



PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA 3

Taísa Ceratti Treptow
(Organizadora)



PROMOÇÃO
DA SAÚDE

E QUALIDADE DE VIDA
3

Taísa Ceratti Treptow
(Organizadora)

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 Cremo

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
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a 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
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a 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
Prof^o Dr^a 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
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a 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
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Promoção da saúde e qualidade de vida 3

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaidy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Taísa Ceratti Treptow

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P965 Promoção da saúde e qualidade de vida 3 / Organizadora
Taísa Ceratti Treptow. – Ponta Grossa - PR: Atena,
2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0608-2

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.082221710>

1. Saúde 2. Qualidade de vida. I. Treptow, Taísa Ceratti
(Organizadora). II. Título.

CDD 613

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



Atena
Editora
Ano 2022

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

No último século, as condições de vida e saúde têm melhorado de forma contínua e sustentada devido aos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, além de grandes avanços na saúde pública. Na primeira conferência internacional sobre promoção da saúde em 1986 foi elaborada a carta de Ottawa que descrevia a promoção da saúde como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

A promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam a população. Neste contexto, propõe uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a articulação dos saberes técnicos e populares, além da mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos ou privados com o intuito de enfrentar e promover a resolução destas dificuldades no âmbito da saúde.

A obra “Promoção da saúde e qualidade de vida” da Atena Editora está dividida em dois volumes. O volume 3 está constituído em 20 artigos técnicos e científicos que destacam pesquisas principalmente na esfera pública do Sistema Único de Saúde em todos os ciclos da vida da gestação ao envelhecimento, contemplando a saúde e as mais diversas patologias. Pesquisas envolvendo a comunidade geral e universitária, abordagens e técnicas diferenciadas, além de percepções da promoção da saúde e qualidade de vida internacional. Já, o volume 4 contempla 21 artigos técnicos e científicos com pesquisas focadas principalmente na esfera ambulatorial e hospitalar juntamente com técnicas laboratoriais e profissionais, englobando interpretação de exame, suplementação, atuações profissionais, pesquisas voltadas para urgência, emergência e unidade de terapia intensiva, além de opções de tratamento para diversas patologias.

Sendo assim, o *e-book* possibilita uma infinidade de experiências nos diferentes cenários de atuação, permitindo extrapolar fronteiras e limites do conhecimento dos profissionais da área da saúde e demais interessados. Além disso, desejamos que a leitura seja fonte de inspiração e sirva de instrumento didático-pedagógico para acadêmicos e professores nos diversos níveis de ensino, e estimule o leitor a realizar novos estudos focados na promoção da saúde e qualidade de vida.

Agradecemos aos autores por suas contribuições científicas nesta temática e desejamos a todos uma excelente leitura!

Táisa Ceratti Treptow

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

INFLUÊNCIA DOS GASTOS COM SAÚDE NO ÍNDICE DE MORTALIDADE INFANTIL NOS MUNICÍPIOS CATARINENSES

Camilly Vitória Moreira Loth


Cleonice Witt

Gabriel Matheus Ostrovski

Isabely Aparecida Kroll

Mislaine Lourenço

Vitória Nader Dutra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217101>

CAPÍTULO 2..... 10

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DIAGNOSTICADAS COM A COVID-19 NO MUNICÍPIO DE REALEZA, PARANÁ

Bianca Cestaroli

Izabel Aparecida Soares

Alexandre Carvalho de Moura

Jucieli Weber

Camila Dalmolin


Dalila Moter Benvegno

Gisele Arruda

Silvana Damin

Vanessa Silva Retuci

Felipe Beijamini


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217102>

CAPÍTULO 3..... 19

IMPACTO DO ESTÍMULO EXCESSIVO DA VISÃO DE PERTO NO DESENVOLVIMENTO DE MIOPIA EM CRIANÇAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Renan Felipe Silva de Moura

Lívia Oliveira Delgado Mota


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217103>

CAPÍTULO 4..... 31

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DO LEIOMIOMA UTERINO NO RIO DE JANEIRO NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2016 A JANEIRO DE 2021

Yasmin Taffner Binda

Oswaldo Aparecido Caetano

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217104>

CAPÍTULO 5..... 41

OS TIPOS DE INTERVENÇÕES DE ESTILO DE VIDA E SEUS POSSÍVEIS EFEITOS NO GANHO DE PESO GESTACIONAL TOTAL: REVISÃO DE LITERATURA

Gabriela de Melo Junqueira

Sara Cristine Marques dos Santos


André Elias Ribeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217105>

CAPÍTULO 6..... 53

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS- UMA REVISÃO NARRATIVA


Aline Lopes Ferreira
Ana Carolina Lima Furtado
Gabrielle Alexandra Andrade Alves
Juliana de Paula Ferreira
Kayky Nathan Lopes Ferreira Marota
Larissa Carolina Carvalho Marques
Maria Eduarda Santos Figueiredo
Mariana Beatriz Lima e Silva
Taynara Larissa Silva Oliveira
Claudio Marcos Bedran de Magalhães, Msc

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217105>

CAPÍTULO 7..... 66

CAMPANHA DE TESTE RÁPIDO PARA INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: UMA EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Jhulye Vieira de Sousa
Kézia da Costa Falcão
Débora Pena Batista e Silva
Samyly Marques Ribeiro de Oliveira
Rocyane Isidro de Oliveira
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217105>

CAPÍTULO 8..... 71

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA/SEXUAL SEGUNDO RAÇA/COR NO CONTEXTO DA PANDEMIA DO COVID-19: MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Julia Verli Rosa
Ana Luiza de Oliveira Carvalho
Juliana da Fonsêca Bezerra
Fernanda Martins Cardoso
Natália Moreira Leitão Titara
Ana Beatriz Azevedo Queiroz
Maria Ludmila Kawane de Sousa Soares
Aline Furtado da Rosa
Luana Christina Souza da Silva


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217105>

CAPÍTULO 9..... 81

INCIDÊNCIA DE DOR NA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E OS DIFERENTES NÍVEIS DE ANSIEDADE EM ACADÊMICOS DO CURSO DE FISIOTERAPIA DE UMA

FACULDADE DO MARANHÃO


Thaiza Cortês de Mesquita
Ana Clara Lisboa dos Santos
Roberth Silva Oliveira Segundo
Yanna Eutalia Barbosa Figueredo Sousa
Valéria de Sousa Viralino
Naiana Deodato da Silva
Josiene Felix de Moura Macedo
Greice Lanna Sampaio do Nascimento
Sara Ferreira Coelho
Lélia Lilianna Borges de Sousa Macedo
Francisco Mayron de Sousa e Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217109>

CAPÍTULO 10..... 93

INTERVENÇÕES COMUNITÁRIAS PROMOTORAS DE UM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL


Ana Sobral Canhestro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171010>

CAPÍTULO 11 107

PROMOÇÃO DA SAÚDE E CUIDADO AO IDOSO NAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS ESPECIALIZADAS: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA


Rayana Gonçalves de Brito
Denise Machado Duran Gutierrez

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171011>

CAPÍTULO 12..... 120

CONSTRUÇÃO DE PODCAST PARA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: RELATO DE EXPERIENCIA


Isael Cavalcante Silva
Ivanete Silva De Sousa
Vitoria Kisla Brasil Barros
Natalia Barbosa De Sousa
Otaline Silva Abreu
Paloma Ferreira Rodrigues
Elisabeth Soares Pereira da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171012>

CAPÍTULO 13..... 127

ESTILO DE VIDA, RELIGIÃO, MORTALIDADE E EXPECTATIVA DE VIDA


Estêfano de Lira Fernandes
Lanny Cristina Burlandy Soares
Natália Cristina de Oliveira
Márcia Cristina Teixeira Martins
José Lázaro Vieira dos Passos
Leslie Andrews Portes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171013>

CAPÍTULO 14..... 140

O PATRIMÔNIO NATURAL À LUZ DA ABORDAGEM ONE HEALTH


Rodolfo Nunes Bittencourt
Fábio Luiz Quandt
Ana Carenina Gheller Schaidhauer
João Carlos Ferreira de Melo Júnior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171014>

