormonal problems, the slowing down of metabolism and nerve impulses that alter their senses. Objective: To understand the experience of sexuality in the elderly. Method: This is a literature review, carried out in the first half of 2021, comprising a search in 13 national journals with publications between 2018 and 2019. The search totaled 3,320 articles, of which only 07 were selected for this study, as it included the proposed objectives. Results: It was found that the design of the selected studies were: an evaluative research, three qualitative studies, two transversal and an action research. The review showed that the elderly person suffers from cultural prejudice, causing them to feel ashamed or guilty. Regarding the perspective of sexuality, it was noted that for elderly women it is seen as unnatural and the sexuality of elderly men is seen as a possibility, although restricted. There was a correlation between the decline in sexual practice with the idea of the end of the reproductive period and showing sexuality as an act of procreation. The exercise of sexuality is restricted to the elderly in the field of affection, affection and attention to the loved one. Final considerations: Elderly people need quality of life and that sexuality is present in all age groups, and the experience for each phase is carried out in a unique way and that health professionals have a fundamental role within the aging process in order to minimize the impacts generated by hormones and senescence.

KEYWORDS: Sexuality. Aging. Third age.

INTRODUÇÃO

Segundo o censo demográfico de 2016 (IBGE, 2016), a evolução da composição populacional por grupos de idade aponta para uma possível tendência de envelhecimento demográfico. Percebe-se um aumento expressivo da participação de pessoas idosas com 60 anos ou mais de idade, cresceu de 9,8% para 14,3% em 2015. Em 2070, a proporção da população idosa brasileira se elevará acima de 35%, sendo superior ao indicador para o conjunto dos países desenvolvidos.

Sob essa linha de pensamento, quando se fala sobre a “velhice” é necessário olhar a complexidade desse campo e suas determinações em relações com a demografia, com as perdas biológicas, de funcionalidade, e sociais, de trocas em diversos âmbitos (família, amigos, gerações, cultura), e de estilo de vida (FALEIROS, 2014). O estilo de vida possui um grande efeito em certas alterações decorrentes do processo de senescência, podendo ser minimizados quando se tem um estilo de vida saudável.

Nesse processo, ocorrem mudanças esperadas e significativas. Uma modificação importante é a que ocorre com o corpo. Como o aparecimento de rugas, os cabelos brancos,

a diminuição da elasticidade da pele, a perda dos dentes, as modificações no esqueleto, que consequentemente implicam problemas musculares e encurtamento postural, problemas ainda de circulação, a desaceleração do metabolismo e dos impulsos nervosos que podem alterar os sentidos da pessoa idosa (QUEIROZ et al., 2015).

No entanto, a sexualidade voltada para a terceira idade, traz consigo mitos e tabus, com o conhecimento de que as pessoas idosas são pessoas assexuadas. Quando se pensa na sexualidade e envelhecimento, precisa e deve ser compreendida partindo do princípio de que ela se compõe da totalidade deste indivíduo, devendo ser considerado o seu sentido holístico. Sendo assim, não somente fator biológico, como também biopsicossociocultural (ALENCAR et al., 2014).

Portanto, este estudo objetivou compreender a vivência da sexualidade na terceira idade, partindo do princípio de uma revisão de literatura, a fim de buscar conteúdo científico para alicerçar este contexto repleto de preconceito e pouco estudado pelos profissionais da saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão da literatura, e diante da relevância desta temática, construiu-se em seis etapas, todas distintas, sendo elas: a identificação do tema e escolha da hipótese/questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão da amostra; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da síntese do conhecimento.

Realizou-se uma busca nas bases de evidências em periódicos/revistas com publicação no Brasil, como: Acta Paulista de Enfermagem, Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Journal Health NPEPS, Revista Baiana de Enfermagem (RBE), Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (RBGG), Revista Científica de Enfermagem (RECIEN), Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde (REAS), Enfermagem UFPE On Line (JNUOL), Revista de Enfermagem da UFSM (REUFSM), Enfermagem em Foco, Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) e Revista Mineira de Enfermagem (REME) a fim de garantir a abrangência da revisão. A questão norteadora desta pesquisa foi: Quais as possíveis compreensões da vivência da sexualidade em pessoas que estão na terceira idade? Sendo a sexualidade na pessoa idosa a intervenção avaliada e as possíveis compreensões para este fenômeno.

A busca em revistas brasileiras foi realizada durante o mês de junho e julho de 2021, sendo que a coleta em cada revista foi conduzida pelos pesquisadores e um juiz independente para avaliar a compatibilidade dos dados encontrados. Os critérios de inclusão foram: artigos disponibilizados na íntegra, publicados nos dois últimos anos que antecedeu a pandemia de Covid-19, entre janeiro de 2018 a dezembro de 2019, tendo

em vista que durante a pandemia muitas revistas direcionou o foco para compreensão da Covid-19. Observou também para inclusão artigos redigidos no idioma português, inglês e espanhol, que abordavam idosos com a idade a partir de 60 anos na amostra, e com temática compatível que permitisse responder à questão norteadora e o objetivo proposto. Utilizando os seguintes descritores: sexualidade, terceira idade e envelhecimento.

Foram excluídos todos os artigos que estavam fora do período de publicação elegido, em idiomas diferentes do português, inglês ou espanhol, publicações do tipo revisão de literatura, outros tipos de publicações que não artigos (livros, capítulos, monografias, dissertações, teses, resenhas, cartas e notícias), artigos repetidos e, por fim, artigos que apresentavam os descritores alvos onde não respondiam à questão norteadora e o objetivo deste trabalho.

Inicialmente houve a leitura minuciosa dos títulos das publicações localizadas. Foram excluídos os artigos que não correspondiam aos critérios de inclusão. Em seguida, procedeu-se a leitura dos resumos dos artigos restantes e foram realizados os mesmos procedimentos de exclusão aplicados aos títulos. Por fim, os artigos selecionados foram recuperados e lidos na íntegra. Desse modo, após avaliação destas publicações apenas os artigos relacionados ao tema e a questão norteadora dessa revisão foram selecionados para compor o número final da análise. Na temática, as principais linhas investigadas foram as práticas e percepções da sexualidade entre as pessoas idosas.

RESULTADOS

Prontamente, após a realização das buscas de artigos nas revistas mencionadas, foram encontrados 3.320 artigos. A partir da leitura dos mesmos e após análise dos critérios de inclusão e exclusão, apenas 07 artigos foram selecionados para a consolidação desse estudo (Quadro 1).

Número de artigos encontrados inicialmente na busca: 3320

Acta Paulista de Enfermagem (n=195); Escola Anna Nery Revista de Enfermagem (n=202); Journal Health NPEPS (n=100); Revista Baiana de Enfermagem (n=165); Revista Brasileira de Enfermagem (n=806); Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (n=171); Revista Científica de Enfermagem (n=88); Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde (n=81); Enfermagem UFPE On Line (n=698); Revista de Enfermagem da UFSM (n=145); Enfermagem em Foco (n=218); Revista Latino-Americana de Enfermagem (n=250) e Revista Mineira de Enfermagem (n=201).

Excluídos com base nos títulos: 3313

Acta Paulista de Enfermagem (n=195); Escola Anna Nery Revista de Enfermagem (n=201); Journal Health NPEPS (n=100); Revista Baiana de Enfermagem (n=163); Revista Brasileira de Enfermagem (n=803); Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (n=170); Revista Científica de Enfermagem (n=88); Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde (n=81); Enfermagem UFPE On Line (n=698); Revista de Enfermagem da UFSM (n=145); Enfermagem em Foco (n=218); Revista Latino-Americana de Enfermagem (n=250) e Revista Mineira de Enfermagem (n=201).

Artigos selecionados para leitura na íntegra: 8

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem (n=1); Revista Baiana de Enfermagem (n=2); Revista Brasileira de Enfermagem (n=3); Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (n=1); Revista de Enfermagem e atenção à Saúde (n=1).

Excluídos com base nos textos completos: 1

Revista de Enfermagem e atenção à Saúde (n=1).

Motivos de exclusão pela leitura na íntegra: 1

Estudos não respondiam à questão norteadora da revisão (n=1)

Corpus final: 7 artigos

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem (n=1); Revista Baiana de Enfermagem (n=2); Revista Brasileira de Enfermagem (n=3) e Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (n=1).

Quadro 1 – Fluxograma do processo de revisão.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Dos 07 artigos encontrados 06 (85,7%) estavam em língua portuguesa e 1 (14,3%) na língua inglesa, destes, 05 (71%) artigos foram publicados em 2018 e 02 (29%) no período de 2019. Todos os estudos foram realizados no Brasil (100%). Sobre a natureza do estudo, houve prevalência dos estudos com abordagem qualitativa 03 (42,9%). A prevalência se manteve em relação ao gênero, onde 06 (85,7%) estudos eram feminino e 01 (14,3%) masculino (Quadro 2).

AUTORIA/ TÍTULO	PERIODICO/ ANO
RODRIGUES, et al. Análise do comportamento sexual de idosas atendidas em um ambulatório de ginecologia	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2018.
CABRAL, et al. Compreensão da sexualidade por idosas de área rural.	Revista Brasileira de Enfermagem, 2019.
CABRAL, et al. Compreensão de sexualidade por homens idosos de área rural.	Revista Baiana Enfermagem, 2019.
RODRIGUES, et al. Desvelamento crítico em sexualidade entre idosas como dispositivo de avaliação educativa dialógica	Revista Baiana Enfermagem, 2019.
SOUZA, et al. Envelhecimento, sexualidade e cuidados de enfermagem: o olhar da mulher idosa	Revista Brasileira de Enfermagem, 2018.
LUNELLI, et al. Hypertension as a risk factor for female sexual dysfunction: cross-sectional study	Revista Brasileira de Enfermagem, 2018.
RODRIGUES, et al. O percurso educativo dialógico como estratégia de cuidado em sexualidade com idosas.	Escola Anna Nery, 2018.

Quadro 2 – Distribuição dos artigos selecionados contendo autoria, título, periódico e ano de publicação.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

A fim de dar luz a uma temática que está mergulhada no campo da (in)visibilidade e ocultamento regrado de julgamentos e preconceitos, há premência de percorrer minuciosamente pela jornada da vivência da sexualidade de pessoas idosas, fará a seguir um breve recorte sobre sexualidade saudável e respostas sexuais humanas, a fim de atrair o desejoso leitor para um ambiente prazeroso e compreensivo.

Sexualidade saudável

Entende-se como a sexualidade saudável qualquer forma de se relacionar amorosamente, envolvendo o namoro, o casamento, o ficar e até mesmo os relacionamentos virtuais (COSTA e MODESTO, 2020). Nos estudos, ainda é inespecífico o entendimento sobre a pessoa idosa e as existentes formas de ser encarada a sexualidade, desde um namoro, paquera até ao cortejo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere uma definição de sexualidade como algo central ao longo da vida do ser humano, abarcando o sexo, diferentes identidades e papéis de gênero, orientação sexual, prazer, erotismo, intimidade e reprodução. Tal compreensão deixa claro que sexualidade não é apenas intercuro sexual, mas que as práticas sexuais é um dos aspectos da sexualidade (OMS, 2006).

Segundo Gomes et al (2018), a OMS traz como definição de sexualidade uma energia que nos leva a procurar amor, contato, ternura e intimidade, que se integra na forma como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sensual, ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e por

isso influencia a nossa saúde física e mental.

É fundamental lembrar que a sexualidade saudável da pessoa idosa pode estar desvinculada dos órgãos genitais, sendo assim de extrema importância espaços e ambientes de socialização para que eles possam compartilhar essas vivências, práticas, construir amizades, paqueras, namorar, dançar, sentirem-se valorizados e socializados (MARQUES et al., 2015).

Cunha e colaboradores (2019), descreveram que em função do crescimento da população idosa no mundo, se faz necessário pensar sobre a qualidade de vida desse grupo etário que necessitam ser abordadas livremente, em relação sexualidade, afetividade e principalmente no que diz respeito à orientação das pessoas idosas para a vivência de uma sexualidade saudável e satisfatória.

Resposta sexual humana

As respostas sexuais humanas são constituídas por fases, esse ciclo é descrito como: desejo, excitação, orgasmo e resolução (ANTÔNIO et al, 2016). Fases nas quais quando afetadas, pode influenciar diretamente no desempenho sexual ou até mesmo no interesse por se relacionar com outras pessoas.

De acordo com Rodrigues et al (2021a) baseado nas descobertas de Master & Johnson, Kaplan, estas fases são observadas e sentidas, como as reações vasocongestivas, musculares, contráteis e eréticas em diversas partes do corpo do homem e da mulher, como: mama, uretra, bexiga, reto, pequenos lábios, grandes lábios, vagina, clitóris, útero, pênis, escroto, testículos e principalmente a região do períneo.

DISCUSSÃO

O estudo “Análise do comportamento sexual de idosas atendidas em um ambulatório de ginecologia”, Rodrigues et al, (2018b), trouxe uma pesquisa com 100 mulheres, para avaliação do comportamento sexual, questionando a proporção das idosas sexualmente ativas, das que ainda possuem interesse sexual e as que consideram a prática sexual importante para a qualidade de vida. Notabiliza-se que 60% das idosas sentem desejo sexual, só que somente 26% são sexualmente ativas.

Isso se explica devido ao desconhecimento e pressão cultural que sofrem, fazendo com que sintam vergonha ou sentimento de culpa, além de fatores como mudanças corporais, falta de privacidade, ansiedade e a visão cultural sobre os idosos, que conseqüentemente os fazem sentir vítimas de preconceito sexual devido à idade. Entre esses números, 83% das entrevistadas acreditam que o ato sexual possa ser importante para a qualidade de vida. Um estudo realizado por Cunha et al (2015), comprova que o desejo sexual da pessoa idosa se faz presente, em formas de carícias, afeto e beijo, sendo uma demonstração de sexualidade, princípio que vai além do ato sexual com penetração.

Em relação ao apoio psicossocial Hillman et al (2012), comenta que há um duplo

padrão psicossocial na sexualidade de idosos (feminino e masculino), observando que a perspectiva em atividades sexuais de mulheres idosas é vista como antinatural e a dos homens no sexo é observado como uma possibilidade.

Neste sentido Rodrigues et al, (2018b), ressalta a importância de mais estudos na área e apoio nessa faixa etária com finalidade de desvelar e desmitificar a temática envolvendo a sexualidade.

Em 2019a, Cabral et al, publicou na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), o estudo: compreensão da sexualidade por idosas de área rural, que perante a compreensão das idosas acerca da sexualidade, constatou que existe um predomínio de vinculação do termo “sexualidade” ao ato sexual e que, contudo, percebeu-se como forma de manutenção da relação sexual a forma de carícias e o companheirismo, apesar de ser em menor intensidade.

De acordo com análise realizadas por Cabral et al (2019a), houve ainda a correlação do declínio da prática sexual com a ideia do fim do período reprodutivo, evidenciando a ideia da sexualidade com o ato de procriar. Uma das questões pontuadas, emerge a idade cronológica, expressivamente, como fator limitante, o que frisa a ideia de que as pessoas idosas são assexuais. Destaca juntamente o receio das mulheres idosas de terem novos relacionamentos e uma prática sexual limitada decorrente a diferentes problemas de saúde.

Se tratando da saúde da mulher idosa de acordo com Freire et al (2013) para muitas mulheres, após o fim do período reprodutivo (menopausa), existe a associação a velhice e o fim da mulher enquanto reprodutiva, interferindo diretamente em sua sexualidade.

No contexto assexual, Dantas et al (2018) constatou que as pessoas idosas são vistas como pessoas que não possuem sexualidade, até mesmo desejos afetivos e sexuais, ressaltando que os próprios filhos podem ter dificuldade em aceitar o interesse sexual dos pais.

Para Cabral et al, (2019b), em sua pesquisa intitulada “Compreensão de sexualidade por homens idosos de área rural”, onde retrata e evidencia que envelhecer não implica estagnar-se sexualmente. A maioria dos homens idosos da área rural participantes da pesquisa baseia-se mais na ideia de relação sexual, justificada pelo conhecimento limitado a respeito do significado amplo de sexualidade, restrito apenas ao ato sexual com penetração.

Na pesquisa acima, realizada com 23 homens, os autores identificaram que a sexualidade é entendida como relação amorosa, vivenciada no âmbito para sentimentos de amor, companheirismo, carinho e carícias. A pesquisa expõe a limitação na discussão de sexualidade e velhice de pessoas idosas e a necessidade de uma abordagem na saúde, em questão de planejamento, aplicação e avaliação de ações que podem ser desenvolvidas no meio rural.

Através dos resultados é possível perceber que os artigos “compreensão da sexualidade por mulheres idosas de área rural” e “compreensão de sexualidade por homens

idosos de área rural” evidenciam a sexualidade em forma de companheirismo, não apenas ao campo da prática sexual com penetração ou sexo oral.

Destaca-se a convicção dos idosos ao sentir que problemas de saúde seja um fator negativo para essa prática. Para as mulheres idosas a sexualidade está ligada à conjugalidade, sendo a viuvez um fator determinante para não manter um novo relacionamento prolongado. Ambas as pesquisas ressaltam a importância do cuidado e uma visão holística na assistência a essas pessoas idosas pelos profissionais da área da saúde.

Em pesquisa realizada por Rodrigues et al (2019c), “desvelamento crítico em sexualidade entre idosas como dispositivo de avaliação educativa dialógica”, realça-se no que se refere às relações de gênero e sua ligação com a vivência da sexualidade, evidenciando a superação da notória domesticação de condutas femininas. Esclarecendo os esforços educativos que culminam em controle e poder sobre a conduta sexual feminina em toda a trajetória de vida, podendo ser por aspectos socioculturais que conduzem a sexualidade das mulheres idosas e como elas devem vivenciar.

Dando ênfase neste cenário Rodrigues et al (2019c), frisa que durante a avaliação o fato de as mulheres conseguirem expressar seus pensamentos levou-as ao empoderamento, mas ainda assim é um conceito que necessita avançar em referenciais teóricos e metodológicos. Percebe-se a necessidade do empoderamento ao público idoso, visto que possuem pouco conhecimento sobre a temática, com várias possibilidades de abordar algo tão subjetivo.

Considerando a dimensão da conduta sexual, comprovou-se a inibição verbal entre a pessoa idosa decorrente a um tipo de educação, impossibilitando-as de revelar suas dúvidas, anseios e muito menos refletir sobre seu comportamento sexual (JUNQUEIRA et al., 2014).

Souza et al (2018), publicou na Revista Brasileira de Enfermagem REBEn, o estudo “Envelhecimento, sexualidade e cuidados de enfermagem: o olhar da mulher idosa” que retrata a percepção da mulher idosa sobre a sexualidade e a prática do cuidado de enfermagem. A coleta de dados apontou-se que entre as entrevistadas, a maioria eram casadas, possuíam filhos, moravam em residência própria e residiam em região urbana, além de possuir a idade entre 60 e 79 anos. Em seus relatos, a maioria das idosas expõe que se sentem reprimidas pela sociedade para falar sobre o tema, pelo medo do julgamento que conseqüentemente as causam “vergonha”.

Enfatiza-se também questões sobre a sexualidade estar sendo banalizada, a falta de seriedade dos profissionais para se tratar o tema e a necessidade de pessoas mais maduras para articular sobre a temática. Ressaltou-se no estudo que todos os fatores relacionados à sexualidade devem ser trabalhados melhor em prática de saúde e que é existente a falta de capacitação dos profissionais de saúde para atender a essa demanda (SOUZA et al, 2018).

Em reflexão sobre a existente falta de capacitação dos profissionais na área da saúde, Soares e Meneghel (2021), apontam a visão que os futuros profissionais precisam romper as limitações sobre o exercício da sexualidade e contribuir para diminuir a perpetuação de preconceitos, estereótipos e tabus sobre o sexo, sexualidade e prática sexual na população idosa, destacando a promoção de estratégias que possam melhorar o desenvolvimento humano, levando em conta as diferentes dimensões da saúde, bem como capacitar profissionais para falar abertamente sobre a vivência da sexualidade para população idosa.

Para Lunelli et al (2018), na “Hypertension as a risk factor for female sexual dysfunction: cross-sectional study”, constata perante o estudo a prevalência de disfunção sexual feminina no grupo hipertenso, tendo 1,67 vezes mais chances de ter disfunções sexuais em relações aos normotensos. Perante a idade, há uma chance maior em 8% de ter disfunções sexuais. Existem outros fatores, associados a disfunção no grupo hipertenso, incluindo após a menopausa, onde a disfunção sexual prevaleceu em 69% das mulheres e em 53% das mulheres em idade reprodutiva. No grupo normotenso a disfunção sexual predominou em 50% após a menopausa e em 17% das mulheres em idade reprodutiva. Ficou evidente a identificação da disfunção sexual em grandes números dessas pacientes que fazem uso de medicação anti-hipertensiva.

Segundo Mota (2015), a necessidade ou aumento no consumo de medicamentos, pode dificultar/impossibilitar a atividade sexual. Tendo até uma controvérsia, onde existe a patologia podendo prejudicar a função sexual ou o tratamento farmacológico que pode agir da mesma forma. É necessário reforçar a importância da equipe de saúde para monitorização contínua do uso de fármaco por todas as pessoas idosas e o alertar do uso de medicamentos sem prescrição.

Rodrigues et al (2018d), no estudo “o percurso educativo dialógico como estratégia de cuidado em sexualidade com idosas”, trouxe uma investigação com a caracterização das 15 participantes, com a média de idade de 66 anos, variando de 60 a 74 anos. Em relação ao estado civil oito delas eram casadas, quatro viúvas e três divorciadas. Trouxe ainda, relatos onde demonstram fragilidade em conceituar sexualidade pelas idosas, sendo definido apenas como o ato sexual ou não sabendo o significado da palavra. Elas expressam, além disso, divergências percebidas nas questões relativas à vivência da sexualidade por homens e mulheres.

Aos autores acima citados, há divergência mencionada as atribuições, limites e direitos de homens e mulheres são preconceituosamente distintos na sociedade, principalmente na brasileira, sendo utilizado por séculos como forma de controle e dominação sobre as mulheres.

Em um estudo Santos et al (2019), realizado com 22 idosos, onde havia predomínio na faixa etária entre 70 e 79 anos, com 10 dos entrevistados casados ou em uma união estável, 6 viúvos, 2 solteiros e 4 divorciados, evidenciou a perda ou diminuição do desejo

sexual caracterizando a primeira fase do ciclo podendo ser relacionadas aos bloqueios emocionais, além de outros fatores que interferem como doenças, ou o uso de medicação para tratá-las. Os autores também identificaram idosos que relataram possuir desejos sexuais, porém se reprimem, deixando de lado a sexualidade e tais práticas.

Uma pesquisa composta por 67 idosos, com a somatória de 73% da amostra onde relataram não possuir uma vida sexual ativa, porém 55% além da não prática, revelaram possuir nenhum tipo de desejo sexual. O autor correlaciona e interpreta pelo fato e reflexo do sentimento de sentir-se incapaz sexualmente, da falta de comunicação entre os parceiros, da viuvez, da interrupção prolongada dessas práticas e das crenças e mitos envolvidos nessa cultura (OLIVEIRA et al., 2015).

Outros estudos colaboram com essa evidência. Em 2015 um estudo descritivo exploratório, realizado com 10 idosos, com intuito de analisar a vivência da sexualidade de pessoas idosas em um centro de convivência, constatou que o desejo sexual pode sim ser alterado temporariamente, mas que não impede que o desejo seja ativo como antes (MARQUES, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa pôde-se constatar que a maioria das pessoas idosas possuem algum tipo de limitação sobre a vivência da sexualidade ou das práticas sexuais. A sexualidade na terceira idade precisa ter um olhar especial pelos pesquisadores, profissionais de saúde e sexólogos, com intuito de diminuir os riscos, tabus e preconceitos, a essa faixa etária.

Frente ao exposto, é perceptível que na terceira idade o desejo sexual e a sexualidade não desaparecem e existem fatores que influenciam nessa dinâmica, onde há a necessidade de mais reflexões e menos insensibilidade envolvendo esse respectivo assunto.

As pessoas idosas precisam de qualidade de vida e é indispensável que sexualidade saudável faça parte do processo do envelhecimento. Destaca-se que o percurso para cada fase seja experimentada de forma singular, onde os profissionais de saúde têm o papel fundamental de orientar as pessoas idosas e familiares a fim de minimizar os impactos gerados pela diminuição dos hormônios e pela senescência.

Constatou-se a escassez de estudos que abordem essa temática e devido a quantidade limitada de achados nas revistas analisadas, há necessidade de novas pesquisas voltadas a este assunto. Acredita-se que com o aumento de estudos sobre a gerontologia, os pesquisadores possam incluir no ambiente universitário a sexualidade da pessoa idosa, como um cenário a ser explorado com profundidade.

Destaca que o recorte em 13 periódicos por apenas dois anos de publicações antes da pandemia de Covid-19, a fim de futuramente realizar estudos sobre os impactos da pandemia em relação a sexualidade de pessoas idosas. Evidencia-se ainda que o medo,

ansiedade e insegurança durante a pandemia pode mudar totalmente o perfil sexual de uma população, bem como o número de pessoas idosas que faleceram neste período.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, D. L.; et al. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3533-3542, 2014.

ANTÔNIO, J. Z.; et al. Função sexual feminina, desgaste emocional por insatisfação sexual e inteligência emocional. **Fisioterapia Brasil**, v. 17, n. 6, p. 544-550, 2016.

CABRAL, N. E. S.; et al. Compreensão da sexualidade por idosas de área rural. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 147-152, 2019a.

CABRAL N. E. S.; et al. Compreensão de sexualidade por homens idosos de área rural. **Revista Baiana enfermagem**, v. 33, 2019b.

COSTA, N. B. A.; MODESTO, J. G. Representação Social do Relacionamento Amoroso Saudável. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 12, n. 1, p. 100-115, 2020.

CUNHA L. M.; et al. Vovó e vovô também amam: sexualidade na terceira idade. **Rev Min Enferm**; 19(4):894-900, 2015.

CUNHA, M. A. S.; et al. Conversando sobre sexualidade e afetividade entre pessoas idosas. **GEPNEWS**, Maceió, a.3, v.2, n.2, p.153-160, abr./jun. 2019.

DANTAS, T. W. S. S.; SILVA, S. A.; FARIAS, A. M. Toda idade tem prazer e medo”: Idoso e Sexualidade. In: **Congresso Internacional do Envelhecimento Humano**. 2018.

FALEIROS, V. P. Envelhecimento no Brasil do Século XXI: transições e desafios. **Argumentum**, v. 6, n. 1, p. 6-21, 2014.

FREIRE, I. R.; et al. A influência da menopausa sobre a sexualidade e práticas preventivas na terceira idade. 2013.

GOMES, R. M.; et al. Sexualidade na terceira idade: as representações sobre sexo. Id on Line **Rev. Mult. Psic.** V.12, N. 40. 2018.

HILLMAN, J. **Sexuality and aging: Clinical perspectives**. New York: Springer, 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016** / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais – Rio de Janeiro: IBGE 2016.

JUNQUEIRA, M. F. R.; et al. Processo de Diagnóstico do HIV/Aids: aspectos psicológicos de pessoas idosas em Goiânia (GO). **Revista Fragmentos de Cultura-Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas**, v. 24, p. 55-64, 2014.

LUNELLI, R. P.; IRIGOYEN, M. C.; GOLDMEIER, S. Hypertension as a risk factor for female sexual dysfunction: cross-sectional study. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 2477-2482, 2018.

MARQUES, A. D. B.; et al. A vivência da sexualidade de idosos em um centro de convivência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.5, n. 3, 2015.

MOTA, J. A. C. **Sexualidade e o idoso**. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. 2015.

OLIVEIRA, L. B.; et al. Sexualidade e envelhecimento: avaliação do perfil sexual de idosos não institucionalizados. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 13, n. 2, p. 42-50, 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. Geneva, 2006.

QUEIROZ, M. A. C.; et al. Representações sociais da sexualidade entre idosos. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 68, p. 662-667, 2015.

RODRIGUES, C. N. C.; et al. Influência do desejo sexual na função sexual em mulheres com dispareunia. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, PR, v. 7, n. 4, p. 34671-34682, 5 abr. 2021a.

RODRIGUES, L. R.; et al. Análise do comportamento sexual de idosas atendidas em um ambulatório de ginecologia. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, p. 724-730, 2018b.

RODRIGUES D. M. M. R.; et al. Desvelamento crítico em sexualidade entre idosas como dispositivo de avaliação educativa dialógica. **Rev baiana enferm.**;33:e27754. 2019c.

RODRIGUES, D. M. M. R.; et al. O percurso educativo dialógico como estratégia de cuidado em sexualidade com idosas. **Escola Anna Nery**, v. 22, 2018d.

SANTOS, C. A.; et al. Sexualidade na terceira idade: a percepção dos idosos usuários de um serviço de apoio a melhor idade. **CIAIQ2019**, v. 2, p. 1414-1422, 2019.

SOARES, K. G; MENEGHEL, S. N. O silêncio da sexualidade em idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 129-136, 2021.

SOUZA, C. L.; et al. Envelhecimento, sexualidade e cuidados de enfermagem: o olhar da mulher idosa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 71-78, 2019.

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA CONTRA A MULHER: ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES NO ESPÍRITO SANTO

Data de aceite: 01/06/2022

Franciéle Marabotti Costa Leite

Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Vitória, Espírito Santo. Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-6171-6972>

Márcia Regina de Oliveira Pedroso

Universidade Federal do Oeste da Bahia. Centro das Ciências Biológicas e da Saúde
Barreiras, Bahia. Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-2859-159X>

Karina Fardin Fiorotti

Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Vitória, Espírito Santo. Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-8461-2984>

Ranielle de Paula Silva

Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Vitória, Espírito Santo. Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-0745-0501>

Stéfanie da Penha Silva

Polícia civil do Espírito Santo. Serviço de assistência social
Vitória, Espírito Santo, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-2322-6064>

Dherik Fraga Santos

Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Vitória, Espírito Santo. Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-9351-7185>

Getulio Sérgio Souza Pinto

Secretaria de Governo do Estado do Espírito Santo
Vitória, Espírito Santo, BRASIL
<https://orcid.org/0000-0002-0478-5322>

RESUMO: **Objetivo:** identificar a frequência de notificação de violência psicológica contra mulheres no Espírito Santo e sua associação com as características das vítimas, do agressor e do evento. **Método:** estudo epidemiológico, do tipo transversal, onde o desfecho em análise foi a violência psicológica contra a mulher no Espírito Santo no período de 2011 a 2018. As variáveis independentes foram as características da vítima, do agressor e do evento. A medida de associação adotada foi a razão de prevalência e aplicado a regressão de Poisson ajustada. **Resultados:** A notificação de violência psicológica contra a mulher representou uma frequência de 7,0% (N:1.872;IC95%:6,7-7,3). Determinadas características das vítimas, assim como dos agressores e do evento, apresentaram associação estatística com uma maior prevalência do desfecho ($p < 0,05$). **Conclusão:** a violência psicológica contra a mulher está presente entre os casos notificados no serviço de saúde e possui associações com as características das vítimas, do agressor e do evento.

PALAVRAS-CHAVE: Violência. Violência contra a mulher. Exposição à violência. Sistemas de informação. Saúde da Mulher.

PSYCHOLOGICAL VIOLENCE AGAINST WOMEN: ANALYSIS OF NOTIFICATIONS IN ESPÍRITO SANTO

ABSTRACT: Objective: to identify the frequency of notification of psychological violence against women in Espírito Santo and its association with the characteristics of the victims, the aggressor and the event. **Method:** an epidemiological, cross-sectional study, where the outcome under analysis was psychological violence against women in Espírito Santo from 2011 to 2018. The independent variables were the characteristics of the victim, the aggressor and the event. The measure of association adopted was the prevalence ratio and adjusted Poisson regression was applied. **Results:** The notification of psychological violence against women represented a frequency of 7.0% (N:1,872;CI95%:6.7-7.3). Certain characteristics of the victims, as well as the aggressors and the event, showed a statistical association with a higher prevalence of the outcome ($p<0.05$). **Conclusion:** psychological violence against women is present among the cases reported in the health service and has associations with the characteristics of the victims, the aggressor and the event.

KEYWORDS: Violence. Violence Against Women. Exposure to Violence. Information Systems. Women's Health.

VIOLENCIA PSICOLÓGICA CONTRA LA MUJER: ANÁLISIS DE NOTIFICACIONES EN ESPÍRITO SANTO

RESUMEN: Objetivo: identificar la frecuencia de notificación de violencia psicológica contra la mujer en Espírito Santo y su asociación con las características de las víctimas, del agresor y del hecho. **Método:** estudio epidemiológico, transversal, donde el desenlace bajo análisis fue la violencia psicológica contra la mujer en Espírito Santo de 2011 a 2018. Las variables independientes fueron las características de la víctima, del agresor y del evento. La medida de asociación adoptada fue la razón de prevalencia y se aplicó la regresión de Poisson ajustada. **Resultados:** La notificación de violencia psicológica contra la mujer representó una frecuencia de 7,0% (N:1.872;IC95%:6,7-7,3). Ciertas características de las víctimas, así como de los agresores y del evento, mostraron asociación estadística con una mayor prevalencia del desenlace ($p<0,05$). **Conclusión:** la violencia psicológica contra la mujer está presente entre los casos notificados en el servicio de salud y tiene asociaciones con las características de las víctimas, del agresor y del hecho.

PALABRAS CLAVE: Violencia. Violencia contra la Mujer. Exposición a la Violencia. Sistemas de Información. Salud de la Mujer.

1 | INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um fenômeno social, complexo e multicausal uma vez que se apresenta na sociedade de diversas maneiras (BRASIL, 2005). A Convenção de Belém do Pará de 1996 definiu a violência contra a mulher como qualquer ato ou conduta, baseada no gênero, que cause danos ou sofrimento físico, psicológico ou sexual, inclusive

podendo levar a vítima à morte, sendo possível que ocorra na esfera pública ou na privada (BRASIL, 1996).

Desse modo, ressalta-se a violência como um grave problema de saúde pública, devido sua capacidade de interferir negativamente na saúde da população (BRASIL, 2005; KRUG et al, 2002). Os impactos da ocorrência de violência se estendem por diferentes âmbitos da vida de uma mulher, uma vez que interfere diretamente no seu modo de viver, sejam estes sociais, econômicos e de saúde (BRASIL, 2005). No que se refere a saúde observa-se repercussões negativas na autoestima, no sono e, também, o desenvolvimento de depressão, ansiedade e outros transtornos (Ibidem).

Dentre os tipos de violência contra a mulher, encontra-se a violência psicológica como sendo aquela que causa repercussões à saúde mental da mulher manifestando-se por meio de ameaças, controle, manipulação, insultos, chantagem, ridicularização, exploração e privação do direito de ir e vir. É importante pontuar que embora seja considerada como o tipo mais frequente, a violência psicológica possui origem silenciosa e muitas vezes negligenciada, visto que a vítima dificilmente a reconhece como violência, e esse fato interfere diretamente em sua identificação e mensuração (BRASIL, 2006; SILVA et al, 2007).

No Brasil, as ações de vigilância das violências contribuíram para o reconhecimento da violência contra a mulher como um problema de saúde pública pois além de acolher e prestar assistência às vítimas também estabeleceu o papel do setor saúde no manejo, na vigilância e no monitoramento dos casos (BRASIL, 2016; LIMA et al, 2016).

A lei de 10.778 promulgada em 2003, que além de reconhecer a violência psicológica, física e sexual também estabeleceu aos profissionais de saúde do setor público e do privado a notificação dos casos de violência contra a mulher. Em 2004, por meio da portaria 2.406 foi instituído o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher juntamente a aprovação da ficha individual de notificação de violência e o seu fluxo entre os níveis federativos. Todavia, somente em 2011, por meio da Portaria nº 104, a violência entrou para a Lista de Notificação Compulsória (BRASIL, 2016). Vale salientar que a notificação compulsória como conduta obrigatória aos profissionais de saúde ou responsáveis à assistência ao paciente (Ibidem).

Estudos recentes que utilizaram dados dos casos notificados de violência contra a mulher demonstram a violência psicológica com menor frequência comparada aos outros tipos de violência (SILVA e OLIVEIRA, 2016); MARINHO e GIRIANELLI, 2020). Contudo, estudos com dados primários evidenciam a violência psicológica como a de maior frequência entre os tipos de violência (BARROS et al, 2016; SANTOS et al, 2020).

Assim, conhecer a prevalência das notificações e entender o perfil dos casos é uma estratégia relevante para o desenvolvimento de ações de intervenção, visando ao enfrentamento das violências e a garantia dos direitos (SILVA et al, 2013), O presente estudo teve por objetivo identificar a frequência de notificação de violência psicológica

contra mulheres no Espírito Santo e sua associação com as características das vítimas, do agressor e do evento.

2 | MÉTODO

Estudo de caráter transversal, com análise dos casos notificados de violência contra mulher no Espírito Santo entre 2011 e 2018. A escolha deste período levou em consideração a inclusão da violência como um agravo de notificação compulsória a partir de 2011 (BRASIL, 2016):

O estado do Espírito Santo está localizado na região sudeste brasileira, possuindo um total de 78 municípios e uma extensão territorial de 46.074,444 Km². Possui um Índice de Desenvolvimento Humano de 0,740, considerado alto, e uma renda per capita média de R\$1.477,00. Segundo o Censo de 2010, possui uma população feminina de 1.783.735 mulheres, o que corresponde a 50,75% da população total (3.514.952 habitantes) (IBGE, 2021).

O banco de dados para o estudo foi fornecido pela Secretaria de Estado da Saúde. Ele é composto por todas as notificações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e coletadas pelos serviços de saúde a partir da Ficha de Notificação/ Investigação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (BRASIL, 2016). Este banco de dados foi submetido ao processo de qualificação para correção de erros e inconsistências, conforme orientação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

Neste estudo considera-se violência psicológica como o ato que causa repercussões à saúde mental da mulher manifestando-se por meio de ameaças, controle, manipulação, insultos, chantagem, ridicularização, exploração e privação do direito de ir e vir (Ibidem).

O desfecho em análise foi a violência psicológica (não; sim).

As variáveis independentes foram classificadas em características da vítima, do agressor e do evento.

- i. Com relação às características da vítima foram incluídas:
 - a. Faixa etária (0 a 19 anos; 20 a 59 anos; 60 anos e mais);
 - b. Raça/cor (branca; preta/parda);
 - c. Presença de deficiências e/ou transtornos (não; sim);
 - d. Zona de residência (urbana/periurbana; rural).
- ii. As características do agressor foram selecionadas as variáveis:
 - e. Faixa etária (0 a 24 anos; 25 anos ou mais);
 - f. Sexo (masculino; feminino; ambos);
 - g. Parceiro íntimo atual ou ex (não; sim);
 - h. Suspeita de uso de álcool (não; sim).

iii. As características da ocorrência foram:

i. Número de envolvidos (um; dois ou mais),

j. Ocorreu na residência (não; sim),

k. Histórico de repetição (não; sim)

l. Encaminhamento para outros serviços da rede (não; sim)

Antes das análises foi realizado processo de qualificação do banco de dados para correção de possíveis inconsistências. Todas as análises foram realizadas no software Stata 14.1. Foram calculadas frequências relativas e absolutas e respectivas intervalos de confiança de 95%. Na análise bivariada utilizou-se o teste Qui-Quadrado de Pearson; aquelas variáveis que obtiveram valor de p menor que 0,20 passaram para a etapa seguinte das análises. Na análise multivariada foram estimadas as Razões de Prevalência (RP) a partir da Regressão de Poisson. Nesta análise foram considerados dois níveis hierárquicos: o primeiro incluindo as características da vítima e o segundo com as características do agressor e do evento; nesta etapa não foi incluída a variável encaminhamento, já que este ocorre após o desfecho. A manutenção das variáveis no modelo considerou o valor de p menor que 0,05.

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Espírito Santo. Foram respeitadas todas as recomendações da resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3 | RESULTADOS

A notificação de violência psicológica no sexo feminino representou uma frequência de 7,0% (N: 1.872; IC95%: 6,7-7,3). As vítimas, em sua maioria, encontram-se na faixa etária de 20 a 59 anos (85,2%), raça/cor preta/parda (65,8%), sem deficiência ou transtorno (91,9%), e, aproximadamente 95,3% são residentes da área urbana/periurbana. Quanto ao agressor, 87,6% são conhecidos das vítimas, cerca de 78,0% parceiros ou ex-parceiros, 59,8% sem suspeita de uso de álcool durante a agressão, e, em 93,5% dos casos a agressão foi cometida por uma pessoa. A residência foi o espaço de maior ocorrência da violência psicológica (85,7%), sendo que 86,0% foram violências de repetição. O encaminhamento foi feito para 79,4% das vítimas (Tabela 1).

Variáveis	n	%	IC 95%
Faixa etária			
0 a 19 anos	136	7,3	6,2-8,5
20 a 59 anos	1595	85,2	83,5-86,7
60 anos e mais	141	7,5	6,4-8,8
Raça/Cor			
Branca	583	34,2	32,0-36,5
Preta/Parda	1123	65,8	63,5-68,0
Deficiências/Transtornos			
Não	1575	91,9	90,5-93,1
Sim	139	8,1	6,9-9,5
Zona de residência			
Urbana/Periurbana	1700	95,3	94,2-96,2
Rural	84	4,7	3,8-5,8
Faixa etária do agressor			
0 a 24 anos	207	17,3	15,2-19,5
25 anos ou mais	993	82,7	80,5-84,8
Sexo do agressor			
Masculino	1602	87,6	86,0-89,0
Feminino	190	10,4	9,1-11,9
Ambos	37	2,0	1,5-2,8
Agressor parceiro íntimo atual ou ex			
Não	378	21,7	19,8-23,7
Sim	1365	78,3	76,3-80,2
Suspeita de uso de álcool			
Não	846	59,8	57,3-62,4
Sim	568	40,2	37,6-42,8
Número de envolvidos			
Um	1724	93,5	92,3-94,5
Dois ou mais	120	6,5	5,5-7,7
Ocorreu na residência			
Não	253	14,3	12,8-16,1
Sim	1511	85,7	83,9-87,2
Violência de repetição			
Não	241	14,0	12,4-15,7
Sim	1480	86,0	84,3-87,6
Encaminhamento			
Não	376	20,6	18,8-22,6
Sim	1447	79,4	77,5-81,2

Tabela 1 - Características dos casos notificados de violência psicológica contra as mulheres. Espírito Santo, 2011-2018 (n = 1.872). IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), de 2011 a 2018.

Na análise bivariada, percebe-se que a violência psicológica esteve relacionada a praticamente todas as variáveis de características do agressor e do evento, e quanto as variáveis das vítimas somente não apresentou relação com a raça/cor e suspeita do uso do álcool durante da agressão (Tabela 2).

Variáveis	N	%	IC 95%	p-valor
Faixa etária				
0 a 19 anos	136	1,7	1,5-2,1	<0,001
20 a 59 anos	1595	8,9	8,5-9,3	
60 anos e mais	141	11,9	10,2-13,9	
Raça/Cor				
Branca	583	8,0	7,4-8,7	0,006
Preta/Parda	1123	7,0	6,6-7,4	
Deficiências/Transtornos				
Não	1575	8,1	7,7-8,5	<0,001
Sim	139	4,4	3,7-5,1	
Zona de residência				
Urbana/Periurbana	1700	7,1	6,7-7,4	<0,001
Rural	84	3,7	3,0-4,6	
Faixa etária do agressor				
0-24 anos	207	3,3	2,9-3,8	<0,001
25 anos e mais	993	9,0	8,5-9,5	
Sexo do agressor				
Masculino	1602	10,4	10,0-10,9	<0,001
Feminino	190	2,1	1,9-2,5	
Ambos	37	4,7	3,4-6,4	
Agressor parceiro íntimo atual ou ex				
Não	378	4,0	3,6-4,4	<0,001
Sim	1365	14,9	14,2-15,6	
Suspeita de uso de álcool				
Não	846	7,9	7,4-8,4	0,381
Sim	568	8,3	7,6-8,9	
Número de envolvidos				
Um	1724	7,8	7,4-8,1	<0,001
Dois ou mais	120	4,0	3,4-4,8	
Ocorreu na residência				
Não	253	4,5	4,0-5,1	<0,001
Sim	1511	8,3	7,9-8,7	
Violência de repetição				
Não	241	2,8	2,5-3,1	<0,001

Sim	1480	12,0	11,4-12,6	
Encaminhamento				
Não	376	9,0	8,2-9,9	<0,001
Sim	1447	6,6	6,3-6,9	

Tabela 2. Análise bivariada da distribuição das características segundo a ocorrência das notificações de violência psicológica contra as mulheres (n= 1.872). Espírito Santo, 2011- 2018. IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), de 2011 a 2018.

Após a análise ajustada (Tabela 3), nota-se que a notificação de violência psicológica foi 7,24 vezes maior na população idosa comparada a crianças/adolescentes. Na raça branca a frequência desse agravo também apresentou maior frequência de ocorrência (RP: 1,12; IC95%: 1,02-1,24). Mulheres sem deficiência ou transtorno apresentaram cerca de duas vezes mais prevalência de serem notificadas quanto à violência psicológica, do mesmo modo aquelas residentes em zona urbana/periurbana. Quanto às características do agressor, os pertencentes ao grupo de 25 anos e mais apresentam uma prevalência maior de perpetração desse agravo (RP: 1,52; IC95%: 1,29-1,80). Ainda os resultados apontam o parceiro íntimo como 63% mais prevalente entre os agressores e na maioria das vezes o evento é praticado por um único perpetrador (RP: 2,02; IC95%: 1,46-2,81), com característica de repetição (RP: 4,40; IC95%: 3,51-5,53).

Variáveis	Análise bruta			Análise ajustada		
	RP	IC 95%	p-valor	RP	IC 95%	p-valor
Faixa etária						
0 a 19 anos	1,0		<0,001	1,0		<0,001
20 a 59 anos	5,10	4,29-6,06		5,06	4,19-6,11	
60 anos e mais	6,84	5,45-8,59		7,24	5,65-9,29	
Raça/Cor						
Branca	1,14	1,04-1,26	0,006	1,12	1,02-1,24	0,023
Preta/parda	1,0			1,0		
Deficiências/Transtornos						
Não	1,86	1,57-2,20	<0,001	2,06	1,72-2,45	<0,001
Sim	1,0			1,0		
Zona de residência						
Urbana/Periurbana	1,91	1,54-2,37	<0,001	2,24	1,77-2,83	<0,001
Rural	1,0			1,0		
Faixa etária do agressor						
0-24 anos	1,0		<0,001	1,0		<0,001
25 anos e mais	2,71	2,34-3,14		1,52	1,29-1,80	
Sexo do agressor						

Masculino	4,91	4,23-5,69	<0,001	1,44	1,07-1,92	0,01
Feminino	1,0			1,0		
Ambos	2,20	1,56-3,11		2,23	1,25-3,99	
Agressor parceiro íntimo atual ou ex						
Não	1,0		<0,001	1,0		<0,001
Sim	3,75	3,36-4,19		1,63	1,36-1,96	
Número de envolvidos						
Um	1,94	1,62-2,32	<0,001	2,02	1,46-2,81	<0,001
Dois ou mais	1,0			1,0		
Ocorreu na residência						
Não	1,0		<0,001	1,0		0,143
Sim	1,83	1,60-2,08		1,14	0,96-1,35	
Violência de repetição						
Não	1,0		<0,001	1,0		<0,001
Sim	4,32	3,78-4,94		4,40	3,51-5,53	

Tabela 3. Análise multivariada com a razão de prevalência bruta e o modelo multivariado com a razão de prevalência ajustada das variáveis associadas aos casos de violência psicológica contra as mulheres, Espírito Santo, 2011-2018 (n=1.872). IC95%: intervalo de confiança de 95%; RP: razão de prevalência.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), de 2011 a 2018.

4 | DISCUSSÃO

O presente estudo evidencia a prevalência de 7,0% de violência psicológica contra a mulher notificada no estado do Espírito Santo no período de 2011 a 2018. Além disso, os achados demonstram que os casos se associam as características das vítimas sendo esse agravo mais frequente em mulheres idosas, brancas, que não possuem deficiência ou transtorno e residem em área urbana. Ainda, foi evidenciado a maior perpetração da violência psicológica por agressores do sexo masculino, com 25 anos ou mais, e, parceiros íntimos da vítima.

Estudo realizado no município de São Paulo com os casos notificados de violência contra mulher no período de 2008 a 2015, identificou 15,5% de violência psicológica (MARINHO e GIRANELLI, 2020). No Distrito Federal, as notificações de violência contra mulheres no período de 2009 a 2012 mostraram a violência psicológica como de menor ocorrência quando comparada a física e sexual, no qual a prevalência de 20,3% (SILVA e OLIVEIRA, 2016). Em Minas Gerais, estudo realizado com os casos notificados de todo o estado no período de 2011 e 2012 identificou a violência psicológica com a frequência de 28,6% (ANDRADE et al, 2016).

A identificação de uma baixa frequência de violência psicológica, pode se relacionar a recomendação do Ministério da Saúde de se assinalar apenas a violência pela qual a vítima buscou atendimento (BRASIL, 2016) Também sinaliza uma possível subnotificação

uma vez que as mulheres não vão buscar atendimento nos serviços de saúde enquanto a violência não se apresentar fisicamente (SCHRAIBER, 2010). Somado a esses fatores, ainda existe uma limitação dos profissionais de saúde em identificar e reconhecer a violência psicológica pois pode-se entender os comportamentos de controle, ciúme e manipulação associados a amor, cuidado e proteção (SILVA et al, 2007; NETTO et al; 2017).

Além disso, sabe-se que a vitimização de violência pelas mulheres, principalmente quando praticada pelo ex ou atual parceiro íntimo, têm início lento e sutil direcionada a limitar a liberdade individual da vítima além de causar constrangimento e humilhação. Sendo que ao longo do tempo a ocorrência tende a progredir em frequência, intensidade e danos. Devido a essas características observa-se a dificuldade das mulheres em identificar tais comportamentos como atos de violência psicológica (SILVA et al, 2007).

Outro dado a discutir é a maior frequência de violência psicológica, cerca de 7 vezes maior, entre as idosas quando comparadas às crianças e adolescentes (RP: 7,24; IC 95%: 5,65-9,29). De maneira geral, os estudos sobre a temática não possuem consenso sobre essa associação entre violência psicológica e mulheres com mais idade, fato que pode estar relacionado a imaturidade emocional das mulheres mais jovens, dificultando o reconhecimento da situação de violência e conseqüentemente o rompimento do ciclo de agressões e a busca por ajuda (SIQUEIRA et al, 2018; MASCARENHAS et al, 2020).

Quanto à raça, foi observado a maior prevalência de notificação entre mulheres declaradas brancas (P: 1,12; IC95%: 1,02-1,24), todavia, essa associação deve ser analisada sem perder de vista o trajeto histórico de sofrimento da população negra, que apesar de ecoar números desiguais de mortalidade e violência, não possui reconhecimento social de seu luto e de seu flagelo, repercutindo inevitavelmente na subnotificação dos casos (ALVES et al, 2021) ⁽¹⁹⁾. Outro ponto a refletir na pesquisa é a maior notificação do agravo entre mulheres que não possuem deficiências ou transtornos (RP: 2,06; IC95%: 1,72-2,45), fato que deve ser observado com cautela, uma vez que essa associação pode ser resultado da subnotificação de violência, consequência das possíveis barreiras que impedem as pessoas deste grupo de acessarem os serviços assistenciais ou de terem suas falas deslegitimadas (MASCARENHAS et al, 2020).

Nota-se dentre os achados, cerca de duas vezes mais prevalência de notificação de violência psicológica entre mulheres residentes em zona urbana ou periurbana (RP: 2,24; IC95%: 1,77-2,83). Esse cenário expressa a complexidade dos fatores relacionados a violência, uma vez que são muitos os elementos que influenciam na ocorrência das agressões. Mulheres que residem em localidades de zona urbana possuem mais acesso a equipamentos públicos notificadores e serviços de apoio, seja pela proximidade, pela oportunidade de transporte ou pelas relações de gênero menos desiguais (OLIVEIRA et al, 2021).

Dentre os autores da violência, a faixa etária de 25 anos e mais apresentou uma prevalência 52% maior quando comparada a da faixa etária de 0 a 24 anos. Esse achado

corroborar com os resultados observados em um estudo realizado em São Luiz – MA, no qual também identificou um maior registro de agressores acima de 25 anos, destacando o grupo de 26 a 34 anos de idade, identificados na análise dos registros de violência contra a mulher no período de 2009 a 2019 (DEEKE et al, 2009).

A maioria dos casos de violência psicológica foi praticada por um único perpetrador, como também identificou uma prevalência 63% maior de violência psicológica nos casos em que o agressor possui ou já possuiu o vínculo de parceiro íntimo com a mulher. Esse dado reforça que o parceiro íntimo se destaca como principal perpetrador da violência contra a mulher, situação também encontrada em um estudo que analisou 454.984 fichas de notificação de violência contra as mulheres no Brasil entre os anos de 2011 e 2017 (MASCARENHAS, 2020), no qual apontou que de todos os casos de violência contra a mulher, 62,4% se tratavam de violência perpetrada pelo parceiro íntimo. O cenário cultural brasileiro ainda reforça um sistema e um conjunto de hábitos transpassado por desigualdades de gênero, no qual a figura hegemônica masculina julga equivocadamente ter o direito de tratar a mulher conforme suas vontades (SAFFIOTI, 2015).

Os dados apresentados neste trabalho apontam que a prevalência dos casos notificados de violência psicológica de repetição é 340% maior quando comparados aos que não são de repetição. Tal dado pode ser compreendido tendo em vista que a violência psicológica ocorre por diversas vezes de forma sutil, dificultando a sua identificação. Assim, quando a mulher percebe que sofre violência, as agressões se tornaram rotineiras ou mais agravadas, somando-se a outros tipos de violência. A violência psicológica tende a ser invisibilidade pelas mulheres e pelos serviços de saúde, uma vez que este tipo de abuso pode não mostrar características físicas na vítima. Dessa forma, torna complexa sua identificação pelos profissionais de saúde, ao passo que confirma a carência de qualificação destes prestadores durante o atendimento que busquem sinais ou suspeitas de violência nas vítimas (BEZERRA e RODRIGUES, 2021).

Essa análise foi feita com base em dados secundários, contemplando as notificações de violências registradas no SINAN no estado do Espírito Santo no período de 2011 a 2018. Cabe ressaltar que pode haver limitações neste estudo frente a potencial fragilidade na qualidade dos dados fornecidos pelos Sistemas de Informação em Saúde, para minimizar essa fragilidade, o banco de dados deste estudo foi submetido a um processo de qualificação instruído pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

5 | CONCLUSÃO

As causas da violência contra a mulher estão enraizadas em uma cultura machista e patriarcal estruturada na sociedade vigente no país até os dias atuais e que coloca as mulheres em condição subalterna e vulnerável a ocorrência de violências, tanto no contexto público, quanto no privado. A partir do presente estudo pode-se verificar que a violência

psicológica, mesmo sendo responsável por danos emocionais graves a mulher, possui um percentual de notificação menor comparada aos outros tipos de violência, representando 7,0% do total de casos.

No entanto, cabe refletir se as mulheres vítimas desse tipo de violência buscam menos pelo apoio dos serviços da rede notificadora por não se compreenderem em situação de violência. Tal fato expressa a necessidade ainda vigente de se ampliar as campanhas voltadas a informar a população acerca da violência doméstica e familiar contra as mulheres, bem como do fortalecimento da rede de serviços por parte do poder público.

Os resultados do estudo evidenciam ainda a importância do trabalho voltado às mulheres que possuem maior vulnerabilidade, tendo em vista maior prevalência da violência em idosas e pessoas com deficiência, bem como, de que o poder público enfoque cada vez mais em criar políticas públicas voltadas a prevenção e enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher tendo em vista que o principal agressor se constitui no parceiro íntimo, sendo o ambiente doméstico como o de maior risco de violência para a mulher.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. 1a ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996**. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 ago 1996.

KRUG, Etienne G. *et al.* **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization (WHO); 2002.

BRASIL. **Lei nº 11.340**, de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006.

SILVA, Luciane Lemos *et al.* Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2007, v. 11, n. 21 [Acessado 9 Maio 2022], pp. 93-103. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000100009>>. Epub 31 Ago 2012. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000100009>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIVA: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

LIMA, Larissa *et al.* Milestones and legal devices to combat violence against women in Brazil. **Revista de Enfermagem Referência**. 2016; 4(11):139–146.

MARINHO, Kelly Roberta Estrela e GIRIANELLI, Vania Reis. Evolução da notificação de violência contra mulher no município de São Paulo, 2008-2015. **Cadernos Saúde Coletiva [online]**. 2020, v. 28, n. 4 [Acessado 9 Maio 2022], pp. 488-499. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040404>>. Epub 16 Dez 2020. ISSN 2358-291X. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040404>.

SILVA, Lídia Ester Lopes da; OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 331-342, jun. 2016. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000200331&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 maio 2022. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000200012>.

BARROS, Érika Neves de et al. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, **Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2016, v. 21, n. 2 [Acessado 9 Maio 2022], pp. 591-598. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10672015>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10672015>.

SANTOS, Ione Barbosa dos et al. Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2020, v. 25, n. 5 [Acessado 9 Maio 2022], pp. 1935-1946. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.19752018>>. Epub 08 Maio 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.19752018>.

SILVA, Maria Carmelita Maia e et al. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v. 22, n. 3, p. 403-412, set. 2013. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000300005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 maio 2022. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000300005>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades: panorama Espírito Santo [Internet]**. 2021. Rio de Janeiro: IBGE; 2021. Acesso em: 20 nov 2021.. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama>.

ANDRADE, Júlia de Oliveira et al. INDICATORS OF VIOLENCE AGAINST WOMEN ACCORDING TO THE REPORTS OF HEALTH SERVICES IN THE STATE OF MINAS GERAIS-BRAZIL. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**. 2016, v. 25, n. 03 [Accessed 9 May 2022], e2880015. Available from: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072016002880015>>. Epub 03 Oct 2016. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016002880015>.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. **Revista de Saúde Pública [online]**. 2010, v. 44, n. 4 [Acessado 9 Maio 2022], pp. 658-666. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400009>>. Epub 26 Jul 2010. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400009>.

ALBUQUERQUE, Leônidas de et al. Isolamento de mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: uma condição em redes sociais a Extraído da tese de doutorado intitulada: "Redes Sociais de Mulheres em Situação de Violência: Contribuições do Mapeamento das Relações Sociais para a Atenção em Saúde" desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro em 2016.. Escola Anna Nery [online]. 2017, v. 21, n. 1 [Acessado 9 Maio 2022], e20170007. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170007>>. Epub 16 Jan 2017. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170007>

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia [online]**. 2020, v. 23, n. Suppl 01 [Acessado 9 Maio 2022], e200007.SUPL.1. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1>>. Epub 03 Jul 2020. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1>.

SIQUEIRA, Vitória de Barros *et al.* Violência psicológica contra mulheres usuárias da atenção primária à saúde. **Revista de APS**, v. 21, n. 3, 2018.

ALVES KB MAGFGMSWOS. Violência contra a população negra na região sudeste do Brasil: uma análise epidemiológica. *J. Health NPEPS*, p. 1-17, 2021. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105463>.

OLIVEIRA, Andrea Silveira Lourenço Aguiar de et al. Violência psicológica contra a mulher praticada por parceiro íntimo: estudo transversal em uma área rural do Rio Grande do Sul, 2017*
* Artigo derivado de dissertação de mestrado acadêmico intitulada 'Violência psicológica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo na zona rural de Rio Grande, RS', defendida por Andrea Silveira Lourenço Aguiar de Oliveira junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande, em 2020.. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**. 2021, v. 30, n. 4 [Acessado 9 Maio 2022], e20201057. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400017>>. Epub 19 Nov 2021. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400017>.

DEEKE, Leila Platt et al. A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saúde e Sociedade [online]**. 2009, v. 18, n. 2 [Acessado 9 Maio 2022], pp. 248-258. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000200008>>. Epub 01 Jul 2009. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000200008>.

SAFFIOTI, Heleieth. Gênero, patriarcado, violência. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015.

COSTA, Aída Miranda da. Violência contra a mulher: caracterização de casos atendidos em um centro estadual de referência. **Rev. Rene. [Internet]** 2011; 12(3) [acesso em 15 mar 2007]. Disponível: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/274/pdf>.

BEZERRA, Amanda Ribeiro; RODRIGUES, Zulimar Márita Ribeiro. Violência contra mulheres: o perfil da vítima e do agressor em São Luís - MA. **Revista do Departamento de Geografia**, [S. l.], v. 41, n. 1, p. e176806, 2021. DOI: 10.11606/eISSN.2236-2878.rdg.2021.176806. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdg/article/view/176806>. Acesso em: 9 maio. 2022.

A IMPORTÂNCIA DO EXAME PAPANICOLAU E AS POLÍTICAS DE TRATAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Data de aceite: 01/06/2022

Pâmela Cristina Rodrigues Cavati

Universidade UniRedentor
São Mateus – Espírito Santo
<https://orcid.org/0000-0003-0278-6265>

Genilce Daum da Silva

Universidade São Camilo (USC)
Cachoeiro de Itapemirim – Espírito Santo
<https://orcid.org/0000-0001-9732-7082>

Maria Gabriela do Carmo Sobrosa

Instituto Federal do Espírito Santo (IFES)
Cachoeiro de Itapemirim – Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/4124367303388585>

Shirley Marizete Sandrine de Oliveira

Universo Universidade Salgado de Oliveira
São Mateus – Espírito Santo
<https://orcid.org/0000-0002-1932-8642>

Maria Vanderléia Saluci Ramos

Universidade Vale do Cricaré (UVC)
São Mateus – Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/1744846514278221>

RESUMO: Trata-se de uma revisão bibliográfica que busca apresentar a importância do exame Papanicolau e as políticas de tratamento do câncer do colo do útero com base nas políticas públicas existentes e nas possíveis políticas de saúde na área. No Brasil, o controle do câncer tem seu ponto de partida em iniciativas pioneiras de profissionais que trouxeram para o país a citologia e a colposcopia, a partir dos anos 1940. Após a criação do Sistema Único de

Saúde (SUS) pela Constituição de 1988 e sua regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde de 1990, o MS assumiu a coordenação da política de saúde no país. O câncer cervical é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, matando cerca de 230.000 mulheres por ano. Em países menos desenvolvidos, a incidência é cerca de duas vezes mais alta que em países mais desenvolvidos. A citologia vaginal do tumor, ou Papanicolau, é um método manual realizado por enfermeiras e médicos. A coloração multicolor de lâminas de vidro contendo células cervicais esfoliadas pode identificar células sugestivas de malignidade pré-invasiva. A adesão ao exame papanicolau é a melhor maneira de descobrir e tratar o problema a tempo. Não se trata de um câncer agressivo como os outros, principalmente se descoberto no início, mas a adesão ao exame e as formas de prevenção ainda são pouco difundidas.