CAPÍTULO 15..... 155

HEALTHY AGING PROMOTION IN BAIXO ALENTEJO, PORTUGAL


Ana Sobral Canhestro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171015>

CAPÍTULO 16..... 169

CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS EM DOMICÍLIOS E A IMPORTÂNCIA DO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO BÁSICA


Lalesca Gomes de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171016>

CAPÍTULO 17..... 174

ATENÇÃO A PACIENTES ONCOLÓGICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE O DIREITO À VIDA

Maria Gabriela Teles de Moraes
Carolina Nunes Werneck de Carvalho
Caroline Silva de Araujo Lima
Lionel Espinosa Suarez Neto
Renata Reis Valente
Ana Luiza Silva de Almeida
Luciane Guiomar Barbosa
Júlia Ágata Cardoso Barbosa
Ana Luiza Batista Moraes
Juliana Cidade Lopes
Jéssica José Leite de Melo
Tiago Mello dos Santos
Juliana Claudia Araujo


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171017>

CAPÍTULO 18..... 183

DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA DE CONTROLE DA MALÁRIA NO ESTADO DO AMAZONAS: UM DOS DETERMINANTES PARA O CONTROLE DA ENDEMIAS

Myrna Barata Machado
Elder Augusto Figueira
Ricardo Augusto dos Passos


Cristiano Fernandes
Bernardino Claudio Albuquerque
Rosemary Costa Pinto
Martha Cecilia Suárez Mutis

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171018>

CAPÍTULO 19..... 200

TÉCNICAS E ESTRATÉGIAS PARA MELHORIA DOS PROCESSOS DE TRABALHO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: - CONSULTA DE ENFERMAGEM NA RUA


Antônio de Magalhães Marinho
Maria Lelita Xavier
Conceição de Maria Neres Silva Vieira
Carmen Dias dos Santos Pereira
Elisabete Bárbara Teixeira
Jovita Vitoria da Silva Vianna
Julia Marinho Ribeiro
Antônio de Magalhães Marinho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171019>

CAPÍTULO 20..... 220

ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA SOBRE IDOSOS E INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

Daniel Monteiro Constant
Bianca Accioly Tavares
Isabela Regina Vieira Barbosa
Josué De Oliveira Leitão
Amanda Karoline da Silva Pedrosa
Maria das Graças Monte Mello Taveira
Priscila Nunes de Vasconcelos
Divanise Suruagy Correia
Ricardo Fontes Macedo
Sandra Lopes Cavalcanti

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171020>

SOBRE O ORGANIZADORA 233

ÍNDICE REMISSIVO..... 234

CAPÍTULO 1

INFLUÊNCIA DOS GASTOS COM SAÚDE NO ÍNDICE DE MORTALIDADE INFANTIL NOS MUNICÍPIOS CATARINENSES

Data de aceite: 03/10/2022

Camily Vitória Moreira Loth

UnC

Cleonice Witt

UnC

Gabriel Matheus Ostrovski

UnC

Isabely Aparecida Kroll

UnC

Mislaine Lourenço

UnC

Vitória Nader Dutra

UnC

RESUMO: Este estudo verificou se os valores dos gastos com saúde influenciam no índice de mortalidade infantil nos municípios catarinenses. Para análise foram consideradas as variáveis: valores dos gastos com saúde, com atenção básica à saúde, com gastos de assistências hospitalar e ambulatorial e com saneamento básico. Essas proxies foram utilizadas com o intuito de levantar quais dos gastos relacionados a saúde influenciam o índice de mortalidade infantil. Para realizar essa avaliação aplicou-se a regressão logística múltipla. Os resultados evidenciaram que não houve significância estatística para nenhuma das variáveis consideradas, porém os gastos com saneamento básico foram os que mais impactaram na possível redução do índice

de mortalidade infantil. O estudo apresentou indícios importantes de que a cada R\$1,00 gasto com despesa hospitalar e ambulatorial aumenta o índice de mortalidade infantil em 3,51, enquanto a cada R\$ 1,00 gasto com a atenção básica em saúde diminui em 1,50 esse índice, cada R\$ 1,00 gasto com saneamento básico e com saúde diminui em 3,18 e 2,02 o índice de mortalidade infantil respectivamente. Evidenciou-se que os municípios que não investem em saneamento básico são os que possuem maiores índices de mortalidade infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade infantil, gastos com saúde, atenção básica.

ABSTRACT: This study verified whether the values of health expenditures influence the infant mortality rate in Santa Catarina's municipalities. For analysis, the following variables were considered: amounts of expenditure on health, basic health care, expenditure on hospital and outpatient care, and basic sanitation. These proxies were used to identify which health-related expenditures influence the infant mortality rate. To perform this assessment, multiple logistic regression was applied. The results showed that there was no statistical significance for any of the variables considered but spending on basic sanitation had the greatest impact on the possible reduction in the infant mortality rate. The study showed important evidence that for every R\$1.00 spent on hospital and outpatient expenses, the infant mortality rate increases by 3.51, while for every R\$1.00 spent on primary health care, it decreases by 1.50 This index, each R\$1.00 spent on basic sanitation and health reduces the infant

mortality rate by 3.18 and 2.02, respectively. It was evident that the municipalities that do not invest in basic sanitation are the ones with the highest infant mortality rates.

INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo a taxa de mortalidade infantil tem sido utilizada como um bom indicador das condições de vida dos cidadãos, pois reflete o estado de saúde da porção da população mais vulnerável, que é aquela formada pelas crianças menores de um ano de idade (DUARTE, 2007). Sua importância reside no fato de que o resultado, morte infantil, é precedido da associação de diversos fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde (FRANÇA; LANSKY, 2016), denotando assim que além de serem mortes indesejáveis também são, na maioria das vezes, evitáveis.

Nesse sentido estudos mostram que a mortalidade infantil é motivada por fatores agregados como o nível de desenvolvimento econômico do país, taxas de fecundidade e urbanização, situação do sistema de saúde, escolaridade materna, situação socioeconômica da família, acesso a saneamento e água potável, dentre outros (KURUVILLA et. al, 2014)). Também evidências mostram que pior indicador econômico como menor Produto Interno Bruto (PIB) per capita, maior inflação, taxas de desemprego e índice de miséria estão associados a maiores taxas de mortalidade infantil e em outra ponta um percentual maior nos gastos com saúde pública ameniza os efeitos dos indicadores econômicos sobre as taxas de mortalidade infantil (TEJADA et. al, 2019).

Esse olhar econômico sobre a mortalidade infantil se justifica ao se constatar que para o município oferecer os serviços de saúde são necessários recursos financeiros para fazer frente às despesas com pessoal, medicamentos, exames, dentre outros insumos indispensáveis para essa importante atividade. Nesse cenário Araújo; Gonçalves; Machado (2017) descobriram que quanto maior o gasto per capita de receitas próprias com saúde menor é a taxa de mortalidade infantil nos municípios, o que indica que os gastos na área da saúde são sinônimos de investimento social.

De acordo com os dados, da lista de causas de mortes evitáveis por ação, do Sistema Único de Saúde (SUS), denota-se que 62% dos óbitos dos nascidos vivos que pesavam mais de 1,5 quilos ao nascer, eram evitáveis e entre as causas predominaram as que se referem a adequada atenção ao recém-nascido (25,8%) e a assistência à gestação e ao parto (20,6%), o que demonstra a importância do atendimento pré-natal e neonatal para redução da mortalidade infantil no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Desta forma há evidências de que quanto mais os municípios gastarem na área da saúde, menos crianças morrerão, contribuindo assim para seu crescimento sadio e bem-estar físico e psíquico da população. Nesse sentido o objetivo é verificar a possível influência dos gastos com saúde no índice de mortalidade infantil nos municípios catarinenses.

Com este estudo se pretendeu responder ao seguinte problema: Qual os valores

gastos com saúde influencia no índice de mortalidade infantil nos municípios catarinenses? A resposta a esta pergunta contribuirá para que os gestores públicos realizem a melhor alocação dos recursos no momento do planejamento orçamentário para que contemple a área que mais contribua com a redução da mortalidade infantil, sendo que as consideradas foram: gastos com saúde, atenção básica e saneamento básico. Desta forma os resultados auxiliarão para o reconhecimento da área da saúde como essencial, proporcionando discussões acerca da destinação de recursos acima do percentual mínimo exigido por lei.