PALAVRAS-CHAVE: Exame Papanicolau. Câncer do Colo do útero. Saúde Pública. Políticas de Saúde.

THE IMPORTANCE OF THE PANIC EXAM AND THE TREATMENT POLICIES OF CERVICAL CANCER: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

ABSTRACT: This is a literature review that seeks to present the importance of the Pap smear and cervical cancer treatment policies based on existing public policies and possible health policies in the area. In Brazil, cancer control has its starting point in pioneering initiatives by professionals who brought cytology and colposcopy to the country, starting in the 1940s.

After the creation of the Unified Health System (SUS) by the 1988 Constitution and its regulation by the Organic Health Law of 1990, the MS assumed the coordination of health policy in the country. Cervical cancer is the second most common cancer among women, killing an estimated 230,000 women each year. In less developed countries, the incidence is about twice as high as in more developed countries. Vaginal tumor cytology, or Pap smear, is a manual method performed by nurses and doctors. Multicolor staining of glass slides containing exfoliated cervical cells can identify cells suggestive of preinvasive malignancy. Adhering to the Pap smear is the best way to discover and treat the problem in time. It is not an aggressive cancer like the others, especially if discovered at the beginning, but adherence to the exam and forms of prevention are still not widespread.

KEYWORDS: Pap smear. Cervical Cancer. Public health. Health policies.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, o controle do câncer tem seu ponto de partida em iniciativas pioneiras de profissionais que trouxeram para o país a citologia e a colposcopia, a partir dos anos 1940 (BRASIL, 2016).

Em 1956, o presidente Juscelino Kubitschek patrocinou a construção do Centro de Pesquisas Luíza Gomes de Lemos, da Fundação das Pioneiras Sociais, no Rio de Janeiro, atualmente integrado ao Instituto Nacional de Câncer (INCA), para atender aos casos de câncer de mama e aparelho genital feminino, e que tinha Arthur Campos da Paz em sua direção. Esta, possivelmente, foi a primeira iniciativa de dimensão institucional direcionada para o controle do câncer do colo do útero em nosso país (BRASIL, 2016).

Em 1968, José Aristodemo Pinotti iniciou um programa de controle do câncer do colo do útero para Campinas e região, com base na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). No início dos anos 1970, João Sampaio Góes iniciou programa semelhante atingindo vários municípios do Estado de São Paulo com base na Fundação Centro de Pesquisa em Oncologia, hoje designada Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP), e no Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC) (BRASIL, 2016).

Outras iniciativas em menor dimensão ocorreram em outros locais do Brasil. Entre 1972 e 1975, o Ministério da Saúde (MS), por meio de sua recém-instituída Divisão Nacional de Câncer, desenvolveu e implementou o Programa Nacional de Controle do Câncer, que se destinava a enfrentar o câncer em geral, mas que deu destaque ao rastreamento do câncer do colo do útero. Esta foi a primeira ação de âmbito nacional do MS (INCA, 2016).

Em 1984, foi implantado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que previa que os serviços básicos de saúde oferecessem às mulheres atividades de prevenção do câncer do colo do útero. A principal contribuição desse Programa ao controle do câncer do colo do útero foi introduzir e estimular a coleta de material para o exame citopatológico como procedimento de rotina da consulta ginecológica (BRASIL, 2016).

Em 1986, foi constituído o Programa de Oncologia (PRO-ONCO), que elaborou

o projeto “Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-uterino”, identificando as ações necessárias para a expansão do controle dessa neoplasia: integração entre os programas existentes e entre eles e a comunidade para efetivar o atendimento às mulheres; ampliação da rede de coleta de material e da capacidade instalada de laboratórios de citopatologia; articulação da rede primária com os serviços de níveis secundário e terciário para o tratamento. Uma grande contribuição do PRO-ONCO foi a realização da reunião nacional, em 1988, conhecida por “Consenso sobre a Periodicidade e Faixa Etária no Exame de Prevenção do Câncer Cérvico-uterino” (BRASIL, 2016).

Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988 e sua regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde de 1990, o MS assumiu a coordenação da política de saúde no país. O INCA passou a ser o órgão responsável pela formulação da política nacional do câncer, incorporando o PRO-ONCO. A manutenção das altas taxas de mortalidade por câncer do colo uterino levou a direção do INCA, atendendo solicitação do MS, a elaborar, ao longo de 1996, um projeto-piloto chamado “Viva Mulher”, dirigido a mulheres com idade entre 35 e 49 anos. Foram desenvolvidos protocolos para a padronização da coleta de material, para o seguimento e conduta frente a cada tipo de alteração citológica. Introduziu-se também a cirurgia de alta frequência para tratamento das lesões pré-invasoras do câncer. Por ser um projeto-piloto, sua ação ficou restrita aos locais onde foi implementado: Curitiba, Recife, Distrito Federal, Rio de Janeiro, Belém e Sergipe (BRASIL, 2016).

A avaliação de programas e serviços de saúde tem permitido o desenvolvimento de pesquisas com diferentes enfoques: cobertura, acesso, efetividade, eficiência, satisfação do usuário, qualidade técnica e científica, entre outros. Avaliar o escopo de uma intervenção é um pré-requisito para avaliar outras características, pois para discutir qualidade, impacto e satisfação do usuário, as atividades e serviços devem ser previamente oferecidos à população (ALBUQUERQUE, et al., 2009).

Com base nessa experiência, as ações foram expandidas para todo o país já como Programa Nacional de Controle do Colo do Útero – Viva Mulher. Foi desenvolvida a primeira fase de intensificação, no período de agosto a setembro de 1998, com a adoção de estratégias para estruturação da rede assistencial, estabelecimento de um sistema de informações para o monitoramento das ações e dos mecanismos para mobilização e captação de mulheres, assim como definição das competências nos três níveis de governo (INCA, 2016).

Em 1998, foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero, com a publicação da Portaria GM/MS nº 3.040/98, de 21 de junho de 1998. A coordenação do Programa foi transferida para o INCA por meio da Portaria GM/MS nº 788/99, de 23 de junho de 1999. Foi também nesse ano que se instituiu o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) como componente estratégico no monitoramento e gerenciamento das ações (Portaria nº 408, de 30 de agosto

de 1999).

Em 2002, o fortalecimento e a qualificação da rede de atenção primária, bem como a ampliação de centros de referência possibilitaram a realização de uma segunda fase de intensificação, priorizando mulheres que jamais haviam se submetido ao exame preventivo ou que estavam sem fazê-lo há mais de três anos (INCA, 2011).

Em 2005, foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e de mama como componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde (Portaria GM nº 2.439/2006, de 31 de dezembro de 2005).

A melhor forma de diagnosticar o câncer de colo do útero precocemente é fazer o exame Papanicolau periodicamente, que pode ser combinado com o teste para HPV. Como o Papanicolau se tornou rotineiro no país, diagnosticar lesões pré-invasivas (pré-cancerígenas) do colo do útero se tornou muito mais comum do que diagnosticar um câncer invasivo. Estar alerta para quaisquer sinais e sintomas de câncer de colo do útero também pode evitar atrasos desnecessários no diagnóstico da doença. A detecção precoce melhora as chances de sucesso do tratamento e impede que as alterações precoces das células do colo do útero se tornem cancerígenas (ONCOGUIA, 2020).

Com base no lastro inicial, propõe-se como objetivo desta revisão bibliográfica apresentar a importância do exame papanicolau, os dados referentes a sua incidência e as políticas públicas de atendimento e tratamento.

2 | O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O câncer cervical é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, matando cerca de 230.000 mulheres por ano. Em países menos desenvolvidos, a incidência é cerca de duas vezes mais alta que em países mais desenvolvidos. A incidência do câncer cervical se manifesta na faixa etária de 20 a 29 anos, e o risco aumenta rapidamente até atingir o pico na faixa etária de 45 a 49 anos (FERREIRA, 2009).

O processo de formação do câncer é chamado de carcinogênese ou oncogênese e, em geral, acontece lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa se prolifere e dê origem a um tumor visível. Os efeitos cumulativos de diferentes agentes cancerígenos ou carcinógenos são os responsáveis pelo início, promoção, progressão e inibição do tumor (GOES, 2012).

O câncer de colo de útero é o terceiro tipo de câncer maligno com a maior frequência de acometimento em mulheres no Brasil e em outros países no processo de desenvolvimento. A prevalência desse tipo de câncer é maior quando comparada ao câncer de pele e de mama. Estima-se, que anualmente, 520 mil novos casos são registrados e aproximadamente 270 mil mulheres que desenvolvem o câncer de colo de útero morrem em consequência do surgimento de lesões cancerígenas graves. Somente no ano de 2016,

foram registrados 16.340 novos casos no Brasil e mais de 5 mil mortes por essa condição (SILVA, et al., 2018).

A neoplasia é uma proliferação anormal do tecido, que foge parcial ou totalmente ao controle do organismo e tende à autonomia e à perpetuação, com efeitos agressivos sobre o homem. Neoplasias podem ser benignas ou malignas. As neoplasias benignas ou tumores benignos têm seu crescimento de forma organizada, geralmente lento, expansivo e apresentam limites bem nítidos. Apesar de não invadirem os tecidos vizinhos, podem comprimir os órgãos e tecidos adjacentes, bem como o lipoma (que tem origem no tecido gorduroso), o mioma (que tem origem no tecido muscular liso) e o adenoma (tumor benigno das glândulas) são exemplos de tumores benignos. As neoplasias malignas ou tumores malignos manifestam um maior grau de autonomia e são capazes de invadir tecidos vizinhos e provocar metástases, podendo ser resistentes ao tratamento e causar a morte do hospedeiro (INCA, 2011).

O carcinoma endometrial é um tumor epitelial maligno, que exhibe diferenciação glandular, sendo, portanto, o adenocarcinoma seu principal tipo histológico, em 80% dos casos e está associado ao uso de estrogênio, esse hormônio desempenha um papel importante na etiologia da doença. Os tumores do Tipo I são de baixo grau de malignidade e estão relacionados ao estrogênio; os do Tipo II não estão associados ao estrogênio, e são os adenocarcinomas de células não serosas e não claras que apresentam maior taxa de mortalidade (FEBRASGO, 2010).

Com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, excetuando-se os casos de pele não melanoma. Ele é responsável por 265 mil óbitos por ano, sendo a quarta causa mais frequente de morte por câncer em mulheres. No Brasil, em 2018, eram esperados 16.370 casos novos, com um risco estimado de 17,11 casos a cada 100 mil mulheres. Em 2016, ocorreram 5.847 óbitos por esta neoplasia, representando uma taxa de mortalidade ajustada para a população mundial de 4,70 óbitos para cada 100 mil mulheres (INCA, 2019).

3 | O EXAME PAPANICOLAU E SUA IMPORTÂNCIA

A citologia vaginal do tumor, ou Papanicolau, é um método manual realizado por enfermeiras e médicos. A coloração multicolor de lâminas de vidro contendo células cervicais esfoliadas pode identificar células sugestivas de malignidade pré-invasiva. A inspeção é realizada durante o planejamento familiar, inspeções pré-natais, exames ginecológicos e outras consultas. Geralmente é realizado na mesma mulher que participa dos serviços de saúde (JORGE et al., 2011).

Com o intuito de otimizar os recursos disponíveis, o exame Papanicolau deve ser oferecido às mulheres entre 25 e 65 anos e às que iniciaram a atividade sexual antes dessa faixa etária, com ênfase entre 45 e 49 anos (período

que corresponde ao pico de incidência das lesões precursoras e antecede o pico de mortalidade pelo câncer). Após duas colheitas anuais negativas, a periodicidade poderá ser trienal, permitindo identificar os casos nos quais possa ter ocorrido um resultado falso-negativo. No entanto, o câncer cervical está entre os cânceres mais incidentes no sexo feminino, ocupando, respectivamente, o segundo e o terceiro lugares no mundo e no Brasil (JORGE et al., 2011, s/p).

O exame Papanicolau tem a função de identificar doenças como o câncer de colo do útero e garantir que o tratamento seja realizado previamente, pois quanto antes iniciado, maiores serão as chances de cura. O câncer cervical, que é outro nome dado ao câncer de colo do útero, é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres em todo o mundo, com aproximadamente 528.000 novos casos (OLIVEIRA, et al., 2018).

De acordo com as estimativas do Globocan 2012 as maiores taxas de incidência padronizada foram observadas em países menos desenvolvidos, chegando a 42,7 casos novos por 100 mil mulheres, na África Oriental, e as menores na Austrália/Nova Zelândia (5,5 por 100 mil mulheres) e Ásia Ocidental (4,4 por 100 mil mulheres). No Brasil, em 2014, estimou-se que o câncer de colo de útero foi o terceiro mais incidente entre as mulheres (15.590 casos novos), representando 5,7% dos cânceres nesse grupo (exceto pele não melanoma), com uma taxa de incidência de 15,3 casos novos por 100 mil mulheres (OLIVEIRA, et al., 2018, s/p).

O câncer do colo do útero merece grande atenção dos profissionais médicos, principalmente da equipe de enfermagem, e essa categoria pode controlar a doença promovendo a saúde, prevenindo e detectando precocemente a doença, além de fornecer ajuda para curar ou reduzir as funções causadas pela doença ou seu tratamento. Além das condições de perda estética, também deve ser tratadas na unidade de saúde da família (ANDRADE et al., 2013).

Na pesquisa realizada por Lima e colaboradores (2017) as mulheres, quando questionadas sobre os fatores que dificultam a realização do exame de Papanicolau, responderam que o medo da detecção de alguma patologia além de dor, vergonha e desinteresse, conforme evidenciado pelos depoimentos.

Ao diagnosticar e tratar o câncer do colo do útero em seus estágios iniciais ou em sua fase precursora, apresenta alto potencial de cura de até 100%, o que justifica o rastreamento de base populacional em mulheres. No Brasil, o exame de Papanicolau (citologia ou citologia oncológica) é recomendado para a população-alvo de mulheres de 25 a 64 anos que já tiveram relações sexuais (OLIVEIRA, et al., 2018).

4 | PANORAMA DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NO BRASIL E NA AMÉRICA LATINA

No Brasil, em 2018, segundo Instituto Nacional do Câncer (INCA), eram esperados 16.370 casos novos, com um risco estimado de 17,11 casos a cada 100 mil mulheres. É

a terceira localização primária de incidência e de mortalidade por câncer em mulheres no país, excluído pele não melanoma. Em 2016, ocorreram 5.847 óbitos por esta neoplasia, representando uma taxa de mortalidade ajustada para a população mundial de 4,70 óbitos para cada 100 mil mulheres (INCA, 2018).

O câncer do colo do útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil (BRASIL, 2019).

Prova de que o país avançou na sua capacidade de realizar diagnóstico precoce é que na década de 1990, 70% dos casos diagnosticados eram da doença invasiva, ou seja o estágio mais agressivo da doença. Atualmente 44% dos casos são de lesão precursora do câncer, chamada *in situ*. Esse tipo de lesão, é classificada como carcinoma *in situ* como estágio inicial, muitas vezes, ele é considerado um pré-câncer, porque as células cancerosas estão apenas na camada superficial do colo do útero (BRASIL, 2019).

Segundo OPAS (2019), o câncer é a segunda principal causa de morte nas Américas, sendo que em 2018, houve 3.792.000 novos casos, 21% do total no mundo e 1.371.000 mortes por câncer na Região. Existe a previsão de que, até 2030, a carga de câncer aumentará em 32% para mais de cinco milhões de pessoas diagnosticadas a cada ano na Região, com base no envelhecimento da população, exposição a fatores de risco e transição epidemiológica. As maiores taxas de incidência de câncer são observadas nos Estados Unidos, Canadá, Uruguai, Porto Rico, Barbados, Argentina, Brasil, Cuba, Jamaica e Costa Rica.

A mortalidade por câncer é mais alta no Uruguai, Barbados, Jamaica, Cuba, Argentina, Haiti, Trinidad e Tobago, Suriname, Chile e República Dominicana. A cada ano, mais de 1,8 milhão de novos casos e cerca de 658 mil mortes ocorrem entre as mulheres nas Américas (OPAS, 2019).

Entre países desenvolvidos, subdesenvolvidos e em transição, existe uma grande diferença na incidência de exames Papanicolau realizados e no número de doenças detectadas. Mas, há que se considerar que nem todos os Países oferecem sistema público de saúde, e por isso, a realização do exame pode ser dificultada.

Como se trata de exame de baixo custo, facilita a realização através de laboratórios particulares. Em Países desenvolvidos, onde o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é melhor, o acesso à saúde, mesmo que particular, é facilitado, logo há que se presumir que as mulheres consigam obter o diagnóstico precoce. Mas o que os dados supracitados apontam, é que na América, os Países mais populosos (Estados Unidos e Brasil), são os que mais apresentam casos de câncer de colo do útero.

O diagnóstico certamente está ligado ao fato da realização do exame. Em Países pobres, exemplificando com o País mais pobre da América Latina, o Haiti, muitas mulheres não conseguem sequer diagnosticar a doença, e podem vir a óbito sem sequer saber o motivo.

5 | ANALISANDO A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Particularmente em países como o Brasil e outros da América Latina, a péssima distribuição de renda, o analfabetismo e o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e ambiente têm um papel muito importante nas condições de vida da população (BUSS, 2000).

Entre os fatores supracitados, além da insuficiência de recursos humanos, a demora das mulheres ou sua ausência ao serviço de saúde para realizar o exame preventivo, ou tomar conhecimento do resultado do exame preventivo pode estar associada ao modo como o profissional acolhe essas usuárias e como essas mulheres entendem a importância do exame preventivo (JORGE et al., 2011).

É necessário estimular a população feminina a determinar suas próprias metas de saúde e comportamentos, a aprender sobre saúde e doenças, com estratégias de intervenção e de apoio, com aconselhamentos e supervisão contínua. As áreas de interesse especial na promoção de saúde da mulher incluem a higiene pessoal, estratégias para detectar e prevenir doenças, em particular as doenças sexualmente transmissíveis (ISTs), tais como infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), e aspectos relacionados à sexualidade e ao funcionamento sexual, como contracepção, menopausa, entre outros (CASARIN, 2011).

Cada mulher é um ser único e possui sua própria singularidade e compreensão sobre o contexto que envolve o exame citopatológico. Um procedimento, a princípio simples aos olhos do profissional, pode ser percebido pela mulher como uma experiência agressiva, tanto física quanto psicologicamente, pois a mulher que busca o serviço traz consigo suas bagagens social, cultural, familiar e religiosa (JORGE et al., 2011).

Apesar da herança genética ser fator de grande relevância na determinação da suscetibilidade à doença, o desenvolvimento dessas morbidades se dá, primordialmente, por fatores ambientais e do estilo de vida. Estima-se que 75% dos casos novos de doenças não-transmissíveis poderiam ser explicados por dieta e inatividade física. O baixo condicionamento cardiorrespiratório, a pouca força muscular e o sedentarismo, por exemplo, aumentam em três a quatro vezes a prevalência da Síndrome Metabólica (COELHO, 2009).

A responsabilidade sobre as consequências de um sexo inseguro é constantemente despejada sobre as mulheres, como por exemplo quando acontece a gravidez. Fatores ligados ao conservadorismo social precisam ser superados, e a autonomia feminina estabelecida, para que a mulher se sinta segura ao buscar proteção e cuidados com a saúde (LAPLANCHE, 1995).

6 I RELAÇÃO E CUSTO DO TRATAMENTO E DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O exame Papanicolau é realizado no Brasil através do SUS. Trata-se de garantia do direito fundamental a saúde, que no Brasil é uma das garantias mais importantes, já que está diretamente ligada ao principal bem jurídico tutelado pelo Estado, a vida.

O custo do Exame Papanicolau é baixo, segundo o Instituto Oncoguia, o valor pago pelo SUS por cada exame é de R\$6,97. Entretanto, a grande demanda de exames a serem realizados, faz com que o custo total alcance cifras milionárias, o que dificulta a compra e reposição do estoque, já que o estado libera uma cota de exames mensalmente (ONCOGUIA, 2018).

O SUS não divulga os valores totais, mas é de se presumir, devido à complexidade que se observa, que o tratamento do câncer de colo de útero é muito mais custoso financeiramente e fisicamente, que a realização do exame. Todavia, a prevenção muitas das vezes é dificultada pela falta de exames, que não são comprados em quantidade suficiente para atender todas as mulheres.

Segundo Corrêa e Russomano (2012), o modelo de prevenção proposto para os países desenvolvidos, baseado na utilização da vacinação contra HPV e dos testes de detecção de HPV, não deve ser generalizado e importado para outros cenários sem a avaliação prévia da viabilidade, da sustentabilidade e da sua relação de custo-efetividade. Estratégias e tecnologias diversas estão sendo amplamente pesquisadas e avaliadas em países com diferentes padrões de desenvolvimento, o que contraria os interesses da indústria, pois esses países consistem em potenciais e atrativos mercados a serem explorados.

Sua incidência nos países em desenvolvimento é cerca de 5 vezes maior do que em países mais ricos. Cerca de metade das pacientes com esta neoplasia relatam nunca terem feito Papanicolau e a proporção daquelas que não fizeram regularmente é relevante (FEBRASGO, 2017).

Segundo Rico e Iriart (2013), outra questão envolvida na adesão à prática preventiva está relacionada aos valores morais inseridos nos significados e nas práticas relacionadas à doença. Torna-se mais difícil a visualização do câncer de colo uterino como risco potencial para mulheres com parceiro fixo, idade avançada e ausência de atividade sexual. Dessa forma, as estratégias de informações acerca da doença e do objetivo do preventivo são recomendadas a esse grupo de mulheres em especial.

De acordo com Santos e Melo (2011), outro aspecto a ser considerado é o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento efetivo. A disponibilidade e a qualidade dos serviços de saúde influenciam diretamente a sobrevivência dos pacientes, que é aumentada ou diminuída conforme o acesso aos serviços de saúde, a existência de programas de rastreamento, a eficácia das intervenções e a disponibilidade de meios diagnósticos e de

tratamento.

Em 2011, o Tribunal de Contas da União (TCU) divulgou relatório técnico baseado nos dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e nos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), indicando que os tratamentos oncológicos providos pelo SUS não ocorriam no tempo adequado (BRASIL, 2011).

Visando estabelecer prazos que garantam o tratamento dos pacientes diagnosticados com câncer em momento oportuno, foi publicada a Lei Federal nº 12.732/2012 fixando prazo de até 60 dias contados a partir da data da confirmação do diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor para que o paciente com neoplasia maligna inicie o tratamento no SUS (BRASIL, 2012).

7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adesão ao exame papanicolau é a melhor maneira de descobrir e tratar o problema a tempo. Não se trata de um câncer agressivo como os outros, principalmente se descoberto no início, mas a adesão ao exame e as formas de prevenção ainda são pouco difundidas. A prevenção do câncer de colo uterino inclui a detecção precoce e a vacinação contra o HPV. Tanto a incidência como a mortalidade por câncer do colo do útero foram reduzidas significativamente em países desenvolvidos com programas organizados de rastreamento de base populacional com o exame citopatológico do colo do útero (Papanicolau). Também há que se tratar questões impostas à sociedade e que formaram tabus, difíceis de serem superados. A questão da vida sexual ativa em idades avançadas, da realização do sexo, e a marginalização da sexualidade feminina, são problemas que potencializam o câncer do colo do útero.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, K.M.; et al. **Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, 2009; 25(2): 301-309.

ANDRADE, S. S. C.; et al. **Compreensão de usuárias de uma Unidade de Saúde da Família sobre o exame Papanicolaou.** Ciência & Saúde Coletiva, 2013; 18(8): 2301-2310.

BRASIL. **Tribunal de Contas da União. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas do Governo.** Relatório de auditoria operacional na Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasília, DF: TCU; 2011.

_____. **Lei nº 12732, de 22 de novembro de 2012.** Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União. 23 nov 2012.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: (INCA, 2016).

_____. 2019: **HPV: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção.** Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/hpv>. Acesso: 29 de fev. de 2020

BUSS, P.M. **Promoção da saúde e qualidade de vida.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2000, vol.5, n.1, pp.163-177. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n9/1413-8123>. Acesso em: 11 de jul. 2019.

CASARIN, M. R.; PICCOLI, J. C. E. **Educação em Saúde para a prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do Município de Santo Angelo/RS.** *Ciência. saúde coletiva* vol.16 n° 9 Rio de Janeiro Sept 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000029. Acesso em: 12 de set. 2019.

COELHO, C.F.; BURINI, R.C. **Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional.** *Rev. Nutr.* vol.22 no.6 Campinas Nov./Dec. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732009000600015>. acesso 19 de set. 2019.

CORRÊA, F.M.; RUSSOMANO, F.B. **Novas Tecnologias de Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Quem de Fato se Beneficia?.** *Revista Brasileira de Cancerologia* 2012; 58(3): 525-527. Acesso em: 03 de mar. 2020.

FEBRASGO: **Manual de Orientação Ginecológica Oncológica.** Disponível em: https://www.febasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_Ginecologia_Oncologica.pdf. Acesso em: 28 de fev. 2020.

FEBRASGO. **Rastreamento para câncer de colo uterino: o que há de novo?.** Disponível em: <https://www.febasgo.org.br/pt/noticias/item/156-rastreamento-para-cancer-de-colo-uterino-o-que-ha-de-novo>. Acesso em: 03 de mar. 2020.

FERREIRA, M. L. S. M. **Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres.** *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 2009; 13(2): 378-384.

GOES, Claudio. *Biologia. Fundamentos de oncologia.* Disponível em: http://www.colegiogregormendel.com.br/gm_colegio/pdf/2012/textos/3ano/biologia/7.pdf. Acesso em: 10 de ago. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Atlas da Mortalidade.** Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>. Acesso em: 28 de ago. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Tipos de câncer: colo de útero,** 2014 Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao. Acesso em: 20 de ago. 2019.

JORGE, R. J. B.; et al. **Exame Papanicolaou: sentimentos relatados por profissionais de enfermagem ao se submeterem a esse exame.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(5): 2443-2451.

LAPLANCHE, J. **Vida e morte em psicanálise.** Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

LIMA, M.B.; et al. **Motivos que influenciam a não realização do exame papanicolaou segundo a percepção das mulheres.** Temas em Saúde, 2017; 17(1): 353-369.

OLIVEIRA, M. M, et al. **Cobertura de exame Papanicolaou em mulheres de 25 a 64 anos, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2013.** Revista Brasileira de Epidemiologia, 2018; 21(1): 1-21.

_____. 2020. **Câncer, uma doença genética.** Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cancer-uma-doenca-genetica/10840/7/>. Acesso em: 10 de set. 2019.

OPAS/OMS/BRASIL. **Câncer de colo do útero é 3º mais comum entre mulheres na América Latina e Caribe.** Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5865:cancer-de-colo-do-utero-e-3-mais-comum-entre-mulheres-na-america-latina-e-caribemas-pode-ser-prevenido&Itemid=839. Acesso em: 16 de set. 2019.

RICO, A. M.; IRIART, J. A. B.; **Tem mulher, tem preventivo: sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil.** Cad. Saúde Pública, 2013; 29(9):1763-1773.

SANTOS, R.S.; MELO, E.C.P.; **Mortalidade e assistência oncológica no Rio de Janeiro: câncer de mama e colo uterino.** Esc Anna Nery, 2011; 15(2):410-416.

SILVA, J. P.; et al. **Exame Papanicolaou: fatores que influenciam a não realização do exame em mulheres de 40 a 65 anos.** Arq. Ciênc. Saúde, 2018; 25(2): 15-19.

RELATO DE CASO DE TUMOR DE BAINHA DE NERVO PERIFÉRICO NA MAMA

Data de aceite: 01/06/2022

Data de submissão: 06/04/2022

Maria Fernanda de Lima Veloso

Faculdade Pernambucana de Saúde
Recife – PE

<http://lattes.cnpq.br/4107771703383058>

Maria Beatriz Nunes de Figueiredo Medeiros

Uninassau
Recife – PE

<http://lattes.cnpq.br/9481399810216645>

Maria Vitória Souza de Oliveira

Uninassau
Recife – PE

<http://lattes.cnpq.br/4118495104589371>

Maria Augusta Monteiro Perazzo

Faculdade Pernambucana de Saúde
Recife – PE

<http://lattes.cnpq.br/7432329818921500>

Larissa Barros Camerino

Uninassau
Recife – PE

<http://lattes.cnpq.br/3667124184208653>

Darley de Lima Ferreira Filho

Uninassau
Recife – PE

<http://lattes.cnpq.br/6576568654258623>

podendo surgir espontaneamente ou associados à neurofibromatose tipo 1, como ocorre em aproximadamente 50% dos casos. Esse tipo de tumor afeta predominantemente as grandes raízes nervosas, como plexo braquial, e algumas outras como as retroperitoneais e as da cabeça; a mama é uma localização extremamente rara. A histogênese, o diagnóstico e o tratamento destes tumores são controversos, por conta da raridade da doença e, conseqüentemente, pela falta de estudos sobre o tema. O objetivo desse trabalho é relatar o caso de uma paciente portadora de TMBNP na mama, cujas informações foram obtidas por meio de revisão da literatura e de relato de caso. Não foi possível entrevistar a paciente, pois esta veio a óbito. Os resultados evidenciaram caráter agressivo do tumor, expressado por elevada taxa de recorrência em curto período de tempo, seguidas de inúmeros procedimentos cirúrgicos como tentativas terapêuticas e metástase, com evolução para óbito. Assim como consta na literatura, devido à raridade do caso não foi possível embasamento em critérios diagnósticos padronizados, mas realçou-se a importância da imuno-histoquímica no mesmo. A raridade do TMBNP explica a importância da divulgação desse caso que, somada à incrementação deste na literatura, facilitam a identificação dessa condição e, conseqüentemente, diminuindo o tempo para o diagnóstico e interferindo na proposta terapêutica, melhorando substancialmente as probabilidades de cura e sobrevida dos pacientes.

PALAVRAS CHAVE: Tumor; Raro; Mama.

RESUMO: O tumor maligno da bainha do nervo periférico (TMBNP) é um tumor raro que representa até 10% dos sarcomas mamários,

CASE REPORT OF A PERIPHERAL NERVE SHEATH TUMOR IN THE BREAST

ABSTRACT: Malignant peripheral nerve sheath tumor (PNBMT) is a rare tumor that represents up to 10% of breast sarcomas, and may arise spontaneously or associated with type 1 neurofibromatosis, as occurs in approximately 50% of cases. This type of tumor predominantly affects the large nerve roots, such as the brachial plexus, and some others, such as the retroperitoneal and the head; the breast is an extremely rare location. The histogenesis, diagnosis and treatment of these tumors are controversial, due to the rarity of the disease and, consequently, the lack of studies on the subject. The objective of this study is to report the case of a patient with NPMD in the breast, whose information was obtained through a literature review and a case report. It was not possible to interview the patient, as she died. The results showed an aggressive character of the tumor, expressed by a high rate of recurrence in a short period of time, followed by numerous surgical procedures such as therapeutic attempts and metastasis, with evolution to death. As stated in the literature, due to the rarity of the case, it was not possible to base it on standardized diagnostic criteria, but the importance of immunohistochemistry was highlighted. The rarity of the TMBNP explains the importance of publicizing this case, which, added to the increase in this case in the literature, facilitate the identification of this condition and, consequently, reducing the time for diagnosis and interfering with the therapeutic proposal, substantially improving the probabilities of cure and survival of patients. patients.

KEYWORDS: Tumor; Rare; Mama.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma neoplasia prevalente no mundo, acometendo, principalmente, o público feminino. No Brasil, por exemplo, estima-se que ocorreram aproximadamente 2,3 milhões de novos casos em 2020, e a estimativa para 2021 foi de 66.280 casos novos da doença. (inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/conceito-e-magnitude). Dentro desse espectro de casos existem diversos tipos de câncer de mama envolvidos, variando de acordo com fatores genéticos, células de origem e células atingidas, velocidade de proliferação, entre outros. Um tipo de câncer de mama raro, que corresponde a menos de 1% dos casos, são os angiossarcomas ou sarcomas.⁹

Os sarcomas de mama constituem um grupo de tumores malignos histologicamente heterogêneos que se originam do tecido conjuntivo da mama, mais especificamente de células que revestem os vasos sanguíneos ou linfáticos.⁹ Esses tumores podem ser classificados em primários ou secundários, sendo o primeiro mais relacionado com condições genéticas, enquanto que o sarcoma secundário tem sido considerado como um possível efeito adverso do tratamento com radioterapia para outro tumor na região e/ou de um linfedema crônico de qualquer etiologia.^{4,1} A incidência, tipo histológico e curso clínico dos sarcomas da mama não são bem estabelecidos por conta da raridade do tumor⁶, mas a literatura disponível traz que a idade média de diagnóstico situa-se entre 45 e 50 anos⁴; que uma propriedade histológica bem característica destes tumores é a extensão

microscópica, as vezes impedindo a ressecção cirúrgica completa ⁶; e que a clínica varia de acordo com o subtipo - dentro do grupo de sarcomas primários, por exemplo, existem tumores filoides malignos, carcinosarcomas, lipossarcomas, entre outros – ⁸, podendo se manifestar para além do tecido mamário, atingindo também a pele da mama ⁹

O tumor maligno da bainha do nervo periférico (TMBNP), anteriormente chamado de schwannoma maligno, é um tumor raro que representa até 10% dos sarcomas. É um tumor que pode surgir espontaneamente, mas em aproximadamente 50% dos casos estão associados à neurofibromatose do tipo 1 (NF1), também conhecida como doença de von Recklinghausen ³, que consiste numa facomatose, um distúrbio neurocutâneo autossômico dominante, caracterizada por diversas anormalidades neuroectodérmicas, por exemplo, múltiplas manchas cutâneas “café com leite”, sardas axilares e múltiplos tumores de nervos periféricos. ^{3,7} Esse tipo de tumor acomete majoritariamente indivíduos entre os 20 e 50 anos, atingindo igualmente ambos os sexos, apesar de que existem algumas fontes que afirmam que nos doentes com neurofibromatose tipo 1 ocorre prevalência entre os indivíduos do sexo masculino.⁵ É importante pontuar que os tumores de nervos periféricos afetam, com maior frequência, as grandes raízes nervosas, como plexo braquial e sacral, e algumas outras como as retroperitonais, da cabeça, do pescoço, do tronco e dos membros. ³A histogênese destes tumores é controversa, novamente por conta da raridade da doença e, conseqüentemente, pela falta de estudos sobre o tema, mas admite-se que há o acometimento de células de Schwann, de células de derivação mesenquimal, como os fibroblastos, e de outras células perineurais.⁷ Além disso, ainda sobre a histologia, esses tumores são caracterizados pela alternância de áreas com elevada densidade celular com outras de baixa densidade celular; por um padrão em paliçada, caracterizado por núcleos perpendiculares à superfície do agrupamento; e por um pleomorfismo celular, visto que as células malignas podem ser fusiformes ou arredondadas, de modo que todas essas características contribuem para a dificuldade do diagnóstico. ³A imunohistoquímica assume particular importância no diagnóstico por conta dessa heterogenicidade da histologia. Cerca de 50% a 90% dos casos coram para a proteína S-100, 50% para a proteína básica da mielina e 40% para leu-7 (ou CD 57).³

Apesar dos TMBNP ter a clínica variável, na maior parte dos casos se manifestam como massa dolorosa de crescimento rápido com ou sem sintomas neurológicos associados, como parestesias e fraqueza muscular, que, quando ocorrem, raramente precedem a detecção da tumefação. A mama é uma localização extremamente rara e quando ocorre cursa com a presença de nódulo. ³ São tumores agressivos que crescem progressivamente ao longo dos nervos infiltrando as estruturas vizinhas e metastatizando, sendo os pulmões, ossos e fígado os locais mais comuns de metástase. ³ Apesar de todas as informações relatadas, pela falta de estudos suficientes devido à raridade dessa condição clínica, não existem critérios diagnósticos padronizados, logo, o diagnóstico, assim como o manejo dos casos de TMBNP, são controversos e geralmente tardios.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é relatar um caso de uma paciente portadora de tumor maligno da bainha do nervo periférico (TMBNP) na mama.

MÉTODO

As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão da literatura e revisão do relato do caso. Não foi possível entrevistar a paciente, visto que esta veio a óbito.

RELATO DO CASO

Anamnese

Paciente AEMFA, 50 anos, branca.

Exame físico

Não relatado.

Exames complementares + hipótese diagnóstica + conduta

Inicialmente, a paciente foi submetida à mamografia e ultrassonografia que diagnosticaram um tumor de 2,0 cm no quadrante superior interno da mama direita. A partir desse diagnóstico, a paciente realizou uma *core* biópsia e, posteriormente, no dia 27/03/2015 no Hospital da Polícia Militar de Recife - PE, uma tumorectomia, que acusou um nódulo de característica benigna, cujo resultado do histopatológico foi de fibroadenoma.

Após 8 meses do primeiro procedimento cirúrgico, a paciente volta a procurar assistência médica e, através de exames de imagem não especificados, foi diagnosticado outro tumor no mesmo local, ou seja, no quadrante superior interno da mama direita, porém, agora com características malignas, sólido e com contornos irregulares, com tamanho de 3,0 cm. A paciente, então, foi submetida a uma nova cirurgia no dia 14/01/2016, no Hospital Barão de Lucena, também em Recife-PE, onde foi realizada uma ressecção segmentar no quadrante superior interno, cuja biópsia acusou Tumor Filoide Borderline.

Depois do segundo procedimento cirúrgico, consta que a tumoração voltou a crescer rapidamente, sendo indicado uma terceira cirurgia, agora uma mastectomia subcutânea com reconstrução mamária imediata por meio de implante mamário, que foi realizada no dia 10/03/2016 no mesmo hospital.

Contudo, o pós-operatório foi descrito com relato de dor intensa no local da cirurgia, o que exigiu alguns exames de imagem, como uma ultrassonografia mamária, que apontaram várias tumorações crescendo na área do músculo grande peitoral. Este diagnóstico apontou a necessidade de nova cirurgia, agora com a proposta de uma mastectomia simples,

novamente com reconstrução imediata, que foi discutida com a paciente e realizada no dia 12/07/2016. A reconstrução foi feita com a utilização de tecido autólogo retirado da área do músculo grande dorsal. O resultado da biópsia desta quarta cirurgia acusou Tumor Filoide Maligno, com diagnóstico diferencial de carcinoma metaplásico, e a imunohistoquímica acusou tumor de bainha neural periférico.

Após o resultado da biópsia, a paciente foi submetida a um exame de ressonância magnética do tórax, o qual apontou vários focos tumorais no pulmão direito. Em seguida, a paciente foi encaminhada para tratamento adjuvante com quimioterapia e radioterapia, mas sem sucesso, visto que 6 meses depois houve metástase também para o pulmão esquerdo, levando a paciente a óbito.

DISCUSSÃO

Os tumores de nervos periféricos mais estudados são os schwannomas e os neurofibromas. O tumor de bainha de nervo periférico, quando ocorre fora do sistema nervoso central, deriva de neurofibromas, mais especificamente de neurofibromas plexiformes, que são tumores constituídos por células de Schwann, fibroblastos e células perineuriais, e que se diferenciam dos schwannomas por apresentarem maior probabilidade de malignização; os neurofibromas plexiformes são caracterizados pelo crescimento difuso em um tronco nervoso maior e/ou em vários nervos próximos e por espalhar-se difusamente aos tecidos vizinhos, como a derme e tecidos moles.

Majoritariamente, neurofibromas esporádicos são solitários; quando múltiplos, quase a totalidade dos casos descritos até então, foram associados à neurofibromatose tipo 1, estando associados com outras manifestações clínicas da doença. Dentre os critérios diagnósticos para a neurofibromatose de Von Recklinghausen encontra-se a presença de dois ou mais neurofibromas de qualquer tipo ou pelo menos um neurofibroma plexiforme, que é patognomônico da doença, ocorrendo em um terço dos pacientes. A presença de um parente de primeiro grau com NF1 é outro critério diagnóstico importante. O gene NF1 está situado no braço longo do cromossomo 17 (17q12) e é de alta penetrância, ou seja, quase todos os pacientes portadores do gene manifestam a doença, mas a expressividade é variável, visto que a taxa de mutação é uma das mais altas na espécie humana, sendo a maioria das novas mutações ocorrentes na linha germinativa paterna. Por conta da forte associação da neurofibromatose tipo 1 com os tumores de bainha de nervo periférico, consta na literatura que o gene NF1 está envolvido na gênese destes tumores malignos.²

O diagnóstico tardio na maioria dos casos é reflexo da falta de critérios diagnósticos padronizados pela raridade do tumor. Apesar disso, com as informações disponíveis até então sabe-se que os exames radiológicos de tomografia computadorizada e ressonância magnética são os mais indicados para diagnosticar a doença, permitindo a identificação de outras lesões associadas e de possíveis focos metastáticos, e que a imunohistoquímica

é essencial, com aproximadamente 90% dos casos corando para a proteína S-100, visto que esta é proteína que identifica os neurofibromas plexiformes, complementando o estudo histológico que é controverso e marcado por aspecto difuso e mal delimitado, reflexo da elevada atividade mitótica desse tumor.

Ainda não consta na literatura casos em que os tumores de bainha de nervo periférico eram derivados de outros tumores, pauta que justificaria os diagnósticos iniciais da paciente de fibroadenoma, tumor filoide borderline e maligno, nessa ordem cronológica, com evolução para TMBNP. A justificativa para tal evolução no caso da paciente estudada poderia ser baseada em possível mutação associada ao elevado crescimento e heterogeneidade celular.

Os TMBNP têm prognóstico individual, mas a sobrevida em 5 anos é muito baixa. Até então, o mau prognóstico é reservado para casos de tumores grandes (mais de 5 cm), ressecção cirúrgica incompleta, elevado grau de malignidade histológica e taxa de recorrência alta. Consta-se que a cirurgia de remoção do tumor é essencial para o tratamento,⁶ sendo a mastectomia com ressecção de margens livres o procedimento mais eficaz até então, ⁴ primeiro, por conta da raridade do tumor, que torna o diagnóstico controverso; segundo, devido a agressividade do câncer, que impede uma ressecção completa das células malignas. Somado a isso, a sobrevida dos pacientes com esse tipo de tumor é prejudicada pelo fato de que outras modalidades terapêuticas como quimioterapia e radioterapia não possuem benefício comprovado até então. A literatura traz que são tumores frequentemente resistentes à quimioterapia, mas que esta pode ser utilizada, assim como a radioterapia, como tratamento (neo)adjuvante a partir da consideração dos riscos e benefícios;³ a quimioterapia é relatada como sendo mais eficaz de maneira adjuvante, enquanto a radioterapia é mais recomendada no pós-operatório, uma vez que diminui as recorrências locais, estimadas em 40% a 65% dos casos. ³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A raridade do TMBNP explica a importância da divulgação desse caso que, somada à incrementação deste na literatura, facilitam a identificação dessa condição e, conseqüentemente, diminuindo o tempo para o diagnóstico e interferindo na proposta terapêutica, melhorando substancialmente as probabilidades de cura e sobrevida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1 BRADY.M S, GARDEIN. C F, PETREK,J A, BRENNAN.M F. Post-treatment sarcoma in breast cancer patients. *Annals of Surgical Oncology*. 1994;1(1):66-72. [Acesso em 10 ago.de 2021]. Disponível em:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7834431/>

2 Calhoun KE, Allison KH, Kim JN et al. Chapter 62: Phyllodes Tumors. In: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK, eds. Diseases of the Breast. 5th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott-Williams & Wilkins; 2014.

3 DIOGO, Cláudia de Jesus et al. Malignant peripheral nerve sheath tumor. Case report. Revista Brasileira de Clínica Médica São Paulo, 2012, São Paulo, p. 69-72, 10 jan. 2012. Disponível em:<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n1/a2670.pdf>. [Acesso em 12 ago.de 2021]

4 Dutra.M.C et al.Sarcoma mamário PET/CT escolhas terapêuticas para esses raros tumores. SBM-GO.2018. ANO 18 - Nº.72. [Acesso em: 10 de ago.de 2021].Disponível em <https://sbmgoias.com.br/site/uploads/revistas/3924f43ace332c10b7e7ae5f6268c874.pdf>

5 GOMES, Maribel R.; SOUSA, Alexandre M.P.; COUTO, Roberto J. A.; OLIVEIRA, Marco M.B.; MOURA, João L.M.; VILELA, Carlos A. Tumor de Tritão maligno: uma causa rara de dor ciática e pé pendente. Revista brasileira de ortopedia, [S. l.], p. 496-500, 20 jan. 2017.[Acesso em 12 ago. 2021]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0102361616302788>.

6 LINHARES. JJ, Nobre P.C, COSTA D.G., ARAGÃO. S, MACEDO.C.R, DJASSI.A.Sarcoma Indiferenciado de Mama: uma forma rara de apresentação.Rev. Bras. Oncologia Clínica 2009. Vol. 6. N.º 16 (Jan/Abr) 29-31. [Acesso em 10 ago.2021].Disponível em <https://www.sboc.org.br/sboc-site/revista-sboc/pdfs/16/artigo6.pdf>

7 PINEDA.R.M, REBELLO.C.F, BARBOSA.L.A, BORTOLINI.C.M, CINTRA.L.C. Neoplasia Maligna de Bainha de Nervo Periférico de Origem Central:Relato de caso e Revisão de Literatura.Revista Brasileira de Cancerologia, 2001, 47(4): 435-39.[Acesso em 12 ago. de 2021].Disponível em:https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_47/v04/pdf/artigo8.pdf

8 SOUSA. E.D.P, FILHO.A.B.S, DIAS.Ty.C.P.Sarcoma de mama: relato de caso.Rev Bras Mastologia. 2011;21(2):78-80. [Acesso em 15 ago. 2021].Disponível em:https://www.mastology.org/wp-content/uploads/2015/06/MAS_v21n2_78-80.pdf

9 Types of Breast Cancer.American Cancer Society.2019. [Acesso em 15 ago. 2021] Disponível em:<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tipos-de-cancer-de-mama/1382/34/>

CAPÍTULO 10

PANORAMA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO À MULHER NO BRASIL

Data de aceite: 01/06/2022

Data de submissão: 19/05/2022

Nayara Sousa de Mesquita

Instituto Federal do Ceará (IFCE) / Campus
Caucaia
Fortaleza – CE
<https://orcid.org/0000-0002-0148-7741>

Pamela Nery do Lago

Hospital das Clínicas da Universidade Federal
de Minas Gerais / Empresa Brasileira de
Serviços Hospitalares (HC-UFMG/EBSERH)
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-3421-1346>

Ronaldo Antônio de Abreu Junior

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0001-9568-5644>

Juliana da Silva Mata

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-5174-9439>

Natália Borges Pedralho

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0003-0246-3693>

Fabiano Pereira Lima

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0001-9899-387X>

Hirlla Karla de Amorim

Hospital das Clínicas da Universidade Federal
do Pernambuco (HC-UFPE/EBSERH)
Recife – PE
<https://orcid.org/0000-0001-8230-9121>

Karla Patrícia Figueirôa Silva

HC-UFPE/EBSERH
Recife – PE
<https://orcid.org/0000-0002-1870-0393>

Maria Virgínia Pires Miranda

Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de
Barros da Universidade Federal do Vale do São
Francisco (HEWAB-UNIVASF/EBSERH)
Petrolina – PE
<https://orcid.org/0000-0001-5674-0516>

Fabiana Ribeiro da Silva Braga

Hospital das Clínicas da Universidade Federal
de Pernambuco (HC-UFPE/EBSERH)
Recife – PE
<https://orcid.org/0000-0002-5049-5596>

Laise Cristina Pantoja Feitosa

Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
Belém – PA
<https://orcid.org/0000-0003-2226-6849>

Martapolyana Torres Menezes da Silva

Hospital Universitário Alcides Carneiro da
Universidade Federal de Campina Grande
(HUAC-UFMG/EBSERH)
Campina Grande – PB
<https://orcid.org/0000-0002-9517-2600>

RESUMO: As Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher são elementos norteadores da

prática assistencial, sendo necessárias para a construção de uma assistência resolutiva e integral. O estudo objetivou conhecer e discutir as transformações ocorridas nas políticas públicas de saúde para o processo de humanização do cuidado à mulher no Brasil. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada nos bancos de dados LILLACS, SCIELO, na rede BVS e no portal da legislação do Estado. Foram analisadas treze publicações. Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português, artigos completos e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados. Também foram utilizados programas, leis, decretos, portarias e resoluções que tratassem do tema do estudo. Como resultado, evidenciou-se a evolução histórica das políticas de Atenção à Saúde da Mulher de forma a atender as demandas e necessidades que é exigido do sistema de saúde em cada contexto histórico. Percebe-se que ainda tem muito o que fazer, o que exige de todos os atores envolvidos com a atenção à saúde da mulher esforços para abolir condutas agressivas e desnecessárias. Concluiu-se que a discussão sobre as políticas públicas no processo de humanização no cuidado à mulher é atual e muito relevante para reflexão das conquistas e lacunas que ainda necessitam serem resolvidas.

PALAVRAS-CHAVE: Política Pública. Humanização da Assistência. Saúde da Mulher.

OVERVIEW OF PUBLIC POLICIES IN THE HUMANIZATION PROCESS OF WOMEN'S CARE IN BRAZIL

ABSTRACT: The Public Policies of Attention to Women's Health are guiding elements of the care practice, being necessary for the construction of a resolute and integral assistance. The study aimed to know and discuss the changes that have taken place in public health policies for the process of humanizing care for women in Brazil. This is a bibliographic research, carried out in the LILLACS, SCIELO databases, in the VHL network and in the State legislation portal. Thirteen publications were analyzed. The inclusion criteria defined for the selection of articles were: articles published in Portuguese, complete articles and articles published and indexed in the aforementioned databases. Programs, laws, decrees, ordinances and resolutions dealing with the subject of the study were also used. As a result, the historical evolution of Women's Health Care policies was evidenced in order to meet the demands and needs that are required of the health system in each historical context. It is noticed that there is still a lot to be done, which requires from all actors involved with women's health care efforts to abolish aggressive and unnecessary conduct. It was concluded that the discussion on public policies in the process of humanization in the care of women is current and very relevant to reflect on the achievements and gaps that still need to be resolved.

KEYWORDS: Public Policy. Humanization of Assistance. Women's Health.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo Gomes et al, (2017) o estilo de vida das mulheres sofreu muitas mudanças com a industrialização e urbanização, a partir do século XX, o que influenciou na globalização e compartilhamentos de culturas. Nesse contexto, foi necessário o desenvolvimento de programas voltados para este público feminino. Neste período, as ações voltadas para a

saúde da mulher se caracterizavam pelo distanciamento entre as medidas adotadas e a realidade feminina (SANTOS et al., 2012).

As Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher são elementos norteadores da prática assistencial, sendo necessárias para a construção de uma assistência resolutiva e integral que contribua para a execução de um cuidado de qualidade à mulher e reduza os índices de mortalidade materno-fetal no mundo (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, o estudo objetivou conhecer e discutir as transformações ocorridas nas políticas públicas de saúde para o processo de humanização do cuidado à mulher no Brasil.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica tendo em vista que esta é uma alternativa de pesquisa que se propõe buscar e analisar o conhecimento publicado referente a determinada temática. Foi realizada a busca em duas bases de dados a saber: SciELO (Scientific Eletronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e na Rede Biblioteca virtual em Saúde (BVS), com publicações nacionais e no portal da legislação do Estado, no qual foram pesquisadas as leis, decretos e portarias referentes ao assunto do estudo, visto que se objetiva realizar um panorama histórico das políticas de saúde na área da mulher, no Brasil.

Como critério de inclusão da amostra, realizou-se a busca nas bases antes citadas com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): política pública, humanização da assistência e saúde da mulher. Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português, artigos completos e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados. Não houve recorte temporal, uma vez que buscou-se conhecer o panorama geral das políticas públicas na área de humanização em saúde da mulher. Foi realizada uma pré-análise de todos os artigos encontrados, através da leitura inicial dos títulos e resumos e foram excluídos os artigos que não estavam relacionados com a temática. Foram considerados como documentos de análise os artigos publicados em periódicos, programas do Ministério da Saúde publicados na BVS e as leis, decretos e portarias publicadas no portal da legislação do Estado relacionadas ao tema do presente estudo.

A revisão nas bases de dados resultou em quinze publicações. Considerando os critérios de inclusão e exclusão, duas foram excluídas do estudo, pois não tratavam especificamente da temática estudada. Portanto, foram analisadas treze publicações na íntegra, que se adequavam ao objetivo desta revisão.

A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi elaborada de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão elaborada, de forma a atingir o objetivo desse método, fornecendo subsídios ao enfermeiro na sua

tomada de decisão cotidiana.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As políticas públicas na saúde da mulher surgiram no século XX. Nesse período histórico, as mulheres eram consideradas apenas em sua dimensão reprodutiva, importante apenas para procriar. Suas subjetividades e integralidade não eram consideradas (FREITAS et al, 2009). Nessa perspectiva, ao realizar um resgate da história da obstetrícia, sabe-se que a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às questões relacionadas à gestação e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (GARCIA, 2013).

Em 1960, os movimentos feministas surgem com maior visibilidade, debatendo e criticando a noção de que a saúde da mulher e a própria pessoa da mulher estariam orientadas para a maternidade, sem considerar sua integralidade. Os objetivos da assistência prestada direcionavam-se ao ciclo gravídico-puerperal. Dessa forma, as mulheres lutavam contra a subserviência feminina, utilizando o slogan Nosso Corpo nos pertence, a fim de garantir o respeito aos seus direitos reprodutivos e sexuais (FREITAS et al., 2009).

O Ministério da saúde, em 1984, buscou atender às reivindicações das mulheres, elaborando o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Houve uma ruptura conceitual com os pontos que norteavam a política de saúde das mulheres e os critérios para escolha de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

O PAISM teve como princípios e diretrizes a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção. Além disso, no âmbito do movimento sanitário, era concebida os conceitos que serviriam de arcabouço para embasar a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (OSIS, 1998). Abrangia ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984). Constituiu um momento histórico que defendeu o ideário feminista para a atenção à saúde integral, inclusive responsabilizando o estado brasileiro com os aspectos da saúde da mulher.

Desta forma as ações prioritárias foram definidas a partir das necessidades da população feminina, o que significou uma ruptura com o modelo de atenção materno-infantil até então desenvolvido. Embora não tendo sido implantado dentro da filosofia original,

foi um marco na luta das mulheres por saúde, direito reprodutivo, cidadania e pelo seu reconhecimento enquanto sujeito de direito, significando uma conquista importante para a sociedade brasileira (HEILBORN et al, 2009). No entanto, ao se realizar uma análise detalhada dos objetivos estabelecidos pelo programa, percebeu-se que o ponto central dos cuidados era direcionado às atividades de prevenção e tratamento do câncer de colo de útero e mama (CARNEIRO, 2013).

Considerando as orientações da OMS, o Ministério da Saúde instituiu, então, no ano de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que apontou uma melhoria da assistência à saúde ao binômio mãe e filho. O programa objetivava essencialmente a redução das taxas de mortalidade materna peri e neonatal. Entre os objetivos do programa estava resgatar a atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada com o envolvimento de forma articulada dos Estados, municípios e das unidades de saúde nestas ações (BRASIL, 2002).

Uma análise das ações de atenção à saúde da mulher realizada de 1998 a 2002 afirmou que apesar do discurso integralizador, ainda assim, as políticas públicas voltadas a essa área do cuidado, mantiveram o foco na resolução de problemas de ordem procriativa (CORREA; PIOLA, 2003).

Pensando nesse aspecto, em 2004, o Ministro da Saúde, Humberto Costa, lançou a - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, construída a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que promoveu um aumento da abrangência de atenção à saúde da mulher como um todo, respeitando as características da nova política de saúde (BRASIL, 2004). Para elaboração deste documento, além do respaldo técnico dos princípios e diretrizes, houve o embasamento científico nos estudos que relatam as principais causas de morte na população feminina, que são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias (que podem estar encobrendo casos de Aids não diagnosticados); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas (BRASIL, 2000).

Os objetivos desta política foram: melhorar as condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade maternas no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

Ademais, no ano de 2010, a III Conferência Internacional pela humanização do nascimento, que ocorreu em Brasília, focou-se no modelo intervencionista vigente nos cuidados oferecidos a parturiente. O foco no discurso da humanização é a transformação

do modo de se nascer no Brasil, priorizando o respeito ao tempo fisiológico das mulheres, evitando a realização de procedimentos invasivos desnecessários (como ocitocina intravenosa e a episiotomia), sendo respeitado o direito de escolha da mulher sobre seu parto e sua singularidade, bem como suas crenças e seus hábitos de vida (CARNEIRO, 2013).

Além disso, em 2011, a Presidente Dilma Roussef e o Ministro da Saúde Alexandre Padilha lançaram a Estratégia Rede Cegonha que se configurou como uma iniciativa que visou melhorar o acesso e a qualidade do atendimento ao nascimento na rede pública de saúde, tendo por diretrizes: o mínimo de seis consultas de pré-natal, testes rápidos de gravidez nos postos de saúde, direito aos exames clínicos e laboratoriais, garantia de vinculação da gestante a uma determinada maternidade bem como providenciar o transporte para sua locomoção no dia do parto (BRASIL, 2011). Também, objetiva garantir a qualificação dos profissionais de saúde para um cuidado humanizado, a criação de centros de gestante e do bebê e casas de parto (CARNEIRO, 2013). Tratou-se de um Programa que surge na tentativa de resolver os problemas encontrados na assistência prestada as mulheres. Dessa forma, tornou-se uma política de saúde de prioridade de governo, cabendo ao mesmo oferecer acesso à saúde e uma assistência de qualidade. Já em 2015 a Agência Nacional de Saúde Suplementar publicou importante resolução com o intuito de minorar os partos cirúrgicos desnecessários (BRASIL, 2015).

Nessa perspectiva, no contexto do estado do Ceará, por exemplo, o então governador do referido Estado sancionou a lei nº 16.837, que instituiu e disciplinou o Estatuto do Parto Humanizado, com o objetivo de oferecer melhor assistência às mulheres durante seu período gravídico puerperal nas instituições hospitalares do Estado do Ceará (CEARÁ, 2019).

No entanto, no dia 23 de fevereiro de 2022, o Ministério da Saúde do Estado, anunciou a substituição da chamada Rede Cegonha pela Rede Materna e Infantil (BRASIL, 2022). Nesse contexto, a Rede Materna e Infantil surge dando ênfase à atuação do médico obstetra, porém algumas críticas surgiram principalmente pelo fato da Rede não contemplar ações e serviços às crianças e exclui a atuação do profissional enfermeiro obstétriz, profissional este, tão importante no processo de humanização do cuidado durante o pré, trans e pós-parto.

Dessa forma, percebe-se que o tema humanização do cuidado e a busca para melhorar a assistência prestada à mulher, de forma que seja oferecido um cuidado integral com qualidade e resolutividade é bastante atual, e exige esforços de todos os sujeitos envolvidos, buscando garantir a mulher assistência segura e de qualidade, o que exige de todos os atores envolvidos com a atenção à saúde da mulher esforços para abolir condutas agressivas e desnecessárias.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que a discussão sobre as políticas públicas no processo de humanização no cuidado à mulher é atual e muito relevante para reflexão das conquistas e lacunas que ainda necessitam serem resolvidas, sendo muito significativa para os profissionais de saúde a elaboração de pesquisas referentes ao assunto, tendo como foco o cenário da assistência à mulher. Os profissionais de saúde devem atuar de forma comprometida com a melhoria de saúde da população, contribuindo para a aplicação das políticas públicas ao agregar, na sua prática, o cuidado humanizado e qualificado à mulher, bem como ao binômio mãe/filho.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 ago. 2000. p.112.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Portaria GM/MS n.1459, de 24 de junho de 2011. **Institui o Programa Rede Cegonha, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 ago. 2011. p.112.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 715, de 04 de abril de 2022. **Institui a Rede Materna e Infantil (RAMI)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 mai. 2022. p. 109.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Nº 179 / Brasília (DF): Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 2015. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf> Acesso em 04/01/22.

CARNEIRO, R.G. Dilemas antropológicos de una política de salud publica: el programa Rede Cegonha, personalidad e pluralidade. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**,v.17, n. 44, p. 49-59, 2013.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Lei nº16.837, de 17 de janeiro de 2019. **Institui e disciplina o estatuto do parto humanizado no Ceará**. Diário Oficial do Estado do Ceará, Ceará, 18 jan, p. 01, 2019.

CORREIA, S.O.; PIOLA, S.F. **Balanco 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

FREITAS, G.L.; VASCONCELOS, C.T.M.; MOURA, E.R.F.; PINHEIRO, A.K.B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v.11, n.2, p.424-8, 2009.

GARCIA, P.T. **Saúde da mulher em geral**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2013. 33f.

GOMES ET AL. Políticas públicas de atenção à saúde da mulher: uma revisão integrativa. **Rev. Interd. Ciên. Saúde**, v. 4, n.1, p. 26-35, 2017.

HEILBORN, M.L.; PORTELLA, A.P.; BRANDÃO, E.R.; CABRAL, C.S. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.2, p.269-278, 2009.

OSIS, M.J.M.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p.25-32, 1998.

SANTOS *et al.* Política de saúde da mulher à integralidade: efetividade ou possibilidade? **Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais Fits.**, v. 1, n.1, p.11-22, 2012.

CAPÍTULO 11

PRÁTICAS DE ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE DA MULHER: UMA REFLEXÃO

Data de aceite: 01/06/2022

Data de submissão: 08/04/2022

Karla Pires Moura Barbosa

Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Enfermagem
Recife – PE
Orcid: 0000-0002-9676-5360

Camila Emanoela de Lima Farias

Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Enfermagem
Recife – PE
Orcid: 0000-0003-1611-6510

Carolline Cavalcanti Santana de Melo Tavares

Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Enfermagem
Recife – PE
Orcid: 0000-0002-2165-6215

José Romero Diniz

Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Enfermagem
Recife – PE
Orcid: 0000-0001-7510-59972

Maria do Socorro de Oliveira Costa

Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Enfermagem
Recife – PE
Orcid: 0000-0003-3699-9381

Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes

Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Enfermagem
Recife – PE
Orcid: 0000-0001-7554-2662

Ednaldo Cavalcante de Araújo

Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Enfermagem
Recife – PE
Orcid: 0000-0002-1834-4544

Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos

Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Enfermagem
Recife – PE
Orcid: 0000-0003-3711-4194

RESUMO: Objetivo: refletir sobre as práticas de espiritualidade no contexto da saúde da mulher.

Síntese do conteúdo: estudo teórico-reflexivo baseado, realizado entre maio e julho de 2021. As práticas de espiritualidade no contexto da saúde da mulher são utilizadas durante todo o ciclo da vida, sobretudo no período do ciclo-gravídico puerperal e na existência de doenças. Ademais, essas práticas estavam muito associadas à religiosidade, com vistas a aumentar o bem-estar e a qualidade de vida das mulheres. **Conclusões:** este estudo permitiu refletir sobre as práticas de espiritualidade no contexto da saúde da mulher, as quais auxiliam na promoção da saúde e na prevenção de doenças e/ou outros agravos.