REFERENCIAL TEÓRICO

Sistema único de saúde

A Constituição Federal Brasileira de 1988, estabelece que “A saúde é um direito de todos e dever do Estado”, surgindo assim o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº8.080/1990 e pela Lei nº8.142/1990. Através de seus princípios doutrinários de universalização, equidade e integridade, o SUS tem o objetivo de promover o acesso a saúde para todos e de forma gratuita.

Outrora a situação era bem diversa, a assistência médica era prestada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e sindicatos, mediante pagamentos pelos serviços prestados e assim a cobertura se restringia a uma pequena parcela da população, que poderia pagar por esses serviços, sendo que cerca de 80% dos brasileiros ficavam à mercê de outros sistemas misericordiosos (SALDIVA; VERAS, 2017). Esses sistemas contribuíam fortemente para acentuar as desigualdades no Brasil, desse modo o SUS surgiu com o intuito de quebrar essas mazelas.

A partir do início do funcionamento do SUS, a população pôde vivenciar muitos avanços na saúde brasileira. Por exemplo, nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, rede de urgência e emergência, e no Programa Nacional de Imunização (PNI), que passou a garantir acesso às vacinas prescritas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), proporcionando maior segurança e bem-estar para a população (MENEZES; MONETTI; REIS, 2019).

Uma das estratégias de saúde pública no Brasil é apostar na atenção primária a saúde, isto é, na prevenção e no atendimento inicial, um exemplo disso é o programa Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde em cada região do município atua uma equipe acompanhando um determinado número de famílias, que além de prestar assistência procura identificar os problemas e riscos que aquela população está vivendo exposta (FIOCRUZ). Estudos mostram que municípios com maior cobertura em ESF têm melhores indicadores de saúde, como a redução da mortalidade infantil, principalmente pós-neonatal (LEAL; *et al*, 2018). Assim denota-se a importância do SUS no Brasil. No entanto existe a barreira da má administração e a falta de comprometimento na gestão que vêm sendo criticada nos sistemas públicos em geral e a área da saúde não é exceção que, assim como

outros setores, necessita de um bom planejamento e rigorosa fiscalização na execução orçamentária.

Gastos com saúde

Um dos princípios organizativos que norteiam o SUS é a descentralização, que se fundamenta na distribuição de responsabilidades e sendo mantido com os recursos financeiros da seguridade social, União, Estados, Municípios e DF, além de outras fontes (BRASIL, 1988).

A União transfere recursos financeiros aos Estados e Municípios, sendo a maior parte das transferências realizadas na modalidade “fundo a fundo”, que ocorrem de forma automática, devendo ser aplicadas em fins específicos de acordo com os blocos de financiamento. (SIMÃO; ORELLANO, 2015). Sendo necessário cada esfera do governo possuir fundos de saúde para receber e transferir recursos financeiros.

Os blocos de Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS, foram instituídos pela Portaria nº 204 do ano de 2007, e foi incluído posteriormente pela Portaria nº 837 do ano de 2009 o bloco Investimentos na Rede de Serviços e Saúde. (MAZON; *et al.*, 2018)

No ano de 2017 ocorreu mudanças no modelo de transferência, com a aprovação da Portaria nº 3.992/2017 que estabeleceu apenas duas modalidades para repasse, sendo o Bloco de Custeio e Investimento. (MAZON; *et al.*, 2018)

A Lei nº 8.080 de 1990 dispõe sobre as condições para uma melhor manutenção da saúde e sua promoção, proteção e recuperação. Além de dar competência e atribuições para a União, Estados e Municípios atuarem no âmbito da saúde. Sendo o papel da direção municipal planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, bem como executar esses serviços. (Guedes; Guedes; Silva, 2019) além de exercer outras determinações e competências previstas na lei.

É partindo do princípio de que os governos locais têm maiores condições de identificar as necessidades específicas em relação ao atendimento em saúde da população munícipe, o SUS elegeu a esfera municipal a responsável pela gestão de saúde (SIMÃO; ORELLANO, 2015).

A função do Município em relação ao SUS se tornou ainda mais efetiva, devido a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, a qual fixou o mínimo a ser gasto com a saúde pelas três esferas do governo; ampliando a participação orçamentária dos municípios no financiamento da saúde a partir dos anos 2000, obrigando-os a investir pelo menos 15% de sua receita de impostos na saúde municipal (ARAÚJO; GONÇALVES; MACHADO, 2017)

A EC nº 29 foi importante para estabelecer mais comprometimento na destinação de recursos financeiros para saúde, tornando essa destinação mais estável e prevenindo situações de crise (Menezes; Moretti; Reis, 2019). No entanto, a área da saúde pública

demanda uma grande quantidade de investimento financeiro, sendo que a realidade mostra que a área necessita de valores acima do mínimo exigido por lei.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, documental com abordagem quantitativa, com o objetivo de verificar a possível influência dos gastos com saúde no índice de mortalidade infantil nos municípios Catarinenses. A população do estudo é composta pelos 295 municípios do Estado de Santa Catarina, caracterizando-se como censo.

A variável dependente é o índice de mortalidade infantil e as variáveis independentes são os valores gastos a título de assistência hospitalar e ambulatorial, com saúde, com atenção básica e com saneamento básico em cada município pesquisado.

O período pesquisado abrange os anos de 2015 a 2019 e os dados acerca dos valores gastos a título de assistência hospitalar e ambulatorial, com saúde, atenção básica e saneamento básico foram extraídos do sítio eletrônico do Sistema de Informações Contábeis e Financeiras (SICONFI) da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) e o Índice de Mortalidade Infantil foi extraído do sítio eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os municípios que não tinham a informação do Índice de Mortalidade Infantil, em alguns anos ou em todos os anos analisados, foram realizados contatos através do site do município pelo formulário disponível de acesso à informação e foi requerida a informação do número de mortes ocorridas em cada ano para o cálculo do referido índice. Foi realizado o contato com 138 municípios.

Para verificar a possível influência das variáveis, gastos com assistência hospitalar e ambulatorial, com saúde, com atenção básica e com saneamento básico no Índice de Mortalidade Infantil foi aplicada à regressão logística múltipla.

A equação utilizada foi

$$y = \beta_0 + \beta_1x_1 + \beta_2x_2 + \beta_3x_3 + \beta_4x_4$$

Após a coleta os dados foram tabulados em planilha eletrônica com o intuito de realizar a análise descritiva básica. Na sequência foi calculada a média, a mediana, a moda e a regressão logística múltipla através do software SPSS e os resultados foram analisados e apresentados a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se que a média do Índice de Mortalidade Infantil do período analisado permaneceu estável, entre 9,79 e 9,87, o que embora esteja abaixo da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde para o ano de 2015, que foi de 16,5, não é um bom resultado visto que apresenta uma estagnação, ou seja, não diminuiu, pelo menos quando os dados

são considerados em conjunto. Porém, o aspecto positivo é que o Índice de Mortalidade Infantil apresentado pelo cálculo da moda estatística apresentou como resultado zero, isto é, a maioria dos municípios catarinenses teve Índice zero de mortalidade infantil, resultado esse compreensível visto que o Estado Catarinense é composto por muitos municípios pequenos que muitas vezes no cálculo do índice resultou em valor abaixo de 1.

Esses indicadores não foram calculados para os valores gastos com assistências hospitalar e ambulatorial, com atenção básica com saneamento básico e com saúde, visto que o porte dos municípios envolvidos é muito diferente, assim como seu Produto Interno Bruto, então esses resultados pouco ou nada representariam em termos de análise em conjunto. Porém notou-se que em média 34% dos municípios não efetuaram nenhum gasto com assistência hospitalar e ambulatorial e com saneamento básico, o que é preocupante visto que esses gastos interferem na qualidade de vida da população.

Quanto ao objetivo do estudo encontrou-se a seguinte equação: Índice de Mortalidade Infantil = $11,64 + 3,51x1 - 1,50x2 - 3,18x3 - 2,02x4$.