PALAVRAS-CHAVE: Espiritualidade; Mulheres; Saúde da Mulher; Terapias Espirituais; Terapias Mente-Corpo.

PRACTICES OF SPIRITUALITY IN THE CONTEXT OF WOMEN'S HEALTH: A REFLECTION

ABSTRACT: Objective: to reflect on the practices of spirituality in the context of women's health. **Content synthesis:** theoretical-reflective study based, carried out between May and July 2021. The practices of spirituality in the context of women's health are used throughout the life cycle, especially in the period of the postpartum pregnancy cycle and in the existence of diseases. Furthermore, these practices were closely associated with religiosity, with a view to increasing the well-being and quality of life of women. **Conclusions:** this study allowed reflection on the practices of spirituality in the context of women's health, which help to promote health and prevent diseases and/or other health problems.

KEYWORDS: Spirituality; Women; Women's Health; Spiritual Therapies; Mind-Body Therapies.

INTRODUÇÃO

No mundo, quase todas as mulheres vivenciam enfrentamento espiritual positivo para superar os momentos angustiantes e as consequências negativas reais ou potenciais que ocorrem ao longo da vida, devido às alterações hormonais, fisiológicas, psicológicas e/ou sociais (ROSÁRIO et al., 2017; PICCININI et al., 2021).

Assim, a espiritualidade reduz a ansiedade, aumenta a segurança e promove o suporte com a finalidade de reduzir as preocupações. Esta pode ser entendida como algo que permite a busca pelo sentido e pelas respostas aos aspectos essenciais da vida, além de trazer benefícios para a saúde, sobretudo ao enfrentamento das mudanças que ocorrem durante o processo saúde-doença (MEDEIROS et al., 2019; NODOUSHAN; ALIMORADI; NAZARI, 2020).

A relação da espiritualidade com a saúde física e mental das mulheres vem sendo cada vez mais discutida na literatura. Sabe-se que a espiritualidade contribui para a promoção da saúde e prevenção de doenças e/ou outros agravos durante a adolescência, idade adulta e envelhecimento (LE et al., 2018; AKHGAR; DAVATI; GARSHASBI, 2020).

Apesar dos profissionais de saúde considerarem as especificidades que envolvem a saúde da mulher e as necessidades que cada uma apresenta, pouca atenção é dada às práticas de espiritualidade, as quais estão presentes nas atitudes sobre a vida e de como se adaptar a ela. Recomenda-se que esses profissionais considerem a espiritualidade, com vistas a promover o relaxamento, o aumento da esperança e o autocuidado (KOLIVAND et al., 2018).

Como seres biopsicossociais-espirituais, temos a espiritualidade como parte intrínseca à nossa existência, o que influencia diretamente o público sob enfoque,

encorajando e fornecendo suporte em meio às dificuldades enfrentadas durante o adoecer (FILHOOUR, 2019). Além disso, o bem-estar espiritual possibilita a aceitação da doença, a motivação para as técnicas terapêuticas, a tomada de decisão e a qualidade de vida, visto que está associado ao bem-estar físico, psicológico e social (NASUTION et al., 2020; AL-NATOUR et al., 2021; SHARIF et al., 2021).

Tendo em vista que a espiritualidade é essencial para a qualidade de vida, bem-estar e saúde das mulheres, é necessário discutir acerca das práticas que essa população realiza, com vistas a compreender como estas contribuem para a prevenção de doenças e promoção da saúde dessa população. Além disso, poucos estudos suscitam este debate, que é relevante para a área da enfermagem, sobretudo para o campo da saúde da mulher.

Destarte, o objetivo deste estudo foi refletir sobre as práticas de espiritualidade no contexto da saúde da mulher.

MÉTODO

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo, realizado entre maio e julho de 2021. Para discussão da temática, foram considerados a percepção dos autores e os estudos científicos acerca das práticas de espiritualidade no contexto da saúde da mulher.

A busca dos estudos científicos foi realizada na base de dados PubMed/Medline - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, no dia 24 de maio de 2021, com os descritores: “*Spirituality*” e “*Women’s Health*”, os quais estão indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Heading* (MeSH). Utilizou-se o operador booleano AND entre os termos e o recorte temporal de 2017-2021.

Foram incluídos artigos científicos, publicados nos últimos cinco anos, sem restrição de idioma e que respondiam à pergunta de pesquisa: Quais as práticas de espiritualidade no contexto da saúde da mulher?. Os artigos de revisão ou reflexão, editoriais, cartas ao editor, resumo em anais de eventos, monografias, dissertações e teses foram excluídos.

A busca na base de dados totalizou 58 estudos científicos, os quais foram lidos títulos e resumos. Desses, ficaram 37 artigos para leitura na íntegra. Após leitura na íntegra, foram excluídos 19 artigos, uma vez que não atendiam aos critérios de elegibilidade. Assim, a amostra final totalizou 18 estudos científicos.

PRÁTICAS DE ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE DA MULHER

As mulheres realizam práticas de espiritualidade para a manutenção da saúde e bem-estar. Um estudo traz que essas práticas podem estar relacionadas ao enfrentamento de situações estressantes, contribuindo para a minimização do surgimento da hipertensão arterial, além de se apresentarem como componente essencial para tomadas de decisão em saúde (COZIER et al., 2018). Com isso, infere-se que tais práticas devem ser realizadas e respeitadas para que se atinjam resultados positivos relacionados à saúde.

O estresse é um fator que desencadeia diversas doenças, a exemplo da hipertensão arterial. Contudo, é verificado que as mulheres que realizam práticas de espiritualidade são menos susceptíveis a ocorrência de agravos à saúde (COZIER et al., 2018). Nesse contexto, essas práticas são essenciais para a minimização das taxas de morbimortalidade nessa população.

Outro estudo realizado com mulheres havaianas demonstrou que as que receberam cuidados de seu conselheiro espiritual/religioso ou curandeiro popular relataram níveis mais elevados de satisfação (muito satisfeitas ou satisfeitas) em comparação com aquelas que receberam cuidados profissionais (60-86%) (TA PARK et al., 2018). Portanto, é notória a importância dada pelas mulheres aos cuidados realizados pelos seus conselheiros religiosos e espirituais, sendo fundamental que os profissionais de saúde considerem essa abordagem no planejamento do cuidado.

Levando em consideração ainda o planejamento e os cenários do cuidado, uma pesquisa realizada com mulheres no período de parto demonstrou que a espiritualidade ajudava a tolerar a dor durante o processo de parturição e que algumas mulheres alcançaram percepções espirituais após a experiência da dor do parto (TAGHZDEH et al., 2017), demonstrando assim a importância do respeito da equipe de saúde à espiritualidade da mulher no momento do parto e pós-parto.

O período do ciclo gravídico-puerperal requer cuidados voltados ao bem-estar espiritual, para que a mulher, feto e criança tenham melhores condições de saúde (HANDELZALTS et al, 2021). Nesse sentido, destaca-se a importância dos profissionais de saúde implementarem intervenções ou ações com ênfase na espiritualidade nesse período.

Um outro momento delicado na vida da mulher, após o parto, diz respeito à volta às atividades laborais após licença maternidade. Observou-se que a prática da espiritualidade e a intimidade com Deus contribuíram significativamente para redução nos altos níveis de estresse neste grupo. O relacionamento com Deus se mostrou extremamente eficaz para lidar com situações de pressão mental e psicológica tanto no seio familiar quanto no ambiente de trabalho (VALIZADEH et al., 2018; HANDELZALTS et al, 2021).

É notório que o exercício da fé, a ligação com o divino, tem forte influência no enfrentamento das situações adversas nos mais variados cenários da saúde da mulher e se faz presente em diversas situações do dia-a-dia dessa população. Seja em casa ou em templos religiosos, percebe-se a necessidade dessa conexão.

As igrejas, para a população negra, por exemplo, não só fornecem uma base sólida de apoio social por meio do fomento da comunhão e do aumento das conexões familiares, mas muitas também fornecem uma riqueza de serviços sociais, como programas de alimentos e roupas, abrigos para abuso de substâncias e programas de educação comunitária, afirma estudo realizado com mulheres negras nos Estados Unidos da América (EUA) (VANDERWEELE et al., 2017; TOLEDO; OCHOA; FARIAS, 2021).

É necessário realizarmos um recorte racial quando abordamos a temática mulher

e todas as suas nuances. O apoio social intersectorial é um fator de proteção e cuidado a essas mulheres e deve ser levado em consideração pelos profissionais de saúde nos diversos cenários de cuidado.

Uma pesquisa também aborda a questão racial, discutindo a importância de se descentralizar a pesquisa científica sobre religião e espiritualidade a fim de incluir grupos sociais e étnicos pouco estudados, com enfoque em mulheres indígenas americanas e sul-asiáticas, além de negras, hispânicas/latinas e mulheres brancas (KENT et al., 2020).

Apesar das particularidades e especificidades de cada grupo, verificou-se uma busca pelo resgate de movimentos de expressão da identidade cultural e de práticas de espiritualidade nativas frente ao cristianismo ocidental. É trazida, ainda, a reflexão acerca da relevância da natureza de gênero sobre a prática religiosa e seu impacto sobre a saúde e enfrentamento de eventos estressores cotidianos.

A inter-relação entre raça, estigma e aceitabilidade do tratamento são demonstradas em pesquisa que utilizou dados de dois ensaios clínicos randomizados sobre depressão pós-parto. Constatou-se que mães negras, ao vivenciarem o puerpério, apresentavam menor propensão, se comparadas às brancas, a aceitar medicações prescritas e aconselhamento em saúde mental, contudo, exibiam maior adesão ao aconselhamento espiritual (BODNARD-DEREN et al., 2017). Esses achados corroboram com os descritos anteriormente, reforçando a íntima relação entre a questão étnico-racial e religiosa e espiritual.

Além disso, o envolvimento dessas mulheres em atividades religiosas diminui o número de mortalidade entre elas (VANDERWEELE et al, 2017), o que ressalta a importância dos grupos voltados para a espiritualidade no enfrentamento de situações difíceis e também a importância da representatividade desses grupos, onde as questões de raça devem ser levadas em consideração para uma abordagem integral da espiritualidade desses pacientes.

A prática da religiosidade e espiritualidade também tem enfoque bastante importante no enfrentamento a diversas comorbidades, entre elas o câncer. Ressalta-se a experiência positiva de mulheres tratadas de câncer de mama quando se apoiaram nas práticas de espiritualidade desde o diagnóstico, por todo processo terapêutico e após o tratamento. A espiritualidade foi tida como um recurso para enfrentamento da doença e fortalecimento nos momentos mais difíceis (MKUU et al., 2021).

As práticas de espiritualidade contribuem para o enfrentamento de situações da vida da mulher, uma vez que esta pode ficar mais confiante, otimista e com autoestima para superar os desafios que venham a surgir.

Ainda sobre a espiritualidade no enfrentamento de comorbidades, a prática e o apoio espiritual foram fundamentais para as mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência humana. Um estudo realizado nos EUA mostrou que cerca de 67% das mulheres com HIV apresentam quadros de depressão e a espiritualidade, desenvolvida através de atividades religiosas e grupos (GEORGE et al, 2018).

Outro ponto a ser destacado é a importância da espiritualidade no âmbito do climatério e da gestação. Durante esses períodos muitas mulheres passam por alterações físicas, hormonais, sociais e psicológicas, o que conseqüentemente interfere no seu bem-estar e qualidade de vida (SCHNEIDER; BIRKHÄUSER, 2017). Isto mostra a necessidade de incluir as práticas espirituais em todos os momentos da vida das mulheres.

Na gravidez, por exemplo, é fundamental que o binômio mãe-feto esteja em perfeita harmonia, visto que alterações no organismo materno podem influenciar no desenvolvimento e crescimento do feto. E no climatério, vários sinais e sintomas podem influenciar a qualidade de vida das mulheres.

Esses achados reforçam a importância que deve ser dada pelos profissionais da saúde aos âmbitos espirituais do paciente para o sucesso na adesão do tratamento e enfrentamento da doença. Desse modo, os profissionais de saúde devem estimular a realização das práticas espirituais nos diversos âmbitos do cuidado às mulheres.

As mulheres precisam de um olhar diferenciado e da humanização da assistência. A espiritualidade pode ser o “norte” para muitas mulheres enfrentarem as dificuldades, bem como as mudanças que ocorrem ao longo do ciclo da vida.

Ademais, estas reflexões possibilitam a compreensão de como as práticas de espiritualidade são fundamentais à saúde e vida das mulheres. Ademais, destaca-se que o bem estar espiritual contribui para a qualidade de vida e bem-estar, uma vez que foi evidenciado redução da taxa de morbimortalidade entre a população.

Como limitação do estudo, destaca-se a escassez de evidências científicas acerca da temática, sobretudo voltada à área de enfermagem, a qual é tão importante para a implementação de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças e/ou outros agravos.

CONCLUSÕES

Este estudo permitiu refletir sobre as práticas de espiritualidade no contexto da saúde da mulher, as quais auxiliam na promoção da saúde e na prevenção de doenças e/ou outros agravos. Essas práticas devem ser apoiadas pelos enfermeiros, uma vez que estes profissionais são essenciais para a implementação de ações que visem o bem-estar e a melhor qualidade de vida dos indivíduos.

Este estudo pode contribuir para o planejamento e a implementação de ações voltadas à promoção das práticas de espiritualidade no contexto da saúde da mulher. É necessário dar uma maior visibilidade a essa temática, a qual é relevante para a área da saúde e prática assistencial.

Sugere-se que outras pesquisas que abordem esta temática sejam realizadas, com vistas a trazer contribuições para a área da saúde da mulher e para a promoção das práticas de espiritualidade em todo o ciclo de suas vidas.

REFERÊNCIAS

1. Al-Natour, A., Al Momani, S. M., & Qandil, A. M. **The relationship between spirituality and quality of life of Jordanian women diagnosed with breast cancer.** *Journal of religion and health.* 2017; 56(6), 2096-2108. doi:10.1007/s10943-017-0370-8.
2. Bodnar-Deren S, Benn EKT, Balbierz A, Howell EA. **Stigma and Postpartum Depression Treatment Acceptability Among Black and White Women in the First Six-Months Postpartum.** *Matern Child Health J.* 2017 Jul;21(7):1457-1468. doi: 10.1007/s10995-017-2263-6.
3. Cozier YC, Yu J, Wise LA, VanderWeele TJ, Balboni TA, Argentieri MA, Rosenberg L, Palmer JR, Shields AE. **Religious and Spiritual Coping and Risk of Incident Hypertension in the Black Women's Health Study.** *Ann Behav Med.* 2018 Nov 12;52(12):989-998. doi: 10.1093/abm/kay001.
4. Filhour LD. **Female Suffering After Blunt Trauma and the Need to be Cared for and Cared About.** *J Trauma Nurs.* 2019 Sep/Oct;26(5):247-256. doi: 10.1097/JTN.0000000000000463.
5. George Dalmida S, Kraemer KR, Ungvary S, Di Valerio E, Koenig HG, Holstad MM. **The Psychosocial and Clinical Well-Being of Women Living with Human Immunodeficiency Virus/ AIDS.** *Nurs Clin North Am.* 2018 Jun;53(2):203-225. doi: 10.1016/j.cnur.2018.01.008.
6. Handelzalts, J. E., Stringer, M. K., Menke, R. A., & Muzik, M. **The association of religion and spirituality with postpartum mental health in women with childhood maltreatment histories.** *Journal of child and family studies.* 2020; 29(2), 502-513. doi: 10.1007/s10826-019-01595-2.
7. Kent BV, Davidson JC, Zhang Y, Pargament KI, VanderWeele TJ, Koenig H, Underwood LG, Krause N, Kanaya AM, Tworoger SS, Schachter AB, Cole S, O'Leary M, Cozier Y, Daviglius M, Giachello AL, Zacher T, Palmer JR, Shields AE. **Religion and Spirituality among American Indian, South Asian, Black, Hispanic/Latina, and White Women in the Study on Stress, Spirituality, and Health.** *J Sci Study Relig.* 2021 Mar;60(1):198-215. doi: 10.1111/jssr.12695.
8. Kolivand M, Keramat A, Rahimi M, Motaghi Z, Shariati M, Emamian M. **Self-care Education Needs in Gestational Diabetes Tailored to the Iranian Culture: A Qualitative Content Analysis.** *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2018 May- Jun;23(3):222-229. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_108_17.
9. Le D, Aldoory L, Garza MA, Fryer CS, Sawyer R, Holt CL. **A Spiritually-Based Text Messaging Program to Increase Cervical Cancer Awareness Among African American Women: Design and Development of the CervixCheck Pilot Study.** *JMIR Form Res.* 2018 Mar 29;2(1):e5. doi: 10.2196/formative.8112.
10. Medeiros MB, Silva RMCRA, Pereira ER, Melo SHDS, Joaquim FL, Santos BMD, Goés TRP. **Perception of women with breast cancer undergoing chemotherapy: a comprehensive analysis.** *Rev Bras Enferm.* 2019 Dec;72(suppl 3):103-110. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0165.
11. Mkuu RS, Harvey IS, Brown E, Spears EC, Jira MG, Johnson KL, Montour T, Alexander J. **"I Struggle with Breast Cancer and I Struggle with God": Insights from African American Breast Cancer Survivors.** *J Racial Ethn Health Disparities.* 2021 Feb 10. doi: 10.1007/s40615-021-00986-w. Epub ahead of print.

12. Nasution LA, Afyanti Y, Kurniawati W. **Effectiveness of Spiritual Intervention toward Coping and Spiritual Well-being on Patients with Gynecological Cancer**. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2020 Jun 26;7(3):273-279. doi: 10.4103/apjon.apjon_4_20.
13. Nodoushan, R. J., Alimoradi, H., & Nazari, M. **Spiritual health and stress in pregnant women during the Covid-19 pandemic**. *SN comprehensive clinical medicine*. 2020; 2(12), 2528-2534. doi: 10.1007/s42399-020-00582-9.
14. Park CL, Smith PH, Lee SY, Mazure CM, McKee SA, Hoff R. **Positive and Negative Religious/Spiritual Coping and Combat Exposure as Predictors of Posttraumatic Stress and Perceived Growth in Iraq and Afghanistan Veterans**. *Psycholog Relig Spiritual*. 2017;9(1):13-20. doi: 10.1037/rel0000086.
15. Piccinini, C. R. P., de Castro Almeida, V., da Silva Ezequiel, O., de Matos Fajardo, E. F., Lucchetti, A. L. G., & Lucchetti, G. **Religiosity/Spirituality and Mental Health and Quality of Life of Early Pregnant Women**. *Journal of Religion and Health*. 2021; 60(3), 1908-1923. doi: 10.1007/s10943-020-01124-2.
16. Qaderi K, Mirmolaei ST, Geranmayeh M, Sheikh Hasani S, Farnam F. **Iranian women's psychological responses to positive HPV test result: a qualitative study**. *BMC Womens Health*. 2021 Mar 26;21(1):128. doi: 10.1186/s12905-021-01272-x.
17. Rosario MK, Premji SS, Nyanza EC, Bouchal SR, Este D. **A qualitative study of pregnancy-related anxiety among women in Tanzania**. *BMJ Open*. 2017 Aug 3;7(8):e016072. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016072.
18. Schneider, H. P. G., & Birkhäuser, M. **Quality of life in climacteric women**. *Climacteric*. 2017; 20(3), 187-194. doi: 10.1080/13697137.2017.1279599.
19. Sharif, S. P., Lehto, R. H., Amiri, M., Ahadzadeh, A. S., Nia, H. S., Haghdooost, A. A., ... & Goudarzian, A. H. **Spirituality and quality of life in women with breast cancer: The role of hope and educational attainment**. *Palliative & Supportive Care*. 2021; 19(1), 55-61. doi: 10.1017/S1478951520000383.
20. Taghizadeh Z, Ebadi A, Dehghani M, Gharacheh M, Yadollahi P. **A time for psycho-spiritual transcendence: The experiences of Iranian women of pain during childbirth**. *Women Birth*. 2017 Dec;30(6):491-496. doi: 10.1016/j.wombi.2017.04.010.
21. Ta Park VM, Kaholokula JK, Chao PJ, Antonio M. **Depression and Help-Seeking Among Native Hawaiian Women**. *J Behav Health Serv Res*. 2018 Jul;45(3):454-468. doi: 10.1007/s11414-017-9584-5.
22. Toledo, G., Ochoa, C. Y., & Farias, A. J. **Religion and spirituality: their role in the psychosocial adjustment to breast cancer and subsequent symptom management of adjuvant endocrine therapy**. *Supportive Care in Cancer*. 2021; 29(6), 3017-3024. doi: 10.1007/s00520-020-05722-4.
23. Valizadeh S, Hosseinzadeh M, Mohammadi E, Hassankhani H, Fooladi MM, Cummins A. **Coping mechanism against high levels of daily stress by working breastfeeding mothers in Iran**. *Int J Nurs Sci*. 2017 Dec 21;5(1):39-44. doi: 10.1016/j.ijnss.2017.12.005.

24. VanderWeele TJ, Yu J, Cozier YC, Wise L, Argentieri MA, Rosenberg L, Palmer JR, Shields AE. **Attendance at Religious Services, Prayer, Religious Coping, and Religious/Spiritual Identity as Predictors of All-Cause Mortality in the Black Women's Health Study.** *Am J Epidemiol.* 2017 Apr 1;185(7):515-522. doi: 10.1093/aje/kww179. Erratum in: *Am J Epidemiol.* 2017 Aug 15;186(4):501.

CAPÍTULO 12

SAÚDE E RELIGIOSIDADE: SABERES E PRÁTICAS DE DIRIGENTES RELIGIOSOS SOBRE SAÚDE

Data de aceite: 01/06/2022

Data de submissão: 08/04/2022

Lucas Matos Marinho

Cirurgião-dentista formado na Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Fortaleza - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/6542818679517674>

Davi Oliveira Bizerril

Docente do curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Fortaleza - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/5516641709622899>

Dulce Maria de Lucena Aguiar

Docente do curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Fortaleza - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/5355564480572942>

Maria Vieira de Lima Saintrain

Docente do curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Fortaleza - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4640029618752231>

Maria Eneide Leitão de Almeida

Docente do curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC) e do programa de pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC)

Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9421873316721844>

Karina Diogenes

Discente do curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/3243188258157470>

RESUMO: As religiões apresentam seus preceitos e crenças que perpassam por todos os segmentos da vida do ser humano. Acredita-se que o enfrentamento e a cura de doenças, principalmente as bucais, tenham peculiaridades em cada religião. O objetivo geral do estudo é analisar a saúde sistêmica e a saúde bucal segundo as principais religiões brasileiras, sob a percepção de diferentes dirigentes religiosos. Trata-se de uma pesquisa exploratória e observacional de caráter etnográfico. Consistiu em entrevista com um representante de quatro religiões, em uma capital nordestina, e na observação de grupo de fiéis nos rituais religiosos sobre os saberes e práticas da saúde. De acordo com o surgimento das seguintes temáticas: cuidados de higiene geral e bucal, autoavaliação da condição de saúde/saúde bucal, assiduidade na assistência profissional – médica e odontológica, percepção da influência da religião na saúde/saúde bucal, crença dos fiéis na relação religião-saúde, crença do representante religioso na relação religião- saúde/saúde bucal e terapias religiosas para obtenção de saúde, os dirigentes religiosos associaram a religião com a saúde e tem-se efeitos para os fiéis. As crenças e condutas de curas espirituais tem sido componentes fundamentais nos rituais religiosos para um bem-estar físico, psicológico e espiritual.

As religiões preconizam a realização de práticas de cuidado à saúde. A ida ao profissional de saúde está associada ao quesito de uma boa manutenção de saúde. Deve ter o cuidado com a saúde do corpo, da mente e da alma como forma de contemplação da religião. A credulidade na religião e seu Deus influencia diretamente na saúde do ser humano como forma de esperança à cura. Os templos religiosos contribuem para o fortalecimento da fé na saúde. Conclui-se que a saúde sistêmica e a bucal, como integrante daquela, apresentam suas particularidades de acordo com cada religião brasileira, variando segundo crenças e valores, história e trajetória sócio-política.

PALAVRAS-CHAVE: Espiritualidade. Conhecimento. Saúde bucal.

HEALTH AND RELIGIOSITY: PRACTICAL KNOWLEDGE ON HEALTH FROM RELIGIOUS LEADERS

ABSTRACT: Religion shows its precepts and creeds throughout all segments on the life of a human being. It is believed each religion has a different approach on how to treat different health problems, particularly oral health problems. This study main objective is to analyze systematic health and oral health according to common Brazilian religions, through the perspective of different religious leaders. This is an ethnographic and exploratory observational study which held interviews with a representative of four distinct religions, in a northeastern capital, and observations on a group of believers about their knowledge and practices of health. Topics were approached as follows: general hygiene and oral health care, self-evaluation of health condition/oral health, attention on professional care — general and oral care, perception of the religious influence on health/oral health, believers creed on health-religion relation, leaders creed on health-religion relation and religious therapies/rituals to obtain health. Religious leaders associated religion to health therefore directly effecting believers. Creed and actions of spiritual cure have been fundamental components on religious rituals to a physical, psychological and spiritual well-being. Religions prioritize actions of self-care related to health. The idea of seeing a health professional is associated to a good health care. There must be a care on body, mind and soul health as a way of contemplating religion. Religious principles and its God directly influence the health in the human being as a way of nurturing and stablishing faith in health. Thus general and oral health, as part of religion, present themselves in particular ways according to each Brazilian religion, varying as per creed, values, history and sociopolitical course.

KEYWORDS: Spirituality. Knowledge. Oral Health.

INTRODUÇÃO

A religião expressa uma busca de vinculação da pessoa ao divino. A palavra religião vem do latim: *religio*, formada pelo prefixo *re* (outra vez, de novo) e o verbo *ligare* (ligar, unir, vincular). Representada pela crença na existência de um poder ou princípio superior, sobrenatural, do qual depende o destino do ser humano e ao qual se deve respeito e obediência (CHITRA, TRESCHUK, 2020).

Nas sociedades primitivas, o homem pré-histórico buscava reviver o tempo sagrado através das produções das imagens nas paredes, pois acreditava que aquelas imagens

rupestres tinham poderes mágico-religiosos. A intenção era desenvolver artes rupestres, as quais demonstravam sucesso em suas dinâmicas de caça e pesca, a fim de que os deuses favorecessem com êxito tais práticas. A arte rupestre aponta-se com a precursora da religião pré-história, pois havia intencionalidade do homem primitivo ao tentar expressar as suas crenças e ideias a partir dessas pinturas em blocos rochosos, mostrando uma das primeiras indicações alusivas ao universo religioso (DEMIR, 2018).

A medicina sempre esteve intensamente ligada à espiritualidade, associando a doença como pragas divinas de deuses e demônios. Cerca de 2500 a.C., crenças hindus foram registradas apresentando o politeísmo, além de muitas outras como culturas antigas como assíria, babilônica, egípcia, grega e romana. Tais culturas geralmente acreditavam em sacrifícios para apaziguar seus deuses e associavam ao estado de saúde individual e coletivo de seu povo. O monoteísmo, fundação da linha judaico-cristã-muçulmana de religiões, passou a acreditar na existência de um só Deus, o qual envia seu filho com o propósito de salvar o mundo. Diversas religiões apresentam tal dogma e o associa diretamente com o processo saúde-doença específico de cada época mesclando pela busca de saúde e paz interior (MISHRA, TOGNERI, TRIPATHI, 2017).

Com surgimento de casas de assistências, que tinham o propósito de oferecer tratamento temporário para enfermos, conhecidas atualmente como *hospitais*, fortaleceu a relação com a classe clerical, pois tais estabelecimentos eram improvisados e/ou erguidos na circunvizinhança de templos e mosteiros (VANDERWEELE, 2017).

Da Idade Média ao século passado, ordens religiosas criaram e mantiveram a uma parcela dos hospitais da Europa e América. Registros históricos apontam que o primeiro hospital do mundo foi construído na Índia, entre os anos 273 e 232 a.C., dirigido por religiosos. No Brasil, a grande maioria dos primeiros hospitais foi construída e mantida por grupos religiosos (KOENIG, MCCULLOUGH, LARSON, 2001; STROPPA, MOREIRA-ALMEIDA, 2008; MARTIN; SWIHART; YARRARAPU, 2021). Então, desde o surgimento de instituições de saúde que a religião está intimamente ligada ao processo saúde-doença da época, fazendo da espiritualidade um fator determinante nesse processo.

Nesse contexto de possibilidade de contato com o sobrenatural que as pessoas se dirigem aos templos religiosos, principalmente àqueles que prometem, através da intercessão do divino, a resolução dos problemas dos seus seguidores. Nesse sentido, tais religiões apresentam-se como um mundo que acolhe e protege, oferecendo o que as pessoas procuram: atendimento das necessidades, sentido para a vida e controle do presente e do futuro. A atuação das religiões vem se fortalecendo no campo da saúde, por meio de promessas de curas e amparo emocional, e isso interfere, diretamente, na maneira como os fiéis encaram, elaboram e aceitam essa assistência religiosa (ROZIER, 2017).

O estudo é relevante por analisar a religiosidade diante do processo saúde-doença sob a percepção de cada dirigente religioso. Espera-se como resultados que as religiões apresentassem variadas (re)interpretações de experiências de corpo e doença, oferta de

serviços espirituais de cura e suporte às situações generalizadas de aflição e sofrimento. Supõem que o enfrentamento e a cura de doenças, principalmente as bucais, tenham peculiaridades em cada religião. Desta forma, o objetivo geral do estudo é analisar a saúde sistêmica e a saúde bucal segundo as principais religiões brasileiras, sob a percepção de diferentes dirigentes religiosos.

METODOLOGIA

Caracterizou-se por ser uma pesquisa exploratória e observacional de caráter etnográfico. Consistiu em entrevista com um representante de quatro religiões, no município de Fortaleza-CE, e na observação de grupo de fiéis nos rituais religiosos sobre os saberes e práticas da saúde.

A pesquisa abordou 4 (quatro) religiões predominantes no Brasil: protestantismo, catolicismo, espiritismo e umbanda. Por meio de uma amostragem por conveniência, foram escolhidas instituições religiosas pelo seu impacto no município de Fortaleza. Foram pactuadas as seguintes instituições religiosas:

Instituição	Religião	Representante
1	Protestantismo – religião cristã evangélica	1 - pastor
2	Catolicismo – religião cristã católica	2 - padre
3	Espiritismo – religião espírita	3 – presidente da entidade
4	Umbanda – religião afrodescendente	4 – comandante chefe de terreiro

Quadro1. Instituições e representantes religiosos participantes, Fortaleza, 2018.

Fonte: Próprios autores, 2022.

A amostra do estudo foram os representantes religiosos das instituições citadas acima, resultando em 4 (quatro) participantes para a entrevista individual. As instituições, também, consistiram em amostra do estudo, pois foram cenários para coleta de dados através do diário de bordo.

A pesquisa apresentou como critérios de inclusão: disponibilidade do dirigente religioso em participar e autorização de participar do ritual religioso da instituição participante. E como critérios de exclusão apontaram: inviabilidade de realizar a pesquisa por motivos de instituição (como horário, tempo disponível, dentre outros) e a não autorização de forças ou deuses reverenciados pelas religiões.

Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), foi

anunciada e, depois autorizada a permissão para a realização da entrevista. A gravação da entrevista ocorreu com o dirigente religioso, representante de cada religião. Após isso, o pesquisador participou de 1 (um) ritual religioso e fez observação *in loco* dos rituais relacionados à saúde/saúde bucal. O pesquisador descreveu as dinâmicas interativas e comunicativas em um diário de bordo.

As entrevistas fornecidas pelos participantes foram analisadas segundo a análise do conteúdo de Bardin. As entrevistas foram transcritas, desmembradas e categorizadas segundo temáticas de acordo com os itens do roteiro da entrevista. Estas mensagens foram analisadas de acordo com os objetivos do estudo, com base nas informações obtidas do instrumento aplicado junto aos participantes da pesquisa, e discutidos à luz da literatura revisada e da análise de Bardin (2000). A análise de conteúdo identificou as inter-relações entre o comportamento dos sujeitos e os sentidos atribuídos por eles às suas experiências e as características do contexto sociocultural ao qual pertenciam sob a percepção da saúde bucal.

Da análise dos dados emergiram sete categorias que são: cuidados de higiene geral e bucal, autoavaliação da condição de saúde/saúde bucal, assiduidade na assistência profissional – médica e odontológica, percepção da influência da religião na saúde/saúde bucal, crença dos fiéis na relação religião-saúde, crença do representante religioso na relação religião- saúde/saúde bucal e terapias religiosas para obtenção de saúde.

A Declaração de Helsinkí de 1975, revisada em 2000 foi respeitada. Em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), que dispõe sobre diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos, esse estudo adotou os quatro princípios básicos da bioética: autonomia, justiça, beneficência e não maleficência. Foi obtido o TCLE dos participantes da referida pesquisa. Os representantes e as instituições foram enumerados com números cardinais, favorecendo o sigilo dos mesmos. Este estudo foi submetido e foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) pelo número do parecer nº 3.006.394.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cuidados de higiene geral e bucal

Da análise dos dados foi possível comprovar que, todos os participantes realizam o autocuidado de higiene corporal e bucal, de acordo com os relatos abaixo:

“Eu tomo vitaminas, tenho um problema de tireóide então tomo medicação pra isso, tomo vitamina D própria já da idade, e só. Eu faço exame anualmente.” “Pra saúde bucal especificamente é o cuidado normal do dia-a-dia, higienização, tudo que tem que ser feito... Também gosto de fazer uma revisão anual. Atualmente estou fazendo um tratamento dentário (estético).” (representante 1)

"[...] me preocupo com minha saúde no sentido de cuidar do corpo que é templo do espírito santo. [...]" "Com relação à saúde bucal, pelo menos eu tento ir sempre ao dentista pra poder fazer a revisão, pra manter bem a minha boca, [...]" (representante 2)

"No que diz respeito à saúde, todos nós dentro da doutrina espírita entendemos que a saúde está muito ligada, muito interligada ao nosso corpo espiritual, ou seja, ao nosso pensamento. O corpo físico acaba sendo uma consequência daquilo que nós carregamos espiritualmente, [...]"

"[...] quando garoto fui muito desleixado com meus dentes, [...]. Agora as pessoas fazerem aquela prevenção trimestral, semestral, cuidarem dos seus dentes, mas levando em consideração que todo esse zelo com o nosso corpo é uma consequência do zelo com o nosso espírito." (representante 3)

"A gente como é da espiritualidade a gente também tem que se cuidar, tanto materialmente como espiritualmente. Espiritualmente eu tenho meus cuidados, minhas afirmações com os meus orixás, com os meus guias, com os meus "preto velho", né? E eu Mãe [...] sempre vou ao médico. [...]" "A gente aqui na casa, as entidades, usamos charuto, cachimbo, a gente usa dentro da religião, então por isso a gente sempre vai ao dentista fazer limpeza, tudinho. [...]" (representante 4)

Segundo Caldas (2022) a teoria do autocuidado apresenta-se como a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício para manterem a vida, a saúde e o bem-estar, também argumenta que o requisito do autocuidado, quando formulado e expresso, constitui os propósitos do autocuidado formalizados. São, portanto, as razões pelas quais são praticados (PENAFORTE, MARTINS, 2018), reconhecendo-se que deve, esse, constituir um dos objetivos da assistência à saúde, por possibilitar o estímulo à participação ativa da própria pessoa em seu processo de cura ou de manutenção da vida. Nota-se que o indivíduo, independente do seu status em uma hierarquia religiosa ou sob qualquer outro sistema de hierarquização, realiza práticas de cuidado à saúde, em prol da manutenção da vida, da redução de danos e da recuperação da saúde.

Autoavaliação da condição de saúde/saúde bucal

Os participantes apontaram que suas respectivas condições de saúde/saúde bucal, sob suas percepções, são regulares, mostrando uma necessidade de profissionais e poder divino, como exemplifica nos seguintes relatos:

"A minha atual condição de saúde geral ela não está boa, ela está razoável, devido a correria do dia-a-dia, isso afeta a saúde da gente, por conta dos problemas de tireoide também, a idade [...]" "[...] A saúde bucal está sendo cuidada." (representante 1)

"Eu avalio como "bem". Hoje, graças a Deus, eu vou aos médicos e tenho as avaliações que me deixam mais seguro, tenho as orientações do médico, [...]" "Bem, eu avalio assim que realmente tá bem [a saúde bucal], [...]" Os dentes estão sendo trabalhados pela dentista, graças a Deus eu tenho umas dentistas boas que me ajudam a manter a minha saúde bucal bem." (representante 2)

“Por conta das nossas histórias de vida nós carregamos marcas do nosso passado e cada marca que nós carregamos do nosso passado, fruto de alguma dor, de alguma coisa que nós tivemos, ela pode se registrar no nosso corpo físico através de determinadas doenças, então nós vamos aprender a conviver com aquelas doenças de forma saudável, [...]” “Minha saúde bucal é prejudicada por conta desta história do passado me levando a ser um frequentador assíduo dos dentistas. [...]” (representante 3)

“Tá tudo ok. Eu tenho um problema na coluna, mas a minha entidade, uma preta velha que eu carrego, a mãe [...], ela ainda não deu permissão pra eu fazer essa cirurgia, ela quer que eu faça primeiro no centro espírita com os espíritos pra depois ver, [...]” (representante 4)

A autoavaliação das pessoas tem um caráter subjetivo sobre o grau de entendimento da condição própria de saúde. Este tipo de avaliação contribui para a compreensão da saúde enquanto condição complexa e multifatorial, a qual representa uma percepção integrada do indivíduo quanto às dimensões biológicas, psicológicas e sociais (MARQUES, ESCARCE, LEMOS, 2018). A autoavaliação da saúde é uma condição que não condiz com a realidade diagnosticada pelo profissional da saúde. Tal fato faz com que o indivíduo tenha uma percepção errônea e de melhor estado da sua saúde.

Assiduidade na assistência profissional – médica e odontológica

A assiduidade dos representantes religiosos é satisfatória aos serviços de saúde. Todos apontaram uma regularidade de visitas aos profissionais: médico e dentista, de acordo com os trechos abaixo:

“Está com 6 meses [que fui ao médico].” “Recentemente [fui ao dentista]. Ainda estou fazendo o tratamento, desde dezembro. [...]” (representante 1)

“A minha última visita [ao médico] faz umas duas semanas, eu precisei ver a questão do meu estômago que estava com muita azia, [...]” “A última vez que fui ao dentista foi em abril.” (representante 2)

“Eu particularmente costumo ir ao médico a cada quatro meses, eu vou no cardiologista, faço meus exames; por ter meus problemas de dente eu visito o dentista da mesma maneira, a cada quatro meses ou assim que preciso de alguma coisa. Eu acho que essas prevenções são importantes. [...]” (representante 3)

“Semana passada [fui ao médico].” “Mês passado [fui ao dentista]. Fui fazer limpeza, porque eu uso um aparelho que eu uso aqui embaixo. [...]” (representante 4)

Assim como outros grupos de pacientes portadores de doenças crônicas, como no estudo de Teodoro e colaboradores (2022), os participantes apresentam-se assíduos às consultas ambulatoriais médicas e odontológicas. A adesão à terapêutica médica e odontológica, historicamente, é caracterizada por ter baixa frequência e ter um caráter agudo-emergencial, o que não caracteriza a amostra do estudo. A ida ao profissional de saúde está associada ao quesito de uma boa manutenção de saúde.

Percepção da influência da religião na saúde/saúde bucal

Todos os religiosos acreditam que existe uma forte relação entre a religião e a saúde, como aponta as falas:

“Sim, eu acredito. Eu acredito porque uma das coisas que a gente como evangélico tenta passar é o cuidado com a própria saúde. Quando a gente imagina que o nosso corpo é um santuário do Senhor a gente estimula as pessoas a cuidarem de si mesmas, não descuidar da sua saúde.” “Não. Porque quando eu falo de saúde geral eu também incluo a bucal. Especificamente na saúde bucal, não. [...]” (representante 1)

“Com certeza. Porque nós sabemos que o nosso Senhor quer o bem. Nosso Senhor Jesus Cristo quer o bem de cada pessoa e por isso Ele curou muitas vezes o cego, o coxo, o aleijado, então eu creio em Jesus Cristo e crendo nEle, Ele me dá a saúde necessária para bem viver.” “[...] Ele [Jesus] quer a cura de todas as pessoas, Ele quer também a minha saúde bucal, na verdade Ele quer o homem por inteiro, aqui nós estamos falando de uma parte que é a saúde bucal, então com certeza a religião também influencia nisso [...]” (representante 2)

“Absolutamente. Sem um pingão de dúvidas.” “Em todos os sentidos. Em todos os sentidos que digam respeito ao corpo físico ela é parte integrante disso.” (representante 3)

“Eu acredito sim. Mesmo com a religião ou fora da religião, não sei se você já ouviu falar que a fé ela move montanhas, então umbanda, candomblé, espiritismo, catolicismo, evangélico... eu acho que a gente está dentro de uma religião pra ter fé, a fé que a gente tem em Deus, porque Deus ele está acima de qualquer coisa e Deus está em todas as religiões, [...]” (representante 4)

É possível perceber a associação da saúde corporal e espiritual, por parte do representante religioso, onde o próprio indivíduo é ativo nesse processo, associado ao poder divino, de acordo com cada contexto religioso. Os religiosos atribuem aos deuses, ou ao Deus, o poder de cura sob o corpo como um templo material da alma, firmando evidências sobre a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde física e mental (MURAKAMI, CAMPOS, 2012).

Crença dos fieis na relação religião-saúde

A crença dos fieis está pautada em que ter uma boa saúde corporal e bucal. Tal condição mostra-se como uma convicção nos princípios religiosos, segundo os religiosos, como mostram os trechos abaixo:

“Acreditam. Por exemplo... É porque tá assim bem pra questão da religião, aquela coisa bem doutrinária, né? E o evangélico, ele não vê muito essa questão da religião, é o relacionamento dele com Deus. O que que a gente observa? Principalmente nas doenças das questões emocionais, nas questões mentais... As religiões, principalmente o evangelho, tentam tratar muito isso. Na questão emocional que leva a pessoa a tomar muito comprimido. [...]” (representante 1)

“Sim. Os fiéis com certeza acreditam que existe uma ligação entre a religião e saúde, até porque é comprovado hoje que sem a espiritualidade o homem não vive bem, né? [...]” (representante 2)

“Sem sombra de dúvidas. Isso é uma coisa que pra nós é um princípio. As nossas doenças elas vão começar dentro do nosso corpo espiritual e apontam o resultado (onde elas vão se manifestar) no corpo físico. [...]” (representante 3)

“Sim, todos.” (representante 4)

A credulidade dos fiéis na religião está relacionada em vários aspectos da vida, principalmente, na saúde. Há associação de que o(s) poder(es) divino(s) possa(m) influenciar em ter uma boa qualidade de vida ou que doenças são oriundas do espírito e externadas no corpo físico. A religiosidade e a espiritualidade são campos de elaboração subjetiva em que a maioria da população latino-americana – e, especificamente, brasileira – constrói de forma simbólica o sentido da sua vida e busca motivação para superar a crise existencial decorrente da doença e outras situações da vida (SILVA *et al.*, 2016).

Crença do representante religioso na relação religião-saúde/saúde bucal

Os dirigentes religiosos acreditam que a religião influencia na saúde do fiel com mostra os discursos abaixo:

“Olha... se eu disser pra você que não acredito que Deus pode curar eu vou estar mentindo, mas isso é muito da fé da pessoa. Eu já vi pessoas estarem muito doentes e eu já vi ser desacreditadas pelo médico e eu já vi elas serem curadas perante a fé que nem o médico acreditava, então foi Deus mesmo que entreviu. [...]” (representante 1)

“Com certeza. Jesus Cristo tem poder sobre todas as pessoas. Ele tem poder de curar, ressuscitar, tem poder de curar um câncer, por exemplo, tem poder para curar uma enxaqueca. [...]” (representante 2)

“A força divina tem força sobre absolutamente tudo e ela é intimamente ligada em relação ao mérito. [...]. Então há uma passagem no evangelho que diz “ajuda-te e o céu te ajudará”. Então o nosso mérito que vai ser o fato gerador dessas ajudas. [...]” (representante 3)

“Sim.” “Sim, também.” (representante 4)

Há uma associação direta do poder divino com a obtenção e manutenção da saúde, segundo os representantes religiosos. O estudo como Teixeira e colaboradores (2022) aponta que a prática religiosa reduz a taxa de morbimortalidade de doenças nos fiéis, como interrupção do tabagismo, adoção de atividade física regular, fortalecimento das relações sociais e manutenção do matrimônio.

Terapias religiosas para obtenção de saúde

A realização de prática religiosa é fundamental, segundo os representantes, para obter uma boa saúde, de acordo com os trechos descritos abaixo:

“Não é uma terapia, é aquela coisa que você leva uma vida com Deus de

oração, de comunhão, de ir à igreja, então isso realmente acalma, diminui, você tem um ambiente que lhe acalma. Então eu acho que a religião tem esse poder de acalmar, de melhorar um quadro de saúde geral de uma pessoa. Mas existem casos específicos que realmente precisam de tratamento. [...]” (representante 1)

“Eu não diria terapia, eu diria que a vida de oração é de fato aquilo que cura as doenças graves, todo tipo de doença. [...]” (representante 2)

“Sem sombra de dúvida. O melhor caminho pra isso é o caminho da meditação, é o caminho do autoconhecimento. Santo Agostinho dizia que a nossa evolução está muito ligada ao aspecto de nos conhecermos. [...]” (representante 3)

“Tratamento espiritual. Cura dor de cabeça, pressão alta. Pra diabetes não. Diabetes eles sempre passam chá pata da vaca, diabetes não. Dor de dente é como eu falei pra você, alivia e dizem pra procurar o homem de anel. Dentro da religião tem terapia. [...]” (representante 4)

Métodos de relaxamento, meditação e oração são terapias/práticas religiosas que saciam dores e angústias geradas por uma vida turbulenta permeada de fatores estressantes e doentios como: violência urbana, relacionamentos abusivos, fragmentação familiar, dentre outros. Então, segundo Nietzsche (2020), a prece é uma prática milenar de diversas e distintas religiões, tradicionalmente associada a bem-estar, promoção de saúde, introspecção e espiritualidade. Outro estudo de Roberts *et al.* (2007) mostrou uma clara determinação da estratégia da prece intercessória para otimização de saúde de pacientes acometidos de distintas doenças.

Ao final da pesquisa esperou-se ter um panorama, de cada uma das religiões abordadas em relação às diversas concepções e entendimentos da saúde sistêmica e bucal, na perspectiva dos indivíduos envolvidos. Tais resultados propiciaram aos profissionais de saúde, componente de uma equipe multidisciplinar, principalmente aos cirurgiões-dentistas, uma melhor compreensão de seus pacientes, considerando-os seus valores culturais e religiosos. Além disso, articulou as categorias das entrevistas transcritas e das observações feitas com o referencial teórico e com possíveis desfechos culturais e históricos de cada religião. Além disso, a pesquisa tende a colaborar com a comunidade acadêmica e técnico-científica, principalmente nas pesquisas qualitativas que ainda são incipientes na área da Odontologia. Importante ressaltar que esses tipos de estudos devem ser estimulados no campo promissor de investigação a fim de amadurecer pesquisas desta natureza.

CONCLUSÃO

Desta maneira, a saúde sistêmica e a bucal, como integrante daquela, apresentam suas particularidades de acordo com cada religião brasileira, variando segundo crenças e valores, história e trajetória sócio-política. Segundo representantes religiosos, a religião e saúde apresentam íntima relação permeada por ser reconfortante, acolhedora, confiante,

esperançosa, dentre outras qualidades. Acredita-se que em um contexto de possibilidade de contato com a dimensão espiritual que as pessoas se dirigem aos templos, principalmente àqueles que prometem, através da intercessão do divino, a resolução dos problemas de saúde dos seus fiéis.

AGRACEDIMENTO

O estudo foi realizado por ter sido contemplado pelo Edital 2017 PROBIC da Fundação Edson Queiroz/Universidade de Fortaleza.

CONTRIBUIÇÃO DO MANUSCRITO

Os autores DOB e LMM foram responsáveis pela concepção do estudo aquisição de dados, e análise e interpretação de dados. Na elaboração do artigo participaram todos os autores do referido estudo. O estudo foi aprovado pelas autoras DMLA e MVLS.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

BRASIL, Resolução CNS n. 466, de 12/12/2012. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, Brasília, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013. Seção 1.

CALDAS, C.P. **O cuidado às pessoas idosas em tempos de pandemia**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 25, n. 6, 2022.

CHITRA G, P.V.; TRESCHUK, J.V. **Critical Literature Review on the Definition Clarity of the Concept of Faith, Religion, and Spirituality**. Journal of Holistic Nursing, [S. l.], p. 107–113, 1 mar. 2020.

DEMIR, E. **The Evolution of Spirituality, Religion and Health Publications: Yesterday, Today and Tomorrow**. Journal of Religion and Health, [S. l.], p. 1-13, 6 dez. 2018.

KOENIG, H.G.; MCCULLOUGH, M.; LARSON, D.B.B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University press; 2001.

MARQUES, S.R.L.; ESCARCE, A.G.; LEMOS, S.M.A. **Letramento em saúde e autopercepção de saúde em adultos usuários da atenção primária**. CoDAS [Internet]. [citado 2018 Ago 13]; v. 30, n. 2, p. e20170127, 2018.

MARTIN, R.L.; SWIHART, D.L.; YARRARAPU, S.N.S. **Cultural Religious Competence In Clinical Practice**. StatPearls Publishing, [S. l.]17 nov. 2021.

MISHRA, S.K.; TOGNERI, E.; TRIPATHI, B. **Spirituality and Religiosity and Its Role in Health and Diseases**. Journal of Religion and Health, [S. l.], p. 1282–1301, 7 ago. 2017.

MURAKAMI, R; CAMPOS, C.J.G. **Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 65, n. 2, p. 361-7, 2012.

NIETZSCHE, F. **O Anticristo: maldição ao Cristianismo**, 1ª ed. Editora Vozes, 2020. 96p.

PENAFORTE, M.H.O.; MARTINS, M.M.F.P.S. **A visibilidade do autocuidado relativo à higiene na passagem de plantão dos enfermeiros.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. [citado 2018 Ago 13]; v. 19, n. 1, p. 131-139, 2011.

ROBERTS, L.; AHMED, I.; HALL, S. **Intercessory prayer for the alleviation of ill health.** *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD000368, 2007.

ROZIER, M. **Religion and Public Health: Moral Tradition as Both Problem and Solution.** Journal of Religion and Health, [S. l.], p. 1052–1063, 20 jan. 2017.

SILVA, C.F.; BORGES, F.R.; AVELINO, C.C.V.; MIARELLI, A.V.T.C.; VIEIRA, G.I.A.; GOYATÁ, S.L.T. **Espiritualidade e religiosidade em pacientes com hipertensão arterial sistêmica.** Revista Bioética [Internet]. [citado 2018 Ago 13]; v. 24, n. 2, p-332-343, 2016.

STROPPIA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e Saúde. In: **Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina.** SALGADO, Mauro Ivan; FREIRE, Gilson (Orgs.). Belo Horizonte: Inede, 2008. (pp.: 427-443).

TEIXEIRA COELHO, A.V.; SIMÕES HAMAD FARIAS DO COUTO, M.H.; CRISTINE BRITO E SILVA, S.; CORPES OLIVEIRA FRANÇA, I.; DE ALMEIDA NONATO, E.; & COSTA SOUZA, D. **Religião e espiritualidade em idosos internados em hospital religioso em Belém.** Concilium, v. 22, n. 1, p. 317–327, 2022.

TEODORO, S.R.; VALE, M.P.P.; MOURA, R.N.V.; FERREIRA, E.F. **Avaliação e controle do absenteísmo às consultas de Odontologia no programa de saúde escolar.** Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, [S. l.], v. 11, n. 1, pág. e39611125079, 2022.

VANDERWEELE, T.J. **Religion and health in Europe: cultures, countries, context.** European Journal of Epidemiology, [S. l.], p. 857–861, 7 set. 2017.

COVID -19 – UM OBSERVATÓRIO PRIVILEGIADO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS

Data de aceite: 01/06/2022

Teresa Denis

Doutora em Sociologia, Investigadora no H&TRC – Centro de Investigação em Saúde e Tecnologia, Instituto Politécnico de Lisboa - ESTeSL
Lisboa, Portugal

RESUMO: Com este texto pretendemos perceber e analisar reflexiva e criticamente de que forma é que neste tempo da pandemia (covid-19) as desigualdades sociais foram geridas pelos serviços e vivenciadas pelas pessoas. Deste modo, apesar de recorrermos a alguns dados quantitativos caracterizadores do nível de desigualdades sociais, este é um trabalho vincadamente de natureza qualitativa e exploratória, construído com base em dados recolhidos em bibliografia, relatos e artigos sobre o tema e sua contextualização na vivência efetiva do quotidiano das pessoas.

AGUDIZAR DAS DESIGUALDADES SOCIAIS EM TEMPOS DE PANDEMIA: VERDADE OU CONSEQUÊNCIA?

Portugal é um país da União Europeia de desenvolvimento intermédio ou até mesmo um país pobre do sul da Europa. Caracterizado por baixos rendimentos per capita, baixas qualificações, onde o analfabetismo é residual mas o analfabetismo funcional é bastante elevado, pois falta a capacidade para se saber

utilizar o conhecimento escolar, como é exemplo a iliteracia. As pessoas sabem ler e escrever mas têm dificuldade para interpretar o que lêem o que acarreta consequências ao nível da compreensão da informação a qualquer nível mas com grande enfoque no que concerne com o nível de promoção da saúde.

O sector de atividade acompanha o dos países desenvolvidos onde predomina o sector dos serviços, mas com predominância para os sectores tradicionais da administração pública, nomeadamente para sector da educação e da saúde; seguido pelo turismo; hotelaria; restauração; serviços pessoais; serviços doméstico; reparações; biscates; comércio ambulante – atividades, sobretudo as últimas, conduzem ao peso da denominada economia informal ou subterrânea - onde predomina a fuga ao fisco - com toda a problemática associada.

A nível territorial verificam-se grandes assimetrias regionais, temos um interior desertificado e com baixa densidade populacional e uma litoralização da economia, a população concentra-se no litoral e em áreas metropolitanas em núcleos familiares reduzidos, com tipologias habitacionais de apartamentos. O estilo de vida gira à volta do modo de vida - separação entre o local de trabalho e o local de residência, quase sempre na periferia das grandes cidades. A casa apresenta-se mais como um dormitório e menos como um lar. Tudo isto incrementa desigualdades sociais com

ênfase para as desigualdades de género. O género feminino é maioritário e também o que mais sofre com as atividades mais precárias e mais mal pagas, às quais ainda se junta o trabalho doméstico, o cuidado com os filhos e a família. Temos muitas famílias monoparentais de mães com filhos a cargo e tudo isto acarreta grande sobrecarga de trabalho para as mulheres.

A pandemia veio agudizar e potenciar as vulnerabilidades acumuladas em razão do género. De facto, a quarentena revelou-se particularmente penosa para as mulheres e, em alguns casos, até perigosa, pois as mulheres predominam em profissões como a enfermagem ou a assistência social que, como sabemos, estiveram na linha da frente na prestação de cuidados a doentes e idosos dentro e fora das instituições. Estas mulheres não se puderam resguardar em quarentena para garantir a quarentena dos outros.

Efetivamente as mulheres quer antes, quer durante a pandemia sofreram e sofrem das desigualdades e da discriminação a que são sujeitas todos os dias.

Segundo o relatório da Organização Internacional do Trabalho publicado em 2018 as mulheres realizam 76,2% do trabalho não remunerado, numa percentagem três vezes maior do que a dos homens. É comum e até banal as mulheres assalariadas receberem salários mínimos ou mais baixos do que os dos homens para o mesmo tipo de trabalho e ainda cuidarem das suas famílias.

As taxas de desemprego são bastante elevadas, temos sectores de atividade obsoletos, por não se terem modernizado perderem a competitividade num mundo globalizado. Com a pandemia tudo isto se vai agudizando.

É sabido que não vai haver trabalho para todos. Será necessário pensar outras formas de solidariedade como por exemplo a redistribuição do tempo de trabalho o que, na opinião de Teresa Denis (2006) em “Trabalho um Dever Direito” poderia passar pela redução dos horários de trabalho num compromisso tripartido entre trabalhadores, empregadores e Estado.

Somos uma sociedade demograficamente envelhecida dado a progressiva diminuição do peso das gerações mais jovens a favor do aumento e do peso das gerações mais velhas. Este envelhecimento populacional deve-se sobretudo ao facto da longevidade aumentar muito por via dos cuidados de saúde e por outro lado devido à baixa do índice de natalidade.

Com a pandemia, com tantos idosos a morrer por covid-19, vamos ver como ficamos em termos populacionais? Por outro lado, a pandemia também nos tem demonstrado bem a qualidade da relação que mantemos com os nossos idosos, institucionalizados em lares. De facto, como constata Boaventura Sousa Santos,

«as condições de vida prevaletentes no norte global levaram a que boa parte dos idosos fosse depositada em lares, casas de repouso, asilos. Segundo as posses próprias ou da família, esses alojamentos podem ir de cofres de luxo para jóias até depósitos de lixo humano» (SANTOS, 2020).

Efetivamente a modernidade tem conduzido cada vez mais os idosos a viverem em alojamentos residenciais como espaços que garantiam a sua segurança e em princípio, o confinamento imposto pela pandemia não deveria afetar, grandemente, a sua vida - uma vez que o seu estilo de vida já era o de uma permanente clausura. A verdade é que pelo contrário esta suposta zona de segurança transformou-se numa zona de alto risco para a saúde destes idosos.

Tudo isto deve fazer-nos pensar sobre a representação social que temos da velhice, do ser velho e do papel social do idoso.

Impõe-se refletir um pouco sobre esta institucionalização da velhice, bem como sobre o teor dos termos que modernamente são utilizados, como por exemplo: “envelhecer bem”, “envelhecimento ativo”; que são expressões que a nosso ver remetem para a questão das políticas ativas que propõem estimular a proatividade destes cidadãos, no sentido de se ajudarem a si próprios, de se manterem ativos e autónomos de acordo com o modelo de estilo de vida saudável.

Sabemos que para essa promoção de uma vida saudável e cuidada no seu dia-a-dia são precisos recursos. Pelo que devemos salientar e observar que os hábitos saudáveis, ou os bons hábitos de saúde, funcionam como uma espécie de reprimenda das desigualdades sociais no geral, e em particular das da saúde, as quais se repercutem diretamente na vulnerabilidade deste grupo etário.

Efetivamente, a ideologia do “*envelhecimento ativo*” em sociedades como a portuguesa marcada por défices de instrução, literacia, rendimento, saúde, só pode ser experienciada como uma encenação face às reais condições de vida dos idosos e às suas legítimas identidades.

Assistimos todos os dias à desvalorização social da condição de idoso, o que tem vindo a reforçar o isolamento e a “doença da solidão” - ao incrementar um estado de solidão que representa, para a pessoa idosa, a situação de poder estar ou encontrar-se entre muita gente, mas sentir-se e ser para eles socialmente insignificante, invisível ou até mesmo descartável. Neste sentido, Norberto Elias chamava a atenção para «a coisa mais difícil na atual forma de envelhecer e de morrer é o gradual arrefecimento das relações» (ELIAS, 1994). Ricardo Antunes (2011) constata no seu trabalho que existe uma óbvia «conexão entre a maneira como uma pessoa vive e a maneira como morre». Estes factos tornaram-se demasiado evidentes nestes tempos da covid-19. Com a situação pandémica muitos dos idosos acabaram por morrer nos lares e nas casas de saúde onde residiam sem sequer serem transportados para o hospital. Morreram sozinhos, sem a companhia dos seus entes queridos e dependentes da generosidade e capacidade de gestão de risco dos seus cuidadores para terem um último momento de proximidade com outro ser humano.

Desta forma, é importante e impõe-se ter e dar atenção à conexão social entre a forma de viver e a forma de envelhecer e morrer. Impõe-se perceber qual é o curso de vida social dos portugueses com 60 anos ou mais em três dimensões elementares como:

delinear um projeto de vida para a nova fase e de ocupação dos tempos livres; avaliar, compensar e gerar “um capital social” capaz de suprir a tendência para o “arrefecimento das relações”; e sobretudo para moderar o estigma da velhice. Estigma que Boaventura Sousa Santos designa por “senexismo” (do latim *senectus*, “velhice”). Preconceito que, segundo o autor, “assenta na ideia de que o valor social e o prazo de validade social dos seres humanos estão associados à sua produtividade entendida em modo e termos capitalistas.

Este preconceito predomina ou é sobretudo generalizado nas sociedades do norte global, onde os idosos constituem um grupo particularmente numeroso e, um dos grupos mais vulneráveis em períodos de pandemia. A pandemia alertou-nos e chama-nos para a necessidade de darmos maior precisão e rigor aos conceitos que usamos genericamente e que necessitamos precisar, como por exemplo: quem é idoso? Segundo a Organização Comunitária Latino-Americana - Garganta Poderosa - a diferença de esperança de vida entre dois bairros de Buenos Aires (o bairro pobre de Zavaleta e o bairro nobre de Recoleta) é de cerca de vinte anos. Então, não é de surpreender que os líderes de Zavaleta sejam considerados de “idade madura” pela comunidade e de “jovens líderes” pela sociedade em geral. De facto tudo é relativo, é preciso contextualizar no tempo e no espaço social e territorial.

Neste sentido, também Alexandre Kalache, afirma que, o idadismo - preconceito contra as pessoas mais velhas - é “uma grande peste à escala mundial” que importa desconstruir e combater. Este brasileiro, que dirige o Centro Internacional da Longevidade, frisa, ainda, que o idadismo “é pior nos países ocidentais”, embora também nos países orientais, uma atitude de maior respeito e de reverência para com os mais velhos esteja cada vez mais a desaparecer.

Este conceito, como refere Rosa, à semelhança de outros conceitos do mesmo tipo como por exemplo o de racismo, significa a discriminação, habitualmente negativa, das pessoas com base na idade.

Mas o mais curioso é que este idadismo seja aceite como normalidade e por isso raramente seja questionado ou colocado em causa, o que não acontece em relação a outros marcadores sociais. Assim, este preconceito para com os velhos prolifera, torna-se banal e reflete-se nas mais pequenas brincadeiras do quotidiano através, por exemplo, da infantilização do idoso no trato, na relação ou na utilização de diminutivos, bem como em estereótipos associados à idade que minorizam ou descredibilizam a importância da pessoa mais velha.

Com tudo isto, a pessoa idosa vai perdendo o seu auto-respeito e a sua autoconfiança ao sentir que é marginalizada, pelo que é preciso dar atenção a tudo isto. É preciso parar para ver quem é aquela pessoa, para captar e entender o que é que aquela pessoa quer e deseja, qual é ou foi o seu estatuto social ou o seu protagonismo, qual foi e qual deve ser o seu papel na sociedade de todos e para todos. Pois como salienta Kalache, antigo dirigente

da OMS, é necessário promover “uma resignificação da velhice”.