Como enfatizado anteriormente, o resultado obtido não foi significativo estatisticamente, porém apresentou indícios importantes de que a cada R\$1,00 gasto com despesa hospitalar e ambulatorial aumenta o índice de mortalidade infantil em 3,51, enquanto a cada R\$ 1,00 gasto com a atenção básica em saúde diminui em 1,50 esse índice, cada R\$ 1,00 gasto com saneamento básico e com saúde diminui em 3,18 e 2,02 o índice de mortalidade infantil respectivamente.

Denota-se assim que dentre as variáveis consideradas os gastos com saneamento básico são os que mais impactam no índice de mortalidade infantil, ou seja, os municípios que não investem em saneamento básico são os que possuem maiores índices de mortalidade infantil. Isso é explicável visto que a moradia sem saneamento básico adequado é listada como um dos fatores de risco de morte para gestantes e crianças até um ano de idade (FLORÊNCIO, et. al., 2021).

Também corroboram com os achados de que quanto mais gastos com atenção básica em saúde, menor o índice de mortalidade infantil, os estudos que especificam que a cobertura da Estratégia da Saúde da Família nos municípios, que se enquadram nos gastos da atenção básica, é um fato de alta proteção ao recém-nascido e é inversamente proporcional a taxa de mortalidade infantil (GUERRA, et al., 2019).

Além disso quanto maior a cobertura da atenção básica através da Estratégia da Saúde da Família diminui o risco de prematuridade, baixo peso ao nascer e escore de apgar no 5º minuto menor que 7 (MIRANDA, 2014), evidenciando ainda mais que quanto maior o gasto com a atenção básica menor o índice de mortalidade infantil.

CONCLUSÕES

A pesquisa foi direcionada a identificar a possível influência dos gastos com saúde

no índice de mortalidade infantil, seja ela aumentando ou diminuindo o índice, de acordo com os dados dos municípios do estado de Santa Catarina.

Há vários fatores que impactam na saúde infantil e que devem ser levados em conta no que diz respeito ao índice de mortalidade infantil, como baixa resolutividade, deficiente funcionamento e causas sensíveis na atenção básica, doenças infecciosas e parasitárias, medicina preventiva de promoção da saúde, doenças do aparelho respiratório e circulatório também refletem a atenção básica fragilizada

Outro problema recorrente está ligado ao fato de que muitas gestantes procuram pré-natal tardio ou sem qualidade, sendo este um procedimento que deve ser realizado no âmbito da atenção básica, porém, muitas mulheres por questões culturais, negam-se a fazer o procedimento pré-natal ou realizam o acompanhamento do obstetra apenas no nono mês de gravidez, demonstrando assim a falta de acesso da população à atenção básica.

Verifica-se ainda aspectos com despesa hospitalar e ambulatorial, recursos insuficientes com medicamentos, vacinas e equipamentos de uso hospitalar, esses fatores ajudam a compor o quadro com índices negativos relacionados à mortalidade infantil;

No entanto, foi notado na presente pesquisa que apesar de não ser estatisticamente significativo, os resultados encontrados na mesma apontam que os gastos com saúde influenciam no índice de mortalidade infantil, sendo que os gastos com despesa hospitalar e ambulatorial aumentam o índice. Por outro lado, os gastos com saúde, com atenção básica e com saneamento básico diminuem esse índice.

No contexto de saúde em geral, a atenção básica é considerada a porta de entrada das pessoas que utilizam o SUS, é fundamental para organizar e direcionar os casos de forma correta.

O saneamento básico, por sua vez, sendo o que mais demonstrou impactar no referido índice, também tem ligação direta com a prevenção de doenças e o aumento de qualidade de vida das pessoas.

Bem como o acesso a saúde, consultas e exames é capaz de diagnosticar problemas com antecedência evitando recorrer a serviços de alta complexidade. Com isso denota-se a importância de se investir em prevenção e promoção a saúde, pois além de gerar um custo orçamentário menor do que a utilização de serviços de alta complexidade, garante maior qualidade de vida e saúde a população.

Se tratando da mortalidade infantil, não é diferente, constatou-se através dos resultados que destinar recursos financeiros voltados a prevenção reduz a taxa de mortalidade do que investir recursos ao tratamento. O saneamento básico influencia neste índice devendo ser o principal foco de atenção, sendo necessário todos os municípios destinarem recursos nessa área. Assim como aplicar recursos para maior cobertura e eficiência da atenção básica, consultas e exames para um melhor acompanhamento das gestantes e crianças.

A saúde da gestante e da criança, possui um atendimento especializado diferenciando-se dos demais. Desde o momento em que se tem conhecimento da gravidez, a gestante e o feto são acompanhados por médicos especialistas, por exames, vacinas e até mesmo medicamentos. Tudo para que a gravidez não possua complicações e, ainda, diminua as chances de morte da criança.

Para que a saúde, materno-infantil tenha maior interferência na diminuição do risco da mortalidade infantil, se torna essencial que as verbas destinadas a essa área, sejam ainda maiores que o previsto em lei. Os municípios catarinenses, assim como todo o País, desde a Emenda 29 da Constituição Federal Brasileira, têm o dever de investir uma taxa de 15% de sua receita de impostos na saúde.

Mesmo sendo um valor significativo ainda é insuficiente para proporcionar a saúde infantil, sendo assim campanhas de destinação de verbas à saúde materno-infantil, além do limite estipulado em lei, se fazem extremamente necessárias, podendo reduzir o índice de mortalidade infantil.

Para pesquisas futuras sugere-se a aplicação do modelo em todos os municípios brasileiros para se ter um panorama em nível nacional.

APOIO

O presente trabalho foi realizado com apoio do Programa de Bolsas Universitárias de Santa Catarina – UNIEDU.



REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Carmem Emmanuely Leitão; GONÇALVES, Guilherme Quaresma; MACHADO, José Angelo. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 953-963, mar. 2017.

FRANÇA, Elisabeth; LANSKY, Sônia. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. **Anais**, p. 1-29, 2016.

KURUVILLA, Shyama et al. Success factors for reducing maternal and child mortality. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 92, p. 533-544, 2014.

TEJADA, Cesar Augusto Oviedo et al. Economic crises, child mortality and the protective role of public health expenditure. **Ciência & saúde coletiva**, v. 24, p. 4395-4404, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

FLORÊNCIO, Valéria. SOUZA, Wanessa. LIMA, Alessandra. VELASCO, Wisley. Fatores associados a taxa de mortalidade infantil. Subsecretaria de Saúde Gerência de Informações Estratégicas em Saúde CONECTA-SUS. Disponível em <https://www.saude.go.gov.br/files//conecta-sus/produtos-tecnicos/l%20-%202021/Mortalidade%20-%20Fatores%20Associados%20a%20Taxa%20de%20Mortalidade%20Infantil.pdf>. Acesso 05 set 2021.

GUEDES, Giseli de Souza; GUEDES, Geisa de Souza; SILVA, Rhafic Concolato da. A atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) na redução da mortalidade infantil em Carangola, estado de Minas Gerais. **Revista Interação Interdisciplinar**, v. 3, n. 2, p. 3-11. 2019.

GUERRA, Alexandre Bergo et al. Can the primary health care model affect the determinants of neonatal, post-neonatal and maternal mortality? A study from Brazil. **BMC health services research**, v. 19, n. 1, p. 1-11, 2019.

LEAL, Maria do Carmo; SZWARCOWALD, Celia Landmann; ALMEIDA, Paulo Vicente Bonilha; AQUINO, Estela Maria Leão; BARRETO, Mauricio Lima; BARROS, Fernando; VICTORA, Cesar. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 1915-1928, jun. 2018.

MAZON, Luciana Maria; COLUSSI, Claudia Flemming; SENFF, Carlos Otávio; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de. Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 38-51, jan. 2018.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública : austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 43, n. 5, p. 58-70, 2019.

MIRANDA, Gilvanir Souza *et al.* Mortalidade infantil: caracterização das principais causas de mortalidade infantil. 2017.

SALDIVA, Paulo Hilário Nascimento; VERAS, Mariana. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, [S.L.], v. 32, n. 92, p. 47-61, 2017.