De facto, não há nada de errado em relação ao envelhecimento, pois viver mais tempo é, obviamente, uma benesse o que é preciso é cultivar uma atitude positiva em relação ao envelhecimento e ao idoso, para quem é necessário encontrar um lugar e um papel social conforme a sua situação e saúde.

O importante será que a pessoa continue a ser válida socialmente, que tenha meios para cuidar de si própria, adotando comportamentos para um envelhecimento positivo, não abdicar dos seus direitos nem da sua cidadania para poder reivindicar ou ter a “atitude de decidir que não vai para os seus aposentos, que vai envelhecer na sala da frente” (KALACHE, 2021).

Os tempos modernos transmitem-nos modelos construídos em estereótipos puramente artificiais como por exemplo a pura ilusão da juventude eterna que provoca uma falta de empatia para com os mais velhos e um desconforto no sujeito que envelhece, que procura ocultar esses sinais, pintando o seu cabelo branco, fazendo operações de estética para disfarçar os sinais dos anos passados.

Em quase todas as culturas ocidentais, o melhor elogio que se pode fazer a alguém, em idade madura, é dizer que não parece ter a idade que tem. Parecer ou ser velho tornou-se estigmatizante e como tal deve ocultar-se ou disfarçar.

Contudo, não pode deixar de ser curioso, que nas sociedades atuais esteja a acontecer, como refere o antigo dirigente da OMS “uma revolução” que é a do envelhecimento populacional, uma vez que as estimativas apontam para que, nos próximos 50 anos, o único grupo etário que irá aumentar seja o dos maiores de 70 anos, sendo que a população com mais de 80 anos irá subir 27 vezes mais neste período.

Problema que a nosso ver deve ser encarado com responsabilidade humanista neste mundo de desigualdades e construções estereotipadas. Como temos vindo a perceber e a constatar a realidade do envelhecimento nas sociedades atuais é bastante diferente tanto ao nível social como da saúde, os sistemas de saúde já não podem contar com uma família cuidadora, as casas já não propiciam o acolhimento dos idosos, nem as famílias têm tempo ou capacidade para estarem e cuidarem das suas necessidades funcionais ou emocionais.

De facto, o envelhecimento tornou-se e é, cada vez mais, um problema médico vivenciado em instituições que seguem o modelo médico de medicalização da velhice como sendo uma enfermidade, arredando as pessoas do processo de envelhecimento como parte integrante da vida e do viver.

Em Portugal, desde 1976 que temos consignado pela Constituição da República Portuguesa um Estado de Direito Democrático e Social. Mas o cariz das políticas sociais, como a proteção dos mais vulneráveis, desde o emprego à velhice, da segurança social à educação ou à saúde têm ficado sempre aquém do desejado.

O nosso Serviço Nacional de Saúde (SNS) concebido por António Arnault seguindo o modelo constitucional de William Beveridge, teve logo no início da sua implantação como

atropelo a continuação da medicina privada, ou dos subsistemas como o SAMS (sistema de saúde dos bancários) ou a ADSE (sistema de saúde dos funcionários públicos), bem como a proliferação dos seguros de saúde. Por isso não foi possível conjugar tudo num modelo único SNS e ficamos com um sistema de saúde de cariz misto que articula diferentes prestadores e interesses particulares, como as convenções público-privadas, o que só por si cria desigualdades no acesso e na promoção da saúde.

Ultimamente temos vindo a assistir à proliferação dos seguros de saúde mas a pandemia tem-nos demonstrado quando estamos verdadeiramente doentes quem é que nos abre a porta. Vejamos que em março de 2020 o SAMS até encerrou os serviços das clínicas e do hospital mas, curiosamente, os seus utilizadores ficaram calados. De facto, os hospitais privados portugueses, em vez de solidariedade e dever cívico procuraram fazer da pandemia uma fonte suplementar de negócio ao pretenderem cobrar ao Serviço Nacional de Saúde todas as despesas de doentes com covid-19, mesmo que estes não tivessem sido referenciados pelo sistema público. Estes factos devem servir para uma reflexão séria sobre a saúde como um bem público e um bem de mérito que, por isso, não pode e não deve ficar ao sabor de negociações economicistas. Precisamos de passar uma imagem de valorização do SNS, apostar no SNS a nível da sua representação social, efetuar algum *marketing* social, pois o habitual é dizer-se mal por tudo e por nada. Até os estudantes, a tirarem cursos de saúde no sistema público dizem que querem ir trabalhar para o privado - algo está errado. Ou seja, temos fragilidades sociais que imperam em desigualdades instaladas e difíceis de apaziguar ou desconstruir.

Então com a pandemia é claro que tudo isto se agudizou - as desigualdades e as assimetrias acentuaram-se. E, se é verdade que o vírus é democrático e transversal, que estamos todos no mesmo barco, efetivamente não estamos todos no mesmo convés. As fragilidades aumentam por exemplo com o ensino à distância, com as aulas em casa. Será que as famílias têm os recursos necessários? Têm condições para terem um espaço privado, um computador, internet? Por exemplo, em Pedrógão Grande, um concelho no interior de Portugal, as aldeias não têm internet de todo, ou esta é deficitária, pelo que mesmo que tenham um computador, de pouco lhes serve. Esta é uma situação que vai acentuar as desigualdades sociais entre as crianças e o seu sucesso académico.

É sabido que as crianças com mães com baixa escolaridade sofrem de mais insucesso escolar, uma vez que em casa não se acompanha o estudo, nem se motiva e estimula a aprendizagem, não se valoriza nem se tem uma representação social positiva do conhecimento, o que conduz à reprodução social das desigualdades e das baixas qualificações.

Ora se o ensino e a escola de alguma forma têm contrariado esta realidade, pois tem existido grande empenho das políticas públicas para a promoção do sucesso escolar e da escolaridade o que tem originado, de facto, uma mobilidade social ascendente.

Mas, se o principal agente tem sido a escola que tem conseguido estimular as

crianças e jovens para a aprendizagem - se estas agora estão a ficar em casa isto terá consequências ou efeitos de retrocesso.

De facto, Susana Peralta da Universidade Nova de Lisboa realizou um estudo com crianças com menos de 12 anos e constatou que quatro em cinco crianças têm mães com dificuldades em acompanhar ou ajudar os filhos no estudo ou nas atividades letivas.

O mesmo estudo refere que 25 % das crianças - dados do INE - vivem em casas com infiltrações de água, 13 % não tem aquecimento, 9 % não têm iluminação suficiente e 9% das famílias não podem cozinhar refeições completas e saudáveis.

Este estudo faz referência a um outro similar do Reino Unido, realizado já após o confinamento de 2020, que refere que 1/3 das escolas básicas têm professores sem competências tecnológicas e pedagógicas para o ensino à distância. Ora entre nós certamente não deve ser muito diferente, o mesmo estudo salienta que os alunos do ensino primário no geral sofrem de um atraso de dois meses a nível da aprendizagem, e os mais desfavorecidos de 7 meses. Pelo que, conclui o estudo, houve um recuo de 10 anos ao nível do índice de aprendizagem e desenvolvimento. Ou seja, o que se tinha ganho perdeu-se num ápice e coloca em risco o futuro destas crianças.

Se pensarmos que, em Portugal em 2017/18 havia 60 % dos concelhos onde metade dos alunos do 9º ano tinham apoio social escolar, por serem pobres – podemos, então, extrapolar com base nos dados do Reino Unido e dessa forma constatar que não é só o computador que falta é todo o resto que faz falta às crianças e às suas famílias.

Perante a pandemia, sabemos que, as crianças são as menos infetadas pelo vírus mas, por outro lado, são as que mais sofrem com o confinamento.

A Presidente da Comissão Nacional da Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens Rosário Farmhouse, salienta que os problemas a nível da saúde psíquica destas crianças em confinamento aumentou, com incidência na ansiedade, com problemas de sociabilidade, com problemas em irem à rua ou em estarem com outros, ao que se junta cada, vez mais, a dependência do ecrã pelas muitas horas em frente ao computador, à televisão, ao tablet ou ao telemóvel que têm originado um síndrome de abstinência, levando a que fiquem mais ansiosas quando estão longe do ecrã.

Por outro lado, lembra-nos também que o acesso constante à internet torna as crianças mais vulneráveis aos predadores sexuais. De facto o confinamento tem aumentado a violência intrafamiliar devido ao convívio forçado de vítimas e agressores, ou potenciais agressores, durante as 24 horas do dia e muitas vezes em situação de stress.

A falta de acompanhamento na escola, o olhar dos professores para sinalizar situações, faz aumentar a negligência com estas crianças. Cresce o risco de abusos e maus tratos que não são notados nem alertados, o que leva a que a violência doméstica tende a aumentar. As famílias confinadas em casa entram em colapso devido à sobrecarga de trabalho, sobretudo quando temos famílias com crianças pequenas, com pais em teletrabalho e filhos com aulas online, muitas vezes ao mesmo tempo, não havendo

capacidade de ajudar com as tarefas da escola dos mais novos, em muitas situações faltam condições habitacionais ou faltam os espaços privados para trabalhar ou estudar. A todos estes problemas junta-se ainda a falta de dinheiro com o aumento do desemprego. Tudo isto cria ou aumenta o stress, a ansiedade e o mal-estar. O mal-estar instala-se e origina problemas a diferentes níveis. A saúde é um deles tanto a nível psíquico como físico, como social: a exaustão é total.

Com a pandemia o acesso à saúde não covid é de evitar. Agudizam-se as desigualdades em saúde que já eram, e são, muito grandes. As pessoas com doenças estão a ficar cada vez mais doentes. Os idosos, grande faixa da nossa população com doenças crónicas, estão a ficar ainda mais doentes. O SNS vai certamente ficar ainda mais desorganizado durante muito tempo. Sabemos que já havia problemas como listas de espera para consultas ou cirurgias, então no pós pandemia como vai ficar o acesso e a promoção da saúde?

Por exemplo, no caso do cancro, os próprios rastreios foram interrompidos, pelo que haverá falta de identificação precoce de lesões cancerosas, o que vai ter repercussões na probabilidade de tratamentos curativos, facto salientado por um médico da Fundação Champalimaud quando refere que voltaremos a ter situações de cancro avançado como já não tínhamos há muitos anos, pelo que haverá um retrocesso de décadas quanto às doenças oncológicas.

Efetivamente, no contexto da covid-19 a saúde não covid teve um impacto bastante negativo. O rácio entre os anos de vida perdidos por covid e não covid rondou os 40%, o que significa que em 2020 por cada ano de vida perdido por covid tivemos 0,4 anos de vida perdidos por outras causas. Ou seja, a longevidade sofreu um aumento de 34,6 anos de vida perdidos por cada dez mil habitantes, dos quais 24,7 foram mortes por covid e os restantes 10,1 foram por outras doenças. Para estes factos há que ter em atenção às situações de comorbilidades na faixa etária abaixo dos 75 anos, bem como a dificuldade e o medo no acesso aos serviços de saúde ou o isolamento, determinantes a ter em conta neste processo analítico.

Efetivamente, os dados sobre outras causas de morte para o período compreendido entre 2 de março e 27 de dezembro de 2020 estimam que 3805,3 de anos de vida tenham sido perdidos por cancro e 1786,3 por doenças cardiovasculares.

Devemos ainda procurar perceber e dar atenção aos doentes recuperados da covid-19 e avaliar qual a perda a nível da qualidade de vida e bem-estar devida à doença grave, ou provocada pela incapacidade que a infecção pelo coronavírus pode gerar a médio e a longo prazo. A denominada covid “longa” cujos efeitos são ainda incertos mas expectáveis, nomeadamente, no que se prende com o cansaço de que os pacientes covid tanto se queixam no pós covid.

A longo prazo também haverá impacto da pandemia em áreas críticas devido a ter havido menos consultas, menos rastreios, menos exames de diagnóstico, menos cirurgia.

Ou seja, se houve menos cancros diagnosticados ou mais AVC(s) agravados pelo medo de se deslocarem às urgências, estes casos clínicos irão sofrer com o adiamento do tratamento de situações cardiovasculares potencialmente graves, apesar do normal funcionamento da via verde coronária e do AVC ter permanecido, mesmo durante o período crítico da covid-19.

Estas situações terão consequências no aumento das taxas de mortalidade, bem como no estado funcional dos doentes com AVC, casos que só terão reflexo na doença ou que só serão evidentes daqui a algum tempo ou até mesmo anos.

No caso das doenças oncológicas a Liga Portuguesa Contra o Cancro estima que pelo menos mil diagnósticos de cancros terão ficado por identificar em 2020, cujo impacto na doença efetiva só será evidente por volta de 2025/26. Outro dos casos prendeu-se com a neurocirurgia, com o adiamento de muitas cirurgias e logo com o atraso no início dos tratamentos pós-operatórios que acarretam como consequências o agravamento da situação clínica. Ou seja, opera-se em piores circunstâncias o que irá ter reflexos no agravamento do prognóstico.

A nível do trabalho foi instituído o teletrabalho, que até para alguns tem sido benéfico, poupa-se tempo e dinheiro, mas o problema, a nosso ver é se no pós pandemia ele se torna uma regularidade ou até uma imposição, haverá alguns sectores de atividade que não serão abalados, mas para os mais frágeis será muito mau, dado que se perde o espírito de grupo ou classe e consequentemente o de capacidade reivindicativa. Fica-se isolado e na mão dos empregadores. No caso dos já tão explorados trabalhadores denominados *callcenter*: estes ficarão certamente em situação de maior precariedade sem poder coletivo para reivindicações. Assistimos à desvalorização do trabalho e dos direitos do trabalho. Este é um aspeto a ter em atenção, os sindicatos precisam de estar atentos.

No desfecho deste cenário podemos prever que vamos inevitavelmente ficar mais doentes e mais pobres. Em termos económicos o modelo de desenvolvimento assente na produção lapidar e no consumismo acéfalo terá de ser repensado.

O confinamento deveria servir para uma reflexão sobre estes modos e estilos de vida.

Pois mais pobres pode não significar menos qualidade de vida. A União Europeia e a Presidência Portuguesa que instituiu neste semestre da sua vigência presidencial, para a sua ação “agir”, *agir* deveria também, a nosso ver, introduzir *refletir*, refletir sobre o futuro, para onde queremos ir, qual o caminho a seguir, que modelo de desenvolvimento queremos para o futuro?

Precisamos de analisar e refletir sobre as lições que o vírus nos está a dar. Como constata Boaventura Sousa Santos (2020), se não forem minimamente apreendidas, nunca se voltará à normalidade, e o novo normal será o que designa como “pandemia intermitente”, um período em que as pandemias recorrentes serão parte da nova normalidade, pois a extraordinária rapidez com que esta pandemia se propagou em todo o mundo, produto das

comunicações e da globalização, tornam o mundo mais pequeno, mais interdependente e mais vulnerável e suscetível a tudo isto.

O problema é que, segundo Boaventura (2020), «a continuar este modelo de desenvolvimento, haverá outras pandemias, que tenderão a ser mais mortíferas e tenderão a propagar-se mais rapidamente». Então, desta constatação, torna-se inevitável incrementar algumas mudanças e a primeira, porque a mais premente, que tem de ser feita tem a ver com uma nova aposta, uma nova centralidade num Estado protetor, de bem-estar ou social, onde os gastos em políticas sociais, nomeadamente com a saúde pública, não sejam vistos como um custo - como tem sido até agora (os cortes nestes gastos têm sido, praticamente generalizados em todos os países) - mas como um investimento que terá repercussões positivas nas diferentes dimensões, quer sociais, quer económicas. A segunda lição que o vírus nos está a proporcionar (e que está intrinsecamente ligada à primeira) é que o próprio modelo de desenvolvimento tem de mudar para um mais sustentável, mais respeitador dos recursos naturais do planeta e mais respeitador dos ecossistemas e da relação entre humanos e não humanos.

De facto, como salienta Boaventura Sousa Santos (2021), a pandemia da covid-19 pôs a claro algumas debilidades graves do sistema social, económico e político, pelo que se exige alguns ajustamentos estruturais. Efetivamente, esta crise pandémica tem-se revelado uma crise qualitativamente distinta das anteriores dado sinalizar a necessidade de mudanças profundas no nosso modo de ser e estar que implicam, por isso, questionar o modelo civilizacional que domina há mais de seis séculos.

Boaventura Sousa Santos (2020) acredita que as pandemias são a punição da natureza, pela sua violação sem limites, não no sentido de vingança mas de “autodefesa, para garantir a sua vida”. Pois sabemos hoje que todas estas grandes formas de mutação que os vírus estão a ter resultam de uma interação cada vez mais invasiva da vida humana na vida não humana. Desde há alguns séculos decidimos explorar a natureza sem respeito nem limites. A vida humana é apenas 0,01% da vida do planeta, a vida humana é de fato muito pouca ou mesmo residual. O planeta não precisa de nós, nós precisamos mais do planeta do que ele de nós, e é mais do que evidente que temos de mudar o modelo de desenvolvimento e dar outra atenção à ecologia, à preservação da natureza: para uma sociedade mais humana, solidária e fraterna.

Este pode ser o tempo de oportunidade para um novo *tempo*, ou o *kairós* da antiguidade grega. Um tempo que se desdobra em duas temporalidades: o tempo utópico da imaginação de novos paradigmas e o tempo da *transição paradigmática*. A procura de *amanhãs* para novos modos de ser e estar.

Ou seja, de acordo com a definição de *kairós* podemos pensar este tempo (*kairós*) como um momento oportuno único que pode estar presente dentro de um espaço ou de um tempo exato. De um período ideal para a realização de algo específico, de um processo a ser iniciado dentro dum determinado contexto. Neste caso, no mundo globalizado, do

tempo pós pandemia covid-19,

Estamos de facto numa encruzilhada, num ponto em que percebemos que a humanidade pode desaparecer da terra tal como um carro de Jagrená – metáfora que Giddens utiliza para, à semelhança da divindade hindu que perde o controlo do carro, nos fazer pensar ou tomar consciência que também a humanidade está a perder a capacidade de controlo sobre os efeitos da sua ação lapidar e descontrolada sobre o meio ambiente e o planeta, o qual pode lançar toda a humanidade na engrenagem letal do seu próprio fim. É tempo de buscar o *kairós* do tempo latente pois não restam dúvidas de que estamos a marcar um novo momento, que muitos de nós estamos a sentir no corpo e na alma.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Desigualdades na vida e na morte: saúde, classes sociais e estilos de vida**. ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa. 2011.

DENIS, Maria Teresa. Trabalho um dever/direito que urge ser repensado como “bem-comum”. In: **Colóquio Internacional Portugal entre desassossegos e desafios**. 2011.

ELIAS, Norbert. O processo civilizador. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., vol 1, 1994.

PERALTA, Susana. **Portugal e a Crise do Século**. Editora Objectiva, Lisboa. 2020.

ROSA, Maria João Valente. **O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa**. FFMS, Lisboa. 2012

SANTOS, Boaventura Sousa. **O Futuro Começa Agora – da pandemia à Utopia**. Lisboa, Edições 70. 2021

SANTOS, Boaventura Sousa. **A Cruel Pedagogia do Vírus**. Coimbra Almedina. 2020

CAPÍTULO 14

“CUIDAR”: PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO AMBIENTE UNIVERSITÁRIO

Data de aceite: 01/06/2022

Regina Aparecida de Morais

<http://lattes.cnpq.br/6538573203744960>

Virgínia Raimunda Ferreira

<http://lattes.cnpq.br/7678721470961182>

RESUMO: O evento “Cuidar” ocorrido no dia 06 de abril de 2019, entre 8 e 18 horas, objetivou instaurar um espaço acolhedor aos estudantes e à comunidade, com a realização de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) e outras atividades que promovessem o bem-estar físico e psíquico dos sujeitos. Ofereceram-se sessões de Barras de Access Consciousness, Reiki, Reabilitação Integrada (segundo o método Resseguier), Body Talk, Microfisioterapia, Constelação Sistêmica Familiar, Terapia do Som, Osteopatia, Tarô, relaxamento com Kundalini Kundalini Yoga com taças tibetanas; bate-papo sobre homeopatia na odontologia e agrofloresta; interação dos participantes no preparo de um almoço vegano organizado pelo projeto: Revoluções Alimentares Não Governamentais - RANGO, finalizando com uma roda de capoeira. Como resultado das atividades, os envolvidos ampliaram sua visão por meio de experiências com as práticas desenvolvidas. Os participantes afirmaram a necessidade de momentos que promovam a saúde integral da comunidade acadêmica.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Integrals de Saúde; Práticas de Saúde Integrativas e Complementares; Estudantes.

ABSTRACT: The “Caring” event that took place on April 6, 2019, between 8 and 18 hours, aimed to establish a welcoming space for students and the community, with the implementation of Integrative and Complementary Practices (PIC) and other activities that promote the well-being of the subjects. Access Consciousness, Reiki, Integrated Rehabilitation (according to the Resseguier method), Body Talk, Microphysiotherapy, Systemic Constellation, Sound Therapy, Osteopathy, Tarot, relaxation with Kundalini Kundalini Yoga with Tibetan bowls; chat about homeopathy in dentistry and agroforestry; interaction of the participants in the preparation of a vegan lunch organized by the project: Non-Governmental Food Revolutions - RANGO, ending with a capoeira wheel. As a result of the activities, the stakeholders broadened their vision through experiences with the developed practices. Participants affirmed the need for moments that promote the integral health of the academic community.

KEYWORDS: Comprehensive Health Care; Complementary Therapies; Students.

“Eu não queria usar o tempo usando palavras bichadas de costumes. Eu queria mesmo desver o mundo.”

Manoel de Barros

INTRODUÇÃO

O evento “Cuidar” objetivou a utilização das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no ambiente universitário. A referida

experiência ocorreu na Universidade do Estado de Minas Gerais - UEMG - Unidade Divinópolis, como uma iniciativa do Núcleo de Apoio ao Estudante - NAE, cuja atuação consiste na orientação e no acompanhamento especializado dos alunos por meio do atendimento de demandas de acessibilidade, inclusão e permanência na universidade, o que contribui para a integração psicossocial, acadêmica e profissional do estudante.

Nesse sentido, o NAE promoveu, no primeiro semestre de 2019, na unidade Divinópolis, o evento “Cuidar”. Tratou-se de uma manhã e uma tarde de realização de PIC e outras atividades, por meio das quais, foi possível a vivência de práticas em que o cuidado da saúde ocorreu de forma humanizada. A organização iniciou no dia 22 de janeiro de 2019 e realizou-se a partir de um conjunto de reuniões com os colaboradores do NAE: estudantes, professores e funcionários. Foi um processo laborioso de três meses, que culminou no evento do dia 06 com diversas atividades como experiências concretas no campo do cuidado: cuidar de si e cuidar do(s) outro(s).

Após avaliado o evento e seus processos, tornou-se oportuna a publicação do presente artigo tendo por objetivo realizar um relato de experiência e das avaliações feitas acerca de sua realização, bem como refletir sobre os processos de saúde-doença relacionados ao autocuidado nos tempos atuais. Assim, o texto aborda aspectos relativos aos estágios de planejamento, realização e avaliação do evento. Os trabalhos se embasaram em estudos de lamamoto (1983), que relaciona o “modo de pensar” dos sujeitos inseridos na sociedade capitalista com o “modo de fazer” inerente a esse modo de produção. Isso se associa a processos ideológicos que perpetuam as relações de exploração por meio da alienação.

Essa perspectiva também foi abordada por Foucault (1987), Merino (1988) Souki (1998) e Morin (2000), que em várias perspectivas, abordam a fragmentação do Ser. Sobre as questões relativas às PICs, foram acessados os conhecimentos científicos com base em autores como Andrade & Costa (2010), Barros & Tesser (2008), Nascimento & Oliveira, (2016) e Dacal & Silva, (2018). Todos esses saberes oportunizaram aos professores, estudantes, funcionários e profissionais voluntários uma visão científica, marcada por contribuições interdisciplinares, o que é coerente com a função do NAE.

Essa oportunidade viabilizou o cuidado com o ser, o corpo e o espaço, por meio da realização de PIC e outras atividades na espera da promoção do bem-estar físico e mental dos envolvidos. Essas práticas são difundidas pelos serviços públicos de saúde, movimentos sociais, entidades não governamentais e clínicas particulares (ANDRADE; COSTA, 2010). Elas foram primeiramente investigadas, validadas e, posteriormente, utilizadas como forma de tratamento, questionando-se a lógica biomédica a partir dos cuidados advindos da especialização da Medicina Ocidental (IBID, 2010).

As PIC são caracterizadas como um sistema médico e terapêutico, não consideradas como parte da biomedicina. Buscam promover a visão integral do ser humano com o ambiente e a sociedade. Elas consistem em escuta acolhedora e ações fundamentadas na integralidade do ser. Esses procedimentos subvertem o padrão biomédico da Medicina

Ocidental que se traduz em um aumento exacerbado de procedimentos especializados em diagnósticos e medicamentos, redução significativa do valor da vida, dos fatores subjetivos e das questões sociais incrustadas no processo saúde-doença (BARROS & TESSER, 2008).

De acordo Boff (1999, p. 13) “O cuidado entra na natureza a na constituição do ser humano. O ‘modo-de-ser cuidado’ revela de maneira concreta como é o ser humano”. Assim, o evento “Cuidar” buscou promover a saúde na contramão dos pressupostos da Medicina Ocidental como um exercício que rompe com a alienação imposta pela ideologia capitalista, o que possibilita aos envolvidos uma reflexão sobre a ruptura com os padrões impostos acerca das questões da saúde, da fragmentação do ser humano e do tratamento das doenças. O evento apresentou atividades em concorrência com a medicina alopática e com a indústria farmacêutica, movidas pelas regras mercantis.

MÉTODOS

Relato de experiência da construção e realização do evento “Cuidar” ocorrido na UEMG - Unidade Divinópolis.

A organização do referido evento se iniciou no dia 22 de janeiro de 2019, em uma reunião entre os colaboradores do NAE e concluiu-se no dia 06 de abril de 2019 com a sua realização. Cinco reuniões foram realizadas relativas ao evento com participação de quinze voluntários e coordenadores. A preparação contou com diversos profissionais para uma doação de seus serviços à comunidade acadêmica.

Em decorrência dessas doações (no dia do evento) foram oferecidas sessões de Barras de Access Consciousness, Reiki, Reabilitação Integrada (segundo o método Resseguier), Body Talk, Microfisioterapia, Constelação Sistêmica Familiar, Terapia do Som, Osteopatia, Tarô e Kundalini Yoga com taças tibetanas. Além disso, houve bate-papo sobre homeopatia na odontologia e sobre agrofloresta. Foi ainda preparado um almoço vegano por meio do projeto RANGO (Revoluções Alimentares Não Governamentais) com a colaboração ativa dos participantes. O encerramento contou com a realização de uma roda de capoeira e a presença de capoeiristas da região. Essa ação reafirmou a cultura como um processo de identificação e valorização da memória social.

Contexto da intervenção

A divulgação do evento se deu através de uma entrevista para a mídia local, *flyer* (eletrônico e impresso) distribuído nos murais de comunicação da unidade e por meio da oralidade nas classes durante o período letivo. Esperou-se que esse processo de divulgação estimulasse a participação dos estudantes. E acreditava-se que a viabilização das PIC e outras práticas, durante o evento, levasse os participantes a reflexão sobre o cuidado da saúde para além da ausência da doença.

Para visualizar o alcance da participação, a Tabela 1 categoriza as atividades

realizadas no evento “Cuidar” e o número de pessoas atendidas em cada uma delas. Um número significativo de estudantes e de pessoas da comunidade compareceu no recinto. A proposta inicial de atendimento foi ampliada pelos profissionais voluntários diante da demanda, logo todas as atividades foram realizadas com sua máxima capacidade.

Autor (ano)	Nome da prática	Descrição da prática	Público atingido (pessoas)
Brasil (2018)	Reiki	Prática terapêutica que utiliza a imposição das mãos para canalização da energia vital, visando promover o equilíbrio energético necessário ao bem-estar físico e mental.	44
Menezes (2006)	Microfisioterapia	É uma técnica de fisioterapia manual que consiste em identificar a causa primária de uma doença, ou sintoma, e estimular a autocura do organismo, a fim de que o corpo reconheça o agente causador desta e inicie o processo de eliminação através da reprogramação celular e tecidual.	22
Brasil (2018)	Osteopatia	Prática terapêutica que adota uma abordagem integral no cuidado em saúde e utiliza várias técnicas manuais – entre elas, a manipulação do sistema musculoesquelético (ossos, músculos e articulações) – para auxiliar no tratamento de doenças	14
Brasil (2018)	Kundalini Yoga (com Taças Tibetanas)	Prática corporal e mental de origem oriental utilizada como técnica para controlar corpo e mente, associada à meditação. Especificamente nesta ocasião a prática utilizou de taças tibetanas como instrumento auxiliar.	22
Castilho (2017)	Barra de Access Consciousness	A estratégia usada na sua criação foi a de unificar a sabedoria de medicinas milenares, como a Medicina Tradicional Chinesa e a Quiroprática (Medicina dirigida ao Sistema Músculo-Esquelético feita com as mãos), com conhecimentos atuais como a Cinesiologia (ciência que analisa os movimentos do corpo) e a Medicina Moderna.	11
Rességuier (2003)	Reabilitação Integrada (segundo o método Resseguier)	O principal aspecto teórico do método Rességuier permite facilitar a reapropriação de outros contextos, com ênfase na relação profissional de saúde-paciente e a noção de corpo como elo comunicativo do processo de reabilitação e convalescença.	30
Rosa et al. (2012)	Terapia do Som	Tem como alvos as vias não-auditivas, particularmente o sistema límbico e nervoso autônomo; e é baseada na suposição de que o “zumbido” representa um efeito colateral dos mecanismos normais de compensação no cérebro.	16

Brasil (2018)	Bate-papo sobre homeopatia na odontologia e agrofloresta	Abordagem terapêutica de caráter holístico e vitalista que vê a pessoa como um todo, não em partes. Cujo método terapêutico envolve três princípios fundamentais: a Lei dos Semelhantes; a experimentação no homem sadio; e o uso da ultradiluição de medicamentos. Especificamente neste dia, priorizou-se o bate-papo sobre homeopatia nos usos para a odontologia e agrofloresta. A agrofloresta se baseia na interação ambiental e econômica.	14
Jung (2002)	Tarô	O tarô consiste em baralho personalizado que procura conectar o leitor com aspectos da sua psique.	33
	RANGO	O Rango (Revoluções Alimentares Não Governamentais) foi criado devida a não existência de um Restaurante Universitário.	60
Miranda (2010)	Body Talk	Constitui-se da interação entre o praticante e o paciente verbal e fisicamente. As chamadas barras de acesso são tocadas com o intuito de desbloquear memórias individuais.	16
Brasil (2018)	Constelação Familiar Sistêmica	Método psicoterapêutico de abordagem sistêmica, energética e fenomenológica, que busca reconhecer a origem dos problemas e/ou alterações trazidas pelo usuário. Está encoberto nas relações familiares por meio do conhecimento das forças que atuam no inconsciente familiar e das leis do relacionamento humano: encontrar a ordem, o pertencimento e o equilíbrio.	20
Lussac & Tubino (2009)	Capoeira	E uma expressão cultural brasileira que mistura arte marcial, esporte, cultura popular, dança e música.	

Tabela 1: Intervenções realizadas no “Cuidar”

A experiência realizada e quantificada acima pode ser avaliada a partir das contribuições científicas que subsidiaram o evento, que serão discutidas a seguir.