SIMÃO, Juliana Barby; ORELLANO, Veronica Ines Fernandez. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. **Estudos Econômicos (São Paulo)**, v. 45, n. 1, p. 33-63, mar. 2015.

CAPÍTULO 2

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DIAGNOSTICADAS COM A COVID-19 NO MUNICÍPIO DE REALEZA, PARANÁ

Data de aceite: 03/10/2022

Data de submissão: 08/09/2022

Silvana Damin

Instituto Federal do Paraná
Coronel Vivida, Paraná
<http://lattes.cnpq.br/0798478899036826>

Bianca Cestaroli

Universidade Federal da Fronteira Sul
Realeza, Paraná
<http://lattes.cnpq.br/5108628148989962>

Vanessa Silva Retuci

Universidade Federal da Fronteira Sul
Realeza, Paraná
<http://lattes.cnpq.br/8816015473571291>

Izabel Aparecida Soares

Universidade Federal da Fronteira Sul
Realeza, Paraná
<https://orcid.org/0000-0002-0004-7664>

Felipe Beijamini

Universidade Federal da Fronteira Sul
Realeza, Paraná
<http://lattes.cnpq.br/8765272477792580>

Alexandre Carvalho de Moura

Universidade Federal da Fronteira Sul
Realeza, Paraná
<http://lattes.cnpq.br/1811737564247729>

Jucieli Weber

Universidade Federal da Fronteira Sul
Realeza, Paraná
<http://lattes.cnpq.br/9520946035770650>

Camila Dalmolin

Universidade Federal da Fronteira Sul
Realeza, Paraná
<http://lattes.cnpq.br/4100723940525217>

Dalila Moter Benvegnu

Universidade Federal da Fronteira Sul
Realeza, Paraná
<http://lattes.cnpq.br/6134516963963514>

Gisele Arruda

Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Francisco Beltrão, Paraná
<http://lattes.cnpq.br/8177743787804726>

RESUMO: A pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 resultou em milhões de mortes ao redor do mundo, até o momento, sendo uma das pandemias mais significativas nos tempos modernos. Apesar de casos mais graves serem, comumente relatados aos adultos e idosos, observamos aumento de casos entre crianças e adolescentes, inclusive com complicações e mortes. Este estudo teve como objetivo verificar os indicadores epidemiológicos de crianças e adolescentes diagnosticadas com coronavírus em Realeza-PR. O estudo foi composto por crianças de 0 a 9 anos e adolescentes de 10 a 19 anos que tiveram amostras coletadas com suspeita de COVID-19 entre junho de 2020 a dezembro de 2021, excluindo todos aqueles fora dessas faixas etárias. As amostras foram coletadas por profissionais capacitados que atendem nas Unidades Sentinelas de Atendimento às Síndromes Gripais, os quais seguem o protocolo Municipal e as análises foram processadas

através de testes de RT-qPCR, no L-COVID-19/RZA/UFFS. Foram realizados 788 exames para a faixa etária de 0 a 19 anos e 22,2% testaram positivo para SARS-CoV-2, sendo 2,3% dos positivos de 0-9 anos e 8,9% de 10-19 anos. Esses resultados indicam que casos diagnosticados na faixa etária de 0 a 19 anos para a COVID-19 tenderia para a aceleração caso não iniciasse as vacinações.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescência. Infância. SARS-CoV-2.

EPIDEMIOLOGICAL INDICATORS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS DIAGNOSED WITH COVID-19 IN THE MUNICIPALITY OF REALEZA, PARANÁ

ABSTRACT: The pandemic caused by the SARS-CoV-2 virus has resulted in millions of deaths around the world, being one of the most significant pandemics in modern times. Although more severe cases are commonly reported to adults and the elderly, we observed an increase in cases among children and adolescents, including complications and deaths. This study aimed to verify the epidemiological indicators of children and adolescents diagnosed with coronavirus in Realeza, Paraná. The study consisted of children aged 0 to 9 years and adolescents aged 10 to 19 years who had samples collected with suspected COVID-19 between June 2020 to December 2021, excluding all those outside these age groups. The samples were collected by trained professionals who work at the Sentinel Units for Influenza Syndromes, which follow the Municipal protocol and the analyzes were processed through RT-qPCR tests, at L-COVID-19/RZA/UFFS. A total of 788 exams were performed for the age group from 0 to 19 years old and 22.2% tested positive for SARS-CoV-2, with 2.3% of positives from 0-9 years old and 8.9% from 10-19 years old. These results indicate that cases diagnosed in the age group from 0 to 19 years for COVID-19 would tend to accelerate if vaccinations were not started.

KEYWORDS: Adolescence. Childhood. SARS-CoV-2.

1 | INTRODUÇÃO

O vírus SARS-CoV-2 é causador de um grave problema de saúde pública global, a doença coronavírus 2019 (COVID-19) que se alastrou rapidamente afetando países em todo o mundo. Logo quando descrita, a doença apresentava formas graves em adultos com mais de 60 anos, principalmente aqueles com comorbidades, sendo principalmente hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tabagismo, obesidade, distúrbios respiratórios, entre outras.

As taxas de morbidade e mortalidade relacionadas ao SARS-CoV-2 variam significativamente entre os diferentes grupos etários da população mundial. Os adultos, inicialmente, pareciam ser os grupos mais afetados e estudados pela comunidade científica, ficando as crianças e adolescentes em segundo plano.

No início da pandemia, as crianças apareciam com baixas taxas de infecção viral, quando comparadas aos adultos e havia sinais de que os pacientes pediátricos apresentavam manifestações mais leves, uma grande proporção de casos assintomáticos,

sem necessidade de internamentos e poucos relatos de evolução para casos mais graves (SAFADI, 2020). Diferentes estudos explicam estas diferenças na evolução da doença entre os diferentes grupos etários, como a cinética viral, a microbiota dos hospedeiros, além de alterações na resposta imunológica dos indivíduos (WILLIAMS *et al.*, 2020).

Os primeiros dados relativos a infecção pelo SARS-CoV-2 em crianças, pareciam amenos, com poucos riscos de evolução para uma fase grave da doença, mesmo em grupos tradicionalmente de risco para doenças de origem microbianas, como os imunodeprimidos, transplantados, doentes de câncer, dentre outros. Entretanto, com o avançar da epidemia, novos diagnósticos e estudos revelaram que essa informação já não seria mais coerente, visto o crescente número de casos na faixa etária pediátrica (WILLIAMS *et al.*, 2020).

Crianças infectadas com SARS-CoV-2 podem ter muitos sintomas inespecíficos, como apenas sintomas respiratórios superiores ou apenas sintomas gastrointestinais ou podem ser assintomáticas. Entretanto, crianças de todas as idades podem ter diagnóstico de COVID-19. Estudos demonstram maior incidência na faixa etária de 15 a 17 anos e a menor incidência na faixa de 1 a 4 anos (MOSTARDEIRO *et al.*, 2020).

Estudos Imunológicos vem evidenciando o fato das crianças apresentarem uma resposta imune adaptativa caracteristicamente robusta e sustentada contra SARS-CoV-2, possibilitando uma proteção clínica relativa nesta faixa etária, e a determinação de um padrão de desenvolvimento da doença. Além disso, este conhecimento contribui na orientação sobre o desenvolvimento de um programa de vacinação na população pediátrica (DOWELL *et al.*, 2022) .

De forma a contribuir nas investigações epidemiológicas, foi implantado na Universidade Federal da Fronteira Sul, no município de Realeza, Sudoeste do Estado do Paraná, o L-COVID-19/RZA/UFGS, um laboratório temporário para diagnóstico da SARS-CoV-2, que em parcerias com entidades da comunidade externa, Prefeitura Municipal de Realeza, Rotary Club de Realeza, e Associação Regional de Saúde do Sudoeste, possibilitou a realização de testes RT-qPCR e investigação de dados.

Neste contexto, o objetivo desta pesquisa foi verificar o número de casos positivos para COVID-19 na faixa etária de 0 a 19 anos no Município de Realeza, Paraná.

2 | METODOLOGIA

A população do estudo foi composta por crianças de 0 a 9 anos e adolescentes de 10 a 19 anos que tiveram amostras coletadas com suspeita de COVID-19 entre junho de 2020 e dezembro de 2021, excluindo todos aqueles fora dessas faixas etárias.

Para as análises através de testes de RT-qPCR, no L-COVID-19/RZA/UFGS, amostras foram coletadas por profissionais capacitados que atendem nas Unidades Sentinela de Atendimento às Síndromes Gripais, os quais seguem o protocolo Municipal. Para as coletas, os pacientes com sintomas de síndrome respiratória entre os 3º e 7º

dias e/ou contato próximo aos pacientes positivos para SARS-CoV-2 passaram por uma triagem e foram submetidos à coleta nasofaríngea. Os tubos falcons contendo os *swabs* com material coletado foram mantidos refrigerados e encaminhados para o L-COVID-19/RZA/UFFS, devidamente habilitado pelo LACEN-PR.

No laboratório foi executado a extração de ácidos nucleicos, e a partir deste purificado, as alíquotas foram submetidas ao protocolo de amplificação por RT-qPCR, para detecção do SARS-CoV-2. Os resultados foram lançados no sistema GAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial), e a equipe da Secretaria de Saúde informou aos pacientes e deu seqüência ao protocolo de orientação e monitoramento aos indivíduos detectados. Todos os procedimentos laboratoriais foram realizados em um ambiente de Biossegurança Nível 2.

3 | RESULTADOS

A estimativa da população de 0-19 anos do Município de Realeza/PR é de 4.134 (PARANÁ, 2021). Foram realizados, nessa faixa etária, 866 exames para COVID-19 no período de 15 de junho de 2020 a 17 de dezembro de 2021. Destes, 193 indivíduos (22,4%) testaram positivo para SARS-CoV-2. Essa faixa etária representa aproximadamente 16,6% das amostras processadas e 12,4% dos casos detectados, sendo 2,5% dos positivos de 0-9 anos e 9,9% de 10-19 anos.

Posteriormente ao laudo laboratorial de SARS-CoV-2, evidenciou-se a evolução de um caso infantil com a Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P). A paciente de 3 anos, sexo feminino, em agosto de 2020, foi encaminhada para internação na qual se confirmou a condição SIM-P.

Na faixa etária de 0-9 anos foi possível observar que 50,7% das amostras coletadas eram de indivíduos do sexo masculino, entretanto, o sexo feminino representou 61,5% dos casos diagnosticados positivamente, sendo a maior quantidade de detectados em meninas de 9 anos.

Na Figura 1 observa-se a distribuição do número de amostras processadas e os casos de SARS-CoV-2 na faixa de 0 a 9 anos entre junho de 2020 e dezembro de 2021. O número de casos de 1 de janeiro a 12 de dezembro de 2021 dobrou em relação ao segundo semestre de 2020. Além disso, o mês com maior incidência de casos foi o mês de março de 2021.

SARS-CoV-2 na faixa etária de 0-9 anos - Realeza/PR

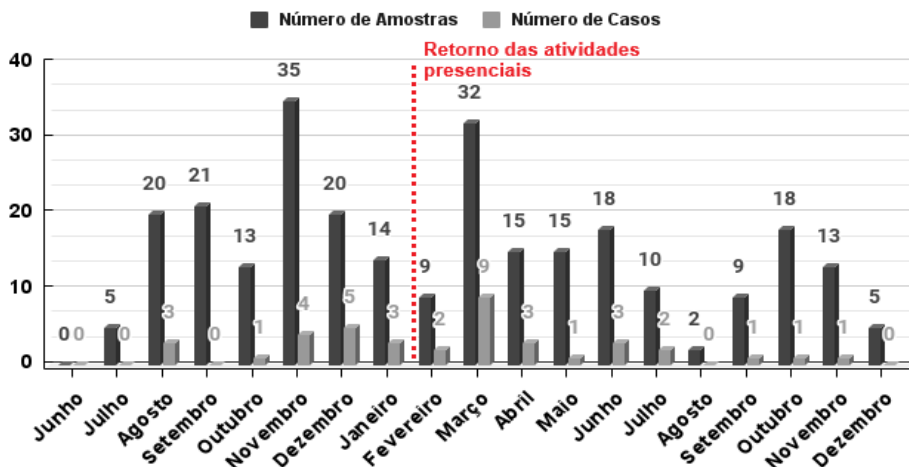


Figura 1: Distribuição do número de amostras e casos na faixa etária de 0 a 9 anos para SARS-CoV-2, processadas pelo Laboratório Temporário COVID-19/UFS- Realeza-PR/Brasil, 2021, no período junho de 2020 a dezembro de 2021 (Nº de amostras = 274; Nº de casos = 39). Fonte: Elaborada pelos autores.

Quanto à faixa etária de 10-19 anos, das amostras coletadas 51,7% eram do sexo feminino, e nos casos detectados houve uma predominância do sexo masculino, representando 55,5%. A faixa etária com maior incidência foi a de 17 anos.

Na Figura 2 pode-se observar a distribuição do número de amostras processadas e os casos de SARS-CoV-2 na faixa etária de 10 a 19 anos. O retorno das atividades presenciais das escolas ocorreu em fevereiro de 2021, e o número de casos de janeiro a maio de 2021 foi 245,1% maior que os casos totais computados no segundo semestre de 2020. Quanto à incidência de casos por mês, março de 2021 se destaca, sendo contabilizado o maior número de detectados.

SARS-CoV-2 na faixa etária de 10-19 anos - Realeza/PR

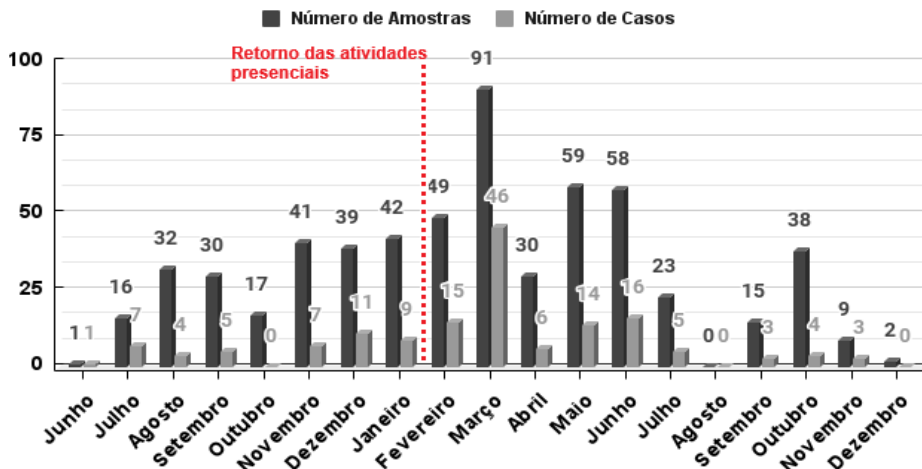


Figura 2: Distribuição do número de amostras e casos na faixa etária de 10 a 19 anos para SARS-CoV-2, processadas pelo Laboratório Temporário SARS-CoV-2/UFFS- Realeza-PR/Brasil, no período junho de 2020 a dezembro de 2021 (Nº de amostras = 592; Nº de casos = 156). Fonte: Elaborada pelos autores.

4 | DISCUSSÃO

O Estado do Paraná registrou um aumento expressivo no número de indivíduos que testaram positivo para SARS-CoV-2 na faixa etária de 0 a 19 anos entre 1 de janeiro e 17 de dezembro de 2021 em relação aos números de 15 de junho a dezembro de 2020. Entre 0 e 9 anos o aumento foi de aproximadamente 374,5%. Em números, no ano de 2020 foram detectados 12.829 casos, enquanto que, de janeiro a 17 de dezembro de 2021, foram relatados 60.875 casos. E na faixa etária de 10 a 19 anos o aumento foi de cerca de 389,6%, sendo registrado no segundo semestre de 2020 27.857 casos e, de em 2021, 136.400 casos. Embora a maioria dos casos infantis de SARS-CoV-2 sejam assintomáticos e tenham apresentado um aumento significativo, os números tendem a ser muito reduzidos em relação às demais faixas etárias, visto que os casos nessa faixa etária representam 12,4% dos casos totais no Estado (PARANÁ, 2021).