Reflexões acerca do processo de concepção e construção do Evento “Cuidar”

Edgar Morin foi um dos autores que contribuiu para a concepção do evento. Ele aponta que “Conhecer o humano é, antes de mais nada, situá-lo no universo, e não separá-lo dele” (MORIN, 2000. p. 47). E suas perguntas foram instigadoras: “*Quem somos?*” é inseparável de “*Onde estamos?*”, “*De onde viemos?*”, “*Para onde vamos?*” (IBID, p.47). Seus questionamentos foram ao encontro das inquietações vivenciadas no espaço acadêmico, tais como a percepção das expressões de sofrimento, desamor, desagregação dos seres, desagregação dos espaços, percepção dos sentimentos de não pertencência, dos preconceitos e discriminações - seja no papel de estudantes, professores e funcionários.

As perguntas dele instigou a possibilidade de romper com esse modo hegemônico que, de acordo com o referido autor, é fruto das especializações disciplinares e dos inúmeros progressos e avanços científicos durante o século XX, dispersos e desunidos, pois, muitas vezes, as especializações não consideram os contextos, mas os fragmenta, o

que os faz desconexos. E em consequência,

[...] as realidades globais e complexas fragmentam-se; o humano desloca-se; sua dimensão biológica, inclusive o cérebro, é encerrada nos departamentos de biologia; suas dimensões psíquica, social, religiosa e econômica são ao mesmo tempo relegadas e separadas umas das outras nos departamentos de ciências humanas; seus caracteres subjetivos, existenciais, poéticos encontram-se confinados nos departamentos de literatura e poesia. A filosofia, que é por natureza a reflexão sobre qualquer problema humano, tornou-se, por sua vez, um campo fechado sobre si mesmo. (MORIN, 2000, p. 40)

Nesse sentido, no espaço universitário, residem situações de violências e exclusões, em que “O parcelamento e a compartimentação dos saberes impedem apreender ‘o que está tecido junto’ ” (MORIN, 2000. p. 45). A criação de bens e sentidos coletivos é impossibilitada por essa compartimentação, que coaduna com a perspectiva trazida por Foucault (1987) em sua afirmação sobre a força do sistema capitalista ter invadido o corpo dos trabalhadores a ponto de os deixarem desacordados, em sono profundo. Seu poder “permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. E deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social.” (FOUCAULT, 1987 p. 08).

A cultura do individualismo, fomentada pelo capitalismo, promoveu não somente a divisão social do trabalho nos processos produtivos, mas fragmentou o trabalhador em todas as dimensões do ser social. Em consequência, restringiu sua capacidade de reconhecer a dimensão e a complexidade dessa teia de relações, que intercepta e cinde a força coletiva no reconhecimento da genericidade humana.

Na mesma direção, Arendt (2014) afirma que o processo de trabalho na sociedade capitalista impõe a descontinuidade do ser pessoal, a descontinuidade das histórias de vida e de significados, e o cindir dos corpos; retira-se a condição de ser político e transforma-os em seres de consumo.

Não importa o que façamos, supostamente o faremos com vistas a “prover nosso próprio sustento”; é esse o veredicto da sociedade, e vem diminuindo rapidamente o número de pessoas capazes de desafiá-lo, especialmente nas profissões que poderiam fazê-lo (ARENDR, 2014, p. 156).

A consequência desse processo é a realização pessoal de modo individual sem esperar o sentido do coletivo, do bem comum e da solidariedade. Merino (1988) nomeia isso como “independência privada”. É o que resulta em não mais poder “gozar da liberdade dos antigos” (MERINO, 1988, p. 47). Liberdade essa que consistia em uma participação ativa e constante no poder do coletivo.

Ainda que na academia, ou em qualquer outra instância social, o processo de produção seja pautado em modelos, regras, protocolos e burocracias, as pessoas não se veem entre iguais, mas veem as outras pessoas como alguém que está de um outro lado, alguém que pode se tornar ameaçador. Assim, perde-se a dimensão do coletivo e se

destitui da esfera política.

O isolamento acarreta o desenraizamento e traduz-se no afastamento do indivíduo de si mesmo e dos valores fundantes. Em decorrência, ocorre o afastamento do outro; que lhe parece um ameaçador em potencial. Esta dinâmica se desdobra na desagregação das relações humanas, no desrespeito à condição de ser pessoa dos sujeitos individuais/coletivos (SOUKI, 1988, p. 99).

Essas reflexões sobre a sociedade remetem as pessoas ao movimento neoliberal responsável por mudanças que se arrolam há algumas décadas, e que provocam deslocamentos relativos às práticas sociais, ao reconhecimento de saberes e a comportamentos culturais, que resultam dentre outros fatores, em processos de desagregação do tempo-espaço.

Nesse sentido, a universidade se estrutura física e hierarquicamente como espaço de poder. Trata-se de corpos que não reagem às relações de exploração, logo não se posicionam como sujeitos, mas como *corpos dóceis* (FOUCAULT, 1987).

Em contrapartida, o evento reflete sobre a posição dos envolvidos como co-responsáveis por criar outras possibilidades e outros modos de lidar com a humanidade: o homem como sujeito autônomo. Aquele que se constrói pelo diálogo inerente a uma ação coletiva e educativa. Nesse sentido, o evento “Cuidar” foi idealizado como um espaço de interação e diálogo entre as PIC e a universidade - o saber científico no diálogo com outras formas de conhecimento: saberes filosóficos, empíricos e populares, o que culminou em uma ação extensionista.

Dessa forma, o NAE e todos os participantes são agentes numa intervenção concreta: um ato educativo, uma ação que ultrapassou a sala de aula e rompeu com a educação bancária, apontando para uma educação planetária, marcada pelo diálogo, uma espécie de transgressão diante da fragmentação posta.

Assim, o evento cuidar buscou promover a saúde na contramão dos pressupostos de uma educação em saúde que é, muitas vezes, pautada numa visão curativa e não preventiva. Segundo Dacal & Silva (2018), o sistema Médico Ocidental tende a tratar os sintomas e não o corpo inteiro, alimentando uma tendência de separar o espírito e o corpo, sendo que um não pode existir sem o outro. Para cuidar das pessoas como ser integral, é necessária uma compressão do sujeito em sua totalidade.

Desse modo, as PIC, que representam um reposicionamento do sujeito no centro da saúde, são reconhecidas internacionalmente. Na saúde pública do Brasil, elas são incentivadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) (BRASIL, 2006). Elas passam a atuar nas esferas de prevenção de agravos e promoção de saúde, baseados numa visão de atenção humanizada e centrada no indivíduo integral (NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2016), dialogando com os princípios de integralidade propostos nos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) contribui para o fortalecimento do SUS ao atuar nos campos da prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde, sendo baseada em um modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo. Além disso, representa um avanço no processo de construção do SUS, garantindo o acesso dos cidadãos brasileiros a serviços antes restritos a práticas de cunho privado (DACAL; SILVA, 2018, p. 725).

A universalidade, a integralidade e a equidade são três princípios estruturantes do SUS, com a finalidade ético-política de melhorar as condições do cuidado com a saúde e com a vida da população brasileira (PINHEIRO; MATOS, 2007 *apud* NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2016). Entretanto, embora se reconheçam avanços no campo de saúde com o cuidado integral do sujeito, o modelo hegemônico, pautado por padrões *objetivistas*, obscurece o ponto de vista da integração do sujeito e o princípio da integração das ações em saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016)

Portanto, ao se considerar que todas as medicinas e terapêuticas possuem limites nos seus processos de intervenção, a interação desses com os diferentes paradigmas e modalidades terapêuticas possibilita trocas por meio de um trabalho interprofissional, com abordagem pluridimensional entre distintos saberes, que promove a visão do sujeito em sua totalidade (NASCIMENTO, 2006; NASCIMENTO & NOGUEIRA, 2013; NOGUEIRA, 2010; TESSER, 2009 *apud* NOGUEIRA, et al., 2018). Por isso, compreende-se a pertinência da utilização das PIC e outras atividades no evento.

RESULTADOS

A vivência no evento possibilitou a reflexão sobre a importância de se prestar um cuidado em saúde de maneira ampla e descentralizada. Observou-se que a experiência afetou os participantes e contribuiu para a sua integração psicossocial. Devido ao fato dos colaboradores do NAE não terem ferramentas para acompanhar esses efeitos e os impactos dessa realização, os resultados não puderam ser mensurados. Mesmo assim, é importante considerar que aproximadamente 170 pessoas se envolveram no evento.

A equipe organizadora e o público atendido avaliaram a sua realização como uma oportunidade para o crescimento pessoal e profissional dos envolvidos, além de considerar significativo o conhecimento sobre as PIC e outros atendimentos. Segue-se abaixo o registro de alguns dos depoimentos de estudantes e participantes da comunidade, respectivamente:

“Um dia de muita paz! A união e a colaboração de todos os envolvidos foi algo maravilhoso. Precisamos de mais dias assim. Obrigada!” - (Estudante 1);

“Muito bom. Um evento que deveria sempre acontecer” - (Estudante 2);

“experiência incrível de descobrimento de mim mesma. Evento excelente!” - (Estudante 3);

“Considerarei o evento muito interessante e engrandecedor. Uma forma de acessar conhecimentos diferentes e proporcionar uma formação ampla, não só acadêmica, mas também pessoal.” - (Estudante 4);

“Interessantes termos essa possibilidade de conhecer novas coisas na universidade. Gostei de participar do evento e acredito que esta iniciativa deve ser apoiada.” - (Estudante 5);

“Obrigada por terem plantado a semente do cuidado na UEMG!” - (Estudante 6);

“Experiência de estar viva!!!! Encontrar comigo mesma e estar inteira mesmo nas dificuldades. Clareza de pensamentos e sentimentos, poder existir. Gratidão!!!!” - (Participante da comunidade 1);

“Experiência única e fantástica. Atendimento maravilhoso. Em uma palavra: INCRÍVEL!” - (Participante da comunidade 2);

“Fui muito bem recebida e me senti muito e tranquila. Todos da organização muito atenciosos e prestativos. Parabéns a todos. Gratidão.” - (Participante da comunidade 3);

Assim como os participantes e os organizadores, também os profissionais voluntários reconheceram os benefícios que o evento possibilitou aos participantes demonstrando interesse em contribuir nos próximos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O evento foi uma oportunidade de crescimento e aprendizagem para todos os envolvidos. Sua avaliação positiva motivou a divulgação da experiência em Seminários e Simpósios, bem como a elaboração do presente artigo.

Nesse sentido, o “Cuidar” foi uma ação educativa, política e um ato de corresponsabilidade, baseado na premissa humanista - Cuidar de si e do outro no ambiente acadêmico, um espaço de encontro entre estudantes, professores, funcionários, voluntários e pessoas da comunidade. Ressalta-se o caráter político do evento que consiste em refletir e reafirmar a importância de políticas públicas de saúde que promovam o cuidado integral do ser.

Espera-se que as reflexões de todos os envolvidos gerem a ruptura dos processos de individualismo e de fragmentação impostas pelo *neoliberalismo* e ainda a ressignificação do cuidado com a saúde de modo preventivo e integrador. Ressalta-se também a importância de políticas públicas que promovam uma qualidade de vida melhor para a coletividade, em que a saúde possa ser compreendida efetivamente como um direito, rompendo com a supervalorização da doença, ou seja, gerando uma cultura de Saúde Integral que valorize a vida acima do lucro.

Portanto, o evento propiciou um debate sobre a necessidade de ações positivas para enfrentamento das questões sociais vivenciadas pelos estudantes que se configuram como fatores adocedores no cotidiano de suas vidas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, João Tadeu de; COSTA, Liduina Farias Almeida da. **Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica.** Saúde e Sociedade, [s.l.], v. 19, n. 3, p.497-508, set. 2010. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902010000300003>. Acesso em: 3 de jun de 2019.

ARENDRT, Hannah; **A Condição Humana.** 12a. ed. rev. - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

TESSER, Charles Dalcanale; BARROS, Nelson Filice de. **Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde.** Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 42, n. 5, p.914-920, out. 2008. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102008000500018>. Acesso em: 3 de jun de 2019.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: Ética do humano - compaixão pela terra.** Rio de Janeiro: EDITORA VOZES, 1999.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm . Acesso em: 3 de jun de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPICUSUS /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** - Brasília :Ministério da Saúde, 2006. 92 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CASTILHO, Paulo. **O que é barras de access?** 2017. Disponível em: <<https://www.revistasaudequantica.com.br/Artigos/Saude-quantica/87-O-que-e-barras-de-access/>>. Acesso em: 3 de jun de 2019.

DACAL, Maria del Pilar Ogando; SILVA, Irani Santos. **Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos.** Saúde em Debate, [s.l.], v. 42, n. 118, p.724-735, set. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811815>. Acesso em: 3 de jun de 2019.

FOUCAULT, Michel. Os corpos dóceis. In: **Vigiar e Punir: nascimento da prisão.** tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, Vozes, 1987. p. 117-142.

IAMAMOTO, Marilda Vilela, RAUL de Carvalho. **Relações Sociais e serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 2a. ed. São Paulo: Cortez; [Lima, Peru]: CELATS,1983.

JUNG, Carl Gustav. Os arquétipos e o inconsciente coletivo. 2.ed. Petrópolis: EDITORA VOZES. 2002

LUSSAC, Ricardo Martins Porto; TUBINO, Manoel José Gomes. **Capoeira: a história e trajetória de um patrimônio cultural do Brasil.** **Revista da Educação Física/uem**, [s.l.], v. 20, n. 1, p.7-16, 29 abr. 2009.

MENEZES, Jorge. **Quantic Intelligence.** Besourobox Publisher, 2006.

MERINO, Helena Béjar. El ámbito íntimo. Privacidad, individualismo y modernidad. Alianza Editorial, S.A. Madrid, 1988. p. 47.

MIRANDA, Renata. **Bodytalk: a Linguagem da Saúde.** Belo Horizonte: Simmer e Amorim, 2010.

MORIN, Edgar. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2. ed. – São Paulo : Cortez ; Brasília, DF : UNESCO, 2000.

NASCIMENTO, Maria Valquíria; OLIVEIRA, Isabel Fernandes. **As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica.** Revista Estudos de Psicologia, v. 21, n.3. p. 272-181, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v21n3/1413-294X-epsic-21-03-0272.pdf>. Acesso em: 3 de junho de 2019.

NASCIMENTO, Marilene Cabral; ROMANO, Valéria Ferreira; CHAZAN, Ana Cláudia Santos; Quaresma; Carla Holandino. **Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas.** Revista Trabalho, Educação e Saúde, v. 16, n. 2, p. 751-772, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n2/1678-1007-tes-1981-7746-sol00130.pdf>. Acesso em: 3 de Junho de 2019.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Construção da INTEGRALIDADE:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: Erica Fidelis, 2007. 232 p. Disponível em: <<https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Constru%C3%A7%C3%A3o-da-Integralidade-cotidiano-saberes-e-pr%C3%A1tica-em-sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2019.

RESSÉGUIER, Jean-Paul. 2003. **Bases da aplicação prática da reabilitação integrada. tes manteaux** <www.institutresseguier.com/uploads/library/bases-da-aplicacao-praticada-reabilitacao-integrada-1251824145-1269368941.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2019.

ROSA, Marine Raquel Diniz da et al. **Zumbido e ansiedade:** uma revisão da literatura. Revista Cefac, [s.l.], v. 14, n. 4, p.742-754, 14 fev. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-18462012005000009>. Acesso em: 22 jun. 2019.

SOUKI, Nádia. **Hannah Arendt e a banalidade do mal.** Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1998. P. 99. Vozes, 2000.

CAPÍTULO 15

ASSISTÊNCIA EM SAÚDE ÀS COMUNIDADES INTERIOANAS ATRAVÉS DO PROJETO CHAMAS DA SAÚDE

Data de aceite: 01/06/2022

Data de submissão: 02/05/2022

Jones Costa Fonseca

1Ten. QCOBM (Coordenador do Projeto Chamas da Saúde)
Manaus - AM

Orleilso Ximenes Muniz

CEL QOBM (Comandante Geral do CBMAM)
Manaus - AM

Antônio Ferreira de Oliveira Júnior

1Ten. QCOBM (resp. Chefia do CSM)
Manaus - AM

Helyanthus Frank da Silva Borges

CEL QOBM (Sbcmt. do CBMAM)
Manaus - AM

Warllison Gomes de Souza

Cab. QPBM (Gabinete do CBMAM)
Manaus - AM

Alexandre Gama de Freitas

CEL QOBM (Chefe do Estado Maior Geral)
Manaus - AM

Ciro Felix Oneti

Pesquisador na FUnATI-AM
Manaus - AM

Alan Barreiros de Andrade

CEL QOBM (Ajudante Geral do CBMAM)
Manaus - AM

Cilomi Souto Arraz

TC QOBM (Diretor da Diretoria de Saúde)
Manaus - AM

Jakson França Guimarães

TC QOBM (Chefe de gabinete do CBMAM)
Manaus - AM

Noemi Henriques Freitas

1Ten. QCOBM (Chefe da farmácia DS; integrante do Projeto do Núcleo de Biossegurança CBMAM).
Manaus - AM

Luene Rebeca Fernandes da Cunha

1Ten. QCOBM (resp. FUNESBOM)
Manaus - AM

RESUMO: O projeto Chamas da Saúde é desenvolvido pelo Corpo de Bombeiros Militar do Amazonas e está atualmente em sua quinta edição e tem levado assistência em saúde para moradores de comunidades remotas do interior do Amazonas. Sua importância tem relação com o fato de que grande parte dos moradores dessas localidades não possuem acesso a serviços regulares de saúde. Assim essa pesquisa tem o objetivo de inspirar reflexões sobre o impacto positivo que este projeto está proporcionando na vida dos usuários. A realização dos atendimentos em locais amplamente frequentados pela comunidade se baseia nos quatro objetivos principais que o projeto possui e também suprir a necessidade dos usuários carentes com atenção médica especializada.

PALAVRAS-CHAVE: Bombeiros; atenção; forças de segurança.

ABSTRACT: The Chamas da Saúde project is developed by the Military Fire Brigade of Amazonas and is currently in its fifth edition and has brought health care to residents of remote communities in the interior of Amazonas. Its importance is related to the fact that a large part of the residents of these locations do not have access to regular health services. Thus, this research aims to inspire reflections on the positive impact that this project is providing in the lives of users. Carrying out services in places that are widely frequented by the community is based on the four main objectives that the project has and also meeting the need of needy users with specialized medical care.

KEYWORDS: Fireworkers; care; security forces.

1 | INTRODUÇÃO

Dentro de um prazo de execução de doze meses o Corpo de Bombeiros Militar do Amazonas (CBMAM) pretende estreitar os laços com as comunidades interioranas do estado do Amazonas. Isso será possível através da oferta de cuidados em saúde, o que é visto pelo público-alvo como um benefício inestimável no contexto de privações cotidianas em que vivem. Para a consecução desta meta foi implantado o projeto Chamas da Saúde, que conta com os serviços de profissionais de saúde do quadro do CBMAM.

No Amazonas, diversas comunidades vivem de forma sustentável, isoladas das cidades e dos grandes centros urbanos e enfrentando baixos índices socioeconômicos e educacional, baixa densidade demográfica e a dificuldade de acesso a serviços *básicos* de saúde. As questões de saúde dessas comunidades apresentam similaridade com os desafios desse contexto, consequentes do isolamento social e dificuldade de acesso, constituindo um grupo com demandas peculiares ao sistema oficial de saúde (GUIMARÃES et al, 2020).

Para se combater esse cenário de desassistência o governo federal investiu em modelos tecnoassistenciais de interiorização da saúde pelo território amazônico como forma de assegurar um direito básico aos seus habitantes de localidades recônditas. A PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) foi uma estratégia muito acertada nesse quesito de oferta de serviços. Entretanto, os esforços de terceiros em cooperar para a interiorização da saúde sempre são apreciados (LIMA et al, 2021).

Porém, constata-se que esse conjunto de dificuldades não é um problema exclusivo do interior do estado. Na capital, a falta de infraestrutura e surgimento de novas comunidade em áreas urbanas e rurais também geram grandes necessidades de ações de saúde, educacionais e conscientizações de preservação do meio ambiente como medidas profiláticas às doenças.

Ao se pensar em uma ação tão benéfica e com estrutura tão complexa, acaba-se chegando a uma possível lacuna – o fomento do projeto. Como possíveis patrocinadores dessa empreitada são elencados os seguintes órgãos: Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas; Secretaria Municipal de Saúde de Manaus; Secretaria de Educação e Desporto

do Amazonas.

2 | OBJETIVO

Relatar a estruturação e o acompanhamento operacional de um projeto de saúde que almeja aumentar a interação da sociedade civil com a equipe do Corpo de Bombeiros Militar através da oferta de assistência à saúde, preventiva e curativa, bem como de ações socioassistenciais considerando as vulnerabilidades existentes relativas ao acesso a serviços essenciais de saúde e a política de assistência social no interior do Amazonas.

3 | METODOLOGIA

O projeto é executado pelo Corpo de Bombeiros em parceria com o Governo do Estado do Amazonas através de ações cívico-sociais realizadas no decorrer do ano de 2022, estando programadas ações para os finais de semana, podendo ocorrer na capital ou interior do Estado. Previamente será realizado o reconhecimento da área de atuação, seguido de diagnóstico situacional e discussão do processo de trabalho com as autoridades locais, podendo ser ofertados, de acordo com a demanda, consultas médicas, atendimentos odontológicos e ações de educação em Saúde Bucal, atendimentos farmacêuticos, atendimento e palestras de Serviço Social, atendimentos de enfermagem, exames laboratoriais, testes rápidos, minicursos e exames de eletrocardiograma (ECG).

A Equipe Operacional será composta por 41 bombeiros militares e será liderada por um Oficial, que coordenará as diversas fases de implementação e execução do projeto e posterior encerramento e desenvolvimento de relatórios. Caberá ao Estado o provimento dos recursos materiais bem como a disponibilização de espaços físicos para o desenvolvimento das ações.

Contudo, algumas ações relativas ao programa já estão em andamento, e seus resultados já nos permitem realizar inferências sobre os resultados futuros. Paralelamente serão confeccionados relatos de experiências enriquecidos com fotografias e depoimentos de servidores envolvidos e usuários beneficiados, obtidos segundo os pressupostos da técnica da entrevista semiestruturada.

4 | RESULTADOS

Para uma ação que permanece em uma localidade por entre cinco a sete dias é disponibilizada uma equipe que consta de um total de sete profissionais. São eles: um Ten. BM (Tenente Bombeiro Militar) médico, um Ten. BM enfermeiro, um ten. BM farmacêutico, um Ten. BM dentista e três Sgt. BM (Sargento Bombeiro Militar) técnicos em enfermagem. Estes profissionais são extraídos do contingente anteriormente mencionado de 41 bombeiros militares.

Em um exemplo de uma das ações do projeto Chamas da Saúde, foi beneficiada a comunidade do distrito de Cacau Pirêra, zona rural do município de Iranduba. A ação ocorreu na escola estadual Senador João Bosco Ramos de Lima no dia cinco de março de 2022.

Seguindo-se os pressupostos da ação, a etapa inicial foi coletar informações junto à prefeitura de Iranduba para se compreender em quais aspectos sociais os comunitários estão mais necessitados de atenção. De acordo com as informações auferidas foi montada uma estratégia inicial que oferecia atenção em: pediatria, ginecologia, dermatologia, cardiologia, clínica geral, ortopedia, otorrinolaringologia, serviços de enfermagem, farmacêuticos e assistência social (SSP-AM, 2022).

Segundo informações obtidas em consulta à Agência Amazonas (2022) este bem sucedido projeto já está atualmente em sua quinta edição e em sua recente atuação, no município de Eirunepé, que dista mais de 1100 quilômetros da capital amazonense, não importa a distância dos municípios do Amazonas, as equipes de saúde estão prontas para oferecer o melhor atendimento, seja em cardiologia, clínica geral, dermatologia, ginecologia, ortopedia, otorrinolaringologia, realização de exames laboratoriais, assistência social e pediatria.

Acompanhando o governo do Amazonas na supervisão das atividades do projeto se ressalta também que a ideia do projeto é oferecer o máximo de serviços de saúde disponíveis na Corporação Bombeiro Militar para a população. Exames como hemograma, PCCU (preventivo do câncer de colo de útero) e EAS (exame de urina) também foram oferecidos à população (AGENCIA AMAZONAS, 2022).



Figura 1 – Equipe de saúde do projeto Chamas da saúde em Eirunepé

Fonte: elaborada pela equipe CBMAM (2022)

Além dos já mencionados municípios de Iranduba e Eirunepé, o projeto Chamas da Saúde do CBMAM já esteve presente em Rio Preto da Eva, Autazes e Parintins. O município amazonense que mais recentemente pôde contar com os serviços de saúde ofertados nesse projeto foi Carauari, no dia 13 de abril de 2022 (AGENCIA AMAZONAS, 2022).



Figura 2 – Coleta de exames pela equipe Chamas da saúde em Parintins

Fonte: elaborada pela equipe CBMAM



Figuras 3, 4: Atendimento médico em cardiologia e pediatria pela equipe em Parintins

Fonte: elaborada pela equipe CBMAM

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados expostos demonstram que as ações em saúde, mesmo que realizadas através de programas independentes do Ministério da Saúde, acabam sendo um grande diferencial na vida dos usuários que residem em localidades desprivilegiadas de atenção pública. O objetivo do programa Chamas da Saúde está sendo alcançado ao considerar

que a população receptora dos cuidados desenvolveu um conceito muito positivo sobre os militares engajados em prestar os serviços de saúde.

No contexto da pandemia de COVID-19 essas ações itinerantes adquiriram ainda mais importância por conta dos benefícios de se haver possibilidade de acesso ao pessoal médico sem a necessidade de grandes deslocamentos.

De uma forma geral espera-se cumprir os quatro objetivos gerais do projeto do CBMAM que são: Ofertar consultas e atendimentos médicos, odontológicos farmacêuticos, enfermagem e serviço social; Realizar exames laboratoriais, citológicos, preventivos e cardiográfico; Desenvolver ações de educação para a saúde e orientações socioassistenciais; Realizar minicursos.

REFERÊNCIAS

AGENCIA AMAZONAS. **Governo presente: Corpo de Bombeiros do Amazonas realiza projeto Chamas de saúde em Eirunepé**. 12 de abril 2022. Disponível em: <https://informemanaus.com/2022/governo-presente-corpo-de-bombeiros-do-amazonas-realiza-projeto-chamas-de-saude-em-eirunepe/>.

GUIMARAES, Ananias Facundes et al. **Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil**. Rev. Pan-Amaz. Saúde, Ananindeua, v.11, 2020. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232020000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 abril 2022.

LIMA, Rodrigo Tobias et al. **Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônica**. Artigo Ciênc. saúde coletiva 26, v.6, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.02672021>.

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DO AMAZONAS (SSP-AM). **Corpo de bombeiros militar do Amazonas lança projeto “Chamas da saúde”**. 7 de março de 2022. Disponível em: <http://www.ssp.am.gov.br/corpo-de-bombeiros-militar-do-amazonas-lanca-projeto-chamas-da-saude/>. Acesso em: 14 de abril 2022.

SOBRE A ORGANIZADORA

BIANCA NUNES PIMENTEL - Possui graduação em Fonoaudiologia (2014) pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Em 2017 obteve seu Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana pela UFSM, na linha de pesquisa Audição e Equilíbrio: Avaliação, Habilitação e Reabilitação, aplicado à investigação de aspectos otoneurológicos no Acidente Vascular Cerebral, e seu Doutorado, na mesma linha de pesquisa, aplicado à Avaliação e Reabilitação Vestibular no Traumatismo Cranioencefálico (2022). Especializou-se em Epidemiologia (2020) e em Saúde Coletiva (2020) pela União Brasileira de Faculdades (UniBF), desenvolvendo trabalhos sobre os aspectos epidemiológicos do Traumatismo Cranioencefálico. Atuou como Professora Substituta ministrando as disciplinas junto ao Departamento de Fonoaudiologia, Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria. Tem experiência em Fonoaudiologia, Audiologia e Saúde Coletiva. Atualmente, a autora tem se dedicado à Otoneurologia e à Saúde Coletiva, com publicações em livros e periódicos em Ciências da Saúde.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acolhimento 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 141
Agentes comunitários de saúde 27, 53
Agressor 75, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 88
Área rural 67, 69, 70, 73, 88
Assistência social 9, 51, 52, 59, 60, 61, 75, 138, 161, 162
Atenção básica 26, 157, 160
Atenção terciária 1, 4, 5, 6, 7, 10, 11

C

Câncer de colo de útero 92, 94, 96, 97, 111, 112, 162
Centro-dia 35, 36, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 49
Corpo de Bombeiros 159, 160, 161, 164
Covid-19 11, 12, 28, 137, 138, 139, 142, 144, 145, 146, 147, 164
Cuidador de pessoa idosa 51, 52, 57

D

Decisões judiciais 21, 22
Desejo sexual 68, 71, 72, 74
Desigualdades sociais 137, 139, 142
Diagnóstico situacional 161
Dirigentes religiosos 125, 128, 133
Disfunção sexual 71

E

Envelhecimento 21, 25, 27, 28, 32, 33, 36, 37, 39, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 52, 57, 60, 62, 63, 64, 65, 67, 70, 72, 73, 74, 95, 117, 138, 139, 141, 147
Equipamento social 25, 27, 28
Especialidade 7, 16, 17, 18, 21
Espiritualidade 40, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 126, 127, 130, 132, 133, 134, 136
Estudantes 142, 148, 149, 150, 151, 152, 155, 156
Exame Papanicolau 89, 92, 93, 97, 98, 100

F

Fornecimento de medicamentos 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24

H

Histogênese 101, 103

Humanização 1, 2, 12, 13, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 121

I

Idosos 11, 21, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 57, 58, 61, 62, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 136, 138, 139, 140, 141, 144

Indústria farmacêutica 22, 23, 150

Interdisciplinaridade 51, 55, 61

J

Judicialização 14, 15, 16, 23

M

Mama 68, 90, 92, 95, 100, 101, 102, 103, 104, 107, 111, 112, 120

Metástase 101, 103, 105

N

Neoplasia 91, 93, 95, 97, 98, 102, 107

P

Parto 111, 113, 114, 119, 120

Práticas integrativas e complementares 148, 154, 157, 158

Práticas religiosas 134

Prevenção de quedas 25, 27, 28, 30, 33, 34, 58

Promoção da saúde 23, 26, 27, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 39, 41, 43, 48, 49, 50, 56, 99, 115, 116, 117, 118, 121, 137, 142, 144

Q

Qualidade de vida 12, 24, 26, 33, 36, 37, 43, 45, 48, 49, 50, 54, 56, 59, 60, 62, 68, 72, 99, 116, 118, 121, 133, 144, 145, 156

R

Rede materna e infantil 113, 114

S

Saúde bucal 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 54, 58, 125, 126, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 161

Saúde da mulher 69, 76, 90, 96, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119,

121

Saúde mental 44, 58, 59, 77, 78, 120, 136

Sexualidade 62, 64, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 96, 98

Sistema de informação 78, 80, 82, 83, 91

T

Terceira idade 12, 40, 48, 49, 50, 62, 63, 64, 65, 72, 73, 74

Tumor maligno da bainha do nervo periférico 101, 103, 104

V

Violência contra a mulher 76, 77, 85, 87, 88

Violência psicológica 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br



Saúde Coletiva:

Uma construção teórico-prática
permanente 3

 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 @atenaeditora
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



Saúde Coletiva:

Uma construção teórico-prática
permanente 3