No Município de Realeza, os dados obtidos corroboram com a discrepância de casos entre a população infantil/juvenil e as demais publicadas no Estado, representando aproximadamente 8,5% dos casos positivos. Também foi registrado um aumento de 216,7% de casos nessa faixa etária entre o segundo semestre de 2020 e o ano de 2021.

Oliveira e Martins (2022) relataram o perfil epidemiológico dos casos pediátricos de coronavírus no município de Foz do Iguaçu/PR, no período de abril de 2020 a abril de 2022. Segundo os autores, foram registrados 3.499 casos diagnosticados da doença, com predomínio no sexo masculino, faixa etária entre 0 a 2 anos, brancos e maior incidência de

casos em 2022 e para o qual em comparação ao início da pandemia, com os índices mais altas em adultos, o coronavírus mostrou um avanço crescente em crianças.

A possível explicação para esse aumento de números pode ser devido a descoberta de novas variantes, bem como, a ocorrência de datas festivas que contribuíram para aglomeração de pessoas e maiores possibilidades de contágio, ou seja, o aumento no contágio possivelmente se derivou de esferas domiciliares (ROSSONI, *et al.* 2021). De fato, a maioria dos relatos de infecção infantil pelo SARS-CoV-2 demonstra um contato familiar com diagnóstico comprovado da infecção (GOSTIC *et al.*, 2020). Isso pode ser visto na população chinesa, onde, dos 82% dos casos em crianças, foi comprovado contato domiciliar, dissuadindo a hipótese de que crianças sejam casos índice e que tenham alto potencial de contaminação (MUNRO, FAUST, 2020; POSFAY BARBE *et al.*, 2020).

Além disso, Jiang *et. al.* (2020) relataram que nessa faixa etária pode-se apresentar a Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P). De acordo com registros até 28 de junho de 2021, já haviam sido notificados mais de 4.196 casos confirmados de SIM-P, com 37 óbitos (0,9%), nos Estados Unidos. Os casos ocorrem de 2-4 semanas após a infecção por SARS-CoV-2, em pacientes de 1 e 14 anos (média 8 anos) e pouco mais da metade do sexo masculino (60%) (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2021).

Ainda, no Brasil, 1.010 crianças e adolescentes com faixa etária entre 0 a 19 anos foram diagnosticados com SIM-P associada à COVID-19 até o dia 5 de junho de 2021. A predominância também se deu no sexo masculino, acometendo 56,9% dos casos. Neste cenário nacional, a distribuição de casos apresentou maior incidência nos estados de São Paulo (193), Minas Gerais (111), Bahia (79), Rio de Janeiro (76), Ceará (64) e Distrito Federal (63) (BRASIL, 2021).

Ademais, dados do Ministério da Saúde, demonstram que, dos 1.010 casos confirmados, 65 deles evoluíram para óbito. Um fato constatado e causador de maior atenção é que os pacientes acometidos por SIM-P podem evoluir para a forma grave da doença com quadros de insuficiência respiratória aguda, hipotensão arterial, doença renal aguda, insuficiência cardíaca aguda e choque, necessitando de atenção da equipe pediátrica multiprofissional (ELIAS, McCRINDLE e LARIOS, 2020).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os diagnósticos concluídos para COVID-19, na população entre crianças e adolescentes do município de Realeza, Paraná, evidenciou-se um aumento notável nos casos de COVID-19 entre a faixa etária de 0-19 anos, no ano de 2021 (até o mês de maio) em relação ao ano de 2020. Avaliando os dados do estado do Paraná, demonstrou-se que isso não ocorreu apenas no município de estudo, sugerindo que a principal forma de transmissão ocorra de forma horizontal, tendo origem doméstica. As

crianças pertencem a um grupo de maior isolamento social, sendo os pais responsáveis por saírem de casa, e se expor ao vírus, provavelmente trazendo o mesmo para sua residência. Os casos de SIM-P associados a COVID-19 também se apresentam de forma preocupante, estando demonstrado em crianças de 0 a 19 anos.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos envolvidos, direta e/ou indiretamente, e às entidades parceiras - *Rotary Club* de Realeza, Secretaria de Saúde e Prefeitura Municipal de Realeza.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Boletim Epidemiológico Especial Doença pelo Coronavírus COVID-19**. Brasília, DF: O Ministério, [2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-95-boletim-coe-coronavirus.pdf>. Acesso em: 8 set. 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Information for Healthcare Providers about Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C)**. USA: Centers for Disease Control and Prevention, [2021]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mis-c/hcp/>. Acesso em: 1 jun. 2021.

DOWELL, Alexander C. *et al.* **Children develop robust and sustained cross-reactive spike-specific immune responses to SARS-CoV-2 infection**. *Nat Immunol*, v. 23, ed. 1, p. 40-49, 2022. DOI: 10.1038/s41590-021-01089-8. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41590-021-01089-8>. Acesso em: 7 set. 2022.

ELIAS, Matthew D. *et al.* **Management of Multisystem Inflammatory Syndrome in Children Associated With COVID-19: A Survey From the International Kawasaki Disease Registry**. *CJC open*, v. 2, ed. 6, p. 632–640, 2020. DOI:10.1016/j.cjco.2020.09.004. Disponível em: [https://www.cjopen.ca/article/S2589-790X\(20\)30137-2/fulltext](https://www.cjopen.ca/article/S2589-790X(20)30137-2/fulltext). Acesso em: 7 set. 2022.

GOSTIC, K., GOMEZ, A. C., MUMMAH, R. O., KUCHARSKI, A. J., & LLOYD-SMITH, J. O. **Estimated Effectiveness Of Symptom And Risks Creening To Prevent The Spread Of Covid-19**. *Elife*, 9, 2020.

JIANG, Li *et al.* **COVID-19 and multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents**. *Lancet Infect Dis*, v. 20, ed. 11, p. 276–88, 2020. DOI: 10.1016/S1473-3099(20)30651-4. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30651-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30651-4/fulltext). Acesso em: 7 set. 2022.

MOSTARDEIRO, L. R.; ANTONIOLLI, E. C. A.; XAVIER, J. W. **Coronavírus na pediatria: relato de dois casos e revisão da literatura**. *J. Bras. Patol. Med. Lab.*, v. 56, p. e3552020, 2020.

MUNRO, A. P.; FAUST, S. N. **Children Are Not Covid-19 Super Spreaders: Time To Go Back To School**. *Archives of Disease in Childhood*. 2020. Disponível em: <https://adc.bmj.com/content/105/7/618>. Acesso em: 8 set. 2022.

OLIVEIRA, D. D. de.; MARTINS, W. **Perfil dos casos pediátricos de COVID-19 no município de Foz do Iguaçu-PR**. *E-Acadêmica*, v. 3, n. 2, p. e732223, 2022. DOI: 10.52076/eacad-v3i2.223. Disponível em: <https://eacademica.org/eacademica/article/view/223>. Acesso em: 5 set. 2022.

PARANÁ. **Informe Epidemiológico**. Paraná, 2021. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-12/informe_epidemiologico_17_12_2021_0.pdf. Acesso em: 7 set. 2022.

PARANÁ. **Prefeitura Municipal de Realeza**. Paraná, 2021. Disponível em: <https://realeza.pr.gov.br/secretarias/educacao-cultura-e-esportes/>. Acesso em: 8 set. 2022.

POSFAY BARBE, C. *et al.* **Covid-19 In Children And The Dynamics Of Infection In Families**. *Pediatrics*, v. 146, n. 2, p. e20201576, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32457213/>. Acesso em: 8 set. 2022.

ROSSONI, Emanuela *et al.* **COVID-19 NA INFÂNCIA: uma revisão**. *Revista Psicologia e Saúde em Debate*, v. 7, ed. 1, p. 28-46, 2021. DOI 10.22289/2446-922X.V7N1A3. Disponível em: <http://www.psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/699/465>. Acesso em: 7 set. 2022.

SAFADI, M. A. P. **As características intrigantes da COVID-19 em crianças e seu impacto na pandemia**. *Jornal de Pediatria*, v. 96, n. 3, p. 265-268, 2020.

WILLIAMS, Phoebe C. M. *et al.* **SARS-CoV-2 in children: spectrum of disease, transmission and immunopathological underpinnings**. *Pathology*, v. 57, ed. 2, p. 801-808, 2020. DOI: 10.1016/j.pathol.2020.08.001. Disponível em: [https://www.pathologyjournal.rcpa.edu.au/article/S0031-3025\(20\)30884-9/fulltext](https://www.pathologyjournal.rcpa.edu.au/article/S0031-3025(20)30884-9/fulltext). Acesso em: 7 set. 2022.

IMPACTO DO ESTÍMULO EXCESSIVO DA VISÃO DE PERTO NO DESENVOLVIMENTO DE MIOPIA EM CRIANÇAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 03/10/2022

Renan Felipe Silva de Moura

Universidade de Vassouras
Vassouras, Rio de Janeiro - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2762311951950243>

Lívia Oliveira Delgado Mota

Universidade de Vassouras
Vassouras, Rio de Janeiro - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3344587624961426>

RESUMO: Nos últimos anos, observou-se um aumento significativo no número de casos de miopia, e isso se tornou um problema epidemiológico. Esse erro refrativo apresenta um grande desafio enfrentado por crianças de diversas idades, uma vez que está ligado a complicações oculares graves. A miopia tem etiologia multifatorial, porém, considerando a aumento rápido de sua prevalência, os fatores ambientais desempenham claramente um papel importante em seu desenvolvimento. O objetivo deste estudo foi apresentar uma revisão sobre o impacto das atividades de proximidade no desenvolvimento desse erro refrativo. Foram utilizadas as bases de dados eletrônicas National Library of Medicine (PubMed) e Directory of Open Access Journals (DOAJ) com os descritores “myopia”, “children” e “risk factors”, fazendo uso do operador booleano “AND”. Após aplicação de critérios de inclusão e exclusão, mantiveram-se no total 23 artigos. Através dos estudos analisados, os principais fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de

miopia foram o uso prolongado de dispositivos eletrônicos ou digitais, distâncias curtas da tela do aparelho de televisão, intensidade da luz, maior tempo dentro de casa, mais tempo gasto em leitura, aumento da carga de estudos e seu início precoce, assim como menos tempo gasto em atividades ao ar livre. Desta forma, o estudo mostra que o estímulo excessivo da visão de perto e baixos níveis de atividade ao ar livre na infância são fatores de risco bem estabelecidos para o desenvolvimento de miopia. Portanto, a descoberta das causas do desenvolvimento e da progressão da miopia na população infantil e a formulação de estratégias rápidas e eficazes por meio de programas preventivos se fazem necessárias para combater e evitar a doença.

PALAVRAS-CHAVE: Miopia; Crianças; Fatores de risco.

THE IMPACT OF EXCESSIVE STIMULATION OF NEAR VISION ON THE DEVELOPMENT OF MYOPIA IN CHILDREN: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: There has been a significant increase in the number of myopia cases in recent years, and this has become an epidemiological problem. This refractive error presents a great challenge faced by children of different ages, as it is linked to serious ocular complications. Myopia has a multifactorial etiology, however, considering the rapid increase in its prevalence, environmental factors clearly play an important role in its development. The aim of this study was to present a review of the impact of proximity activities on the development of this refractive

error. The electronic databases National Library of Medicine (PubMed) and Directory of Open Access Journals (DOAJ) were used with the descriptors “myopia”, “children” and “risk factors”, using the Boolean operator “AND”. After applying inclusion and exclusion criteria, a total of 23 articles remained. Through the studies analyzed, the main risk factors related to the development of myopia were prolonged use of electronic or digital devices, short distances from the television screen, light intensity, longer time indoors, more time spent on reading, magnification study load and its early start, as well as less time spent on outdoor activities. Thus, the study shows that excessive stimulation of near vision and low levels of outdoor activity in childhood are well-established risk factors for the development of myopia. Therefore, the discovery of the causes of the development and progression of myopia in the child population and the formulation of quick and effective strategies through preventive programs are necessary to combat and prevent the disease.

KEYWORDS: Myopia; Children; Risk factors.

1 | INTRODUÇÃO

Miopia é a principal causa de deficiência visual corrigível e cegueira evitável em todo o mundo (BELETE et al., 2017). Estudos sugerem que até 2060 haja um aumento de 26% no número de crianças com deficiência visual, gerando um efeito negativo em seu desenvolvimento educacional e psicossocial (BOURNE et al., 2004; VARMA; TARCZY-HORNOCH; JIANG, 2017).

Nos últimos anos, houve um aumento significativo no número de casos de miopia, e isso se tornou um problema epidemiológico (XIANG; ZOU, 2020). Esse erro refrativo está aparecendo com maior prevalência em crianças pequenas (LIN et al., 2004; SAW et al., 2005), as colocando em maior risco de desenvolver alta miopia (PAN; RAMAMURTHY; SAW, 2012), que está associada a causas importantes de morbidade ocular, incluindo descolamento de retina, glaucoma, degeneração macular miópica e catarata (WALLINE; SMITH, 2015).

Acredita-se que a miopia seja causada por fatores genéticos e ambientais. Considerando o aumento rápido de sua prevalência nas últimas décadas, os fatores ambientais claramente desempenham um papel importante em seu desenvolvimento (MORGAN; OHNO-MATSUI; SAW, 2012).

Estudos anteriores mostraram uma associação entre miopia e atividades de proximidade em crianças, como estudar, ler e tempo de exposição a telas. Além disso o tempo passado ao ar livre demonstrou ter efeito protetor, potencialmente devido a estimulação luminosa (BAHHAWI, AL et al., 2018; PAN; RAMAMURTHY; SAW, 2012; RUSNAK et al., 2018; SUN et al., 2018; WILLIAMS et al., 2019), relacionada diretamente a concentração e liberação de dopamina, assim como a síntese de vitamina D (ZHANG, J.; DENG, 2019).

O controle da progressão miópica em crianças pode diminuir o risco relativo de desenvolvimento de degenerações miópicas, descolamento de retina e catarata subcapsular

posterior(CHENG et al., 2020). Portanto a prevenção ou redução da progressão miópica são de suma importância na proteção e na promoção da saúde pública, para ajudar a conter a crescente prevalência da doença(ENTHOVEN et al., 2019).

A partir desta perspectiva, é importante identificar os fatores de risco modificáveis associados ao desenvolvimento de miopia, tendo este estudo o objetivo de apresentar uma revisão sobre o impacto das atividades que propiciam o desenvolvimento desse erro refrativo. Fatores ambientais e de estilo de vida associados ao desenvolvimento de miopia podem influenciar as políticas de saúde futuras para cuidados com a visão em crianças.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, retrospectiva e transversal através de uma revisão integrativa de literatura nas bases de dados eletrônicas National Library of Medicine (PubMed) e Directory of Open Access Journals (DOAJ). Os descritores utilizados foram “myopia”, “children” e “risk factors”, fazendo uso do operador booleano “AND”. Os mesmos descritores foram utilizados apenas na língua inglesa e são encontrados nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS). A revisão de literatura foi realizada seguindo as seguintes etapas: estabelecimento do tema; definição dos parâmetros de elegibilidade; definição dos critérios de inclusão e exclusão; verificação das publicações nas bases de dados; exame das informações encontradas; análise dos estudos encontrados e exposição dos resultados(PEREIRA et al., 2018). Foram incluídos no estudo artigos publicados nos últimos 3 anos (2018 a 2021); disponíveis gratuitamente; apenas no idioma inglês e artigos originais, estudos transversais, estudos de coorte, estudos experimentais, estudos observacionais, estudos longitudinais e ensaios clínicos. Foram excluídos os artigos de revisão de literatura, artigos fora do tema abordado e artigos duplicados.

3 | RESULTADOS

Somando-se os dois bancos de dados, um total de 722 artigos foram encontrados, sendo 638 referentes a base de dados PubMed e 84 referentes ao DOAJ. Após a aplicação dos critérios de inclusão um total de 116 artigos que continham os desfechos de interesse dessa revisão foram selecionados, sendo excluídos 93 após a aplicação dos critérios de exclusão. Ao final da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 23 artigos, conforme observado na figura 1.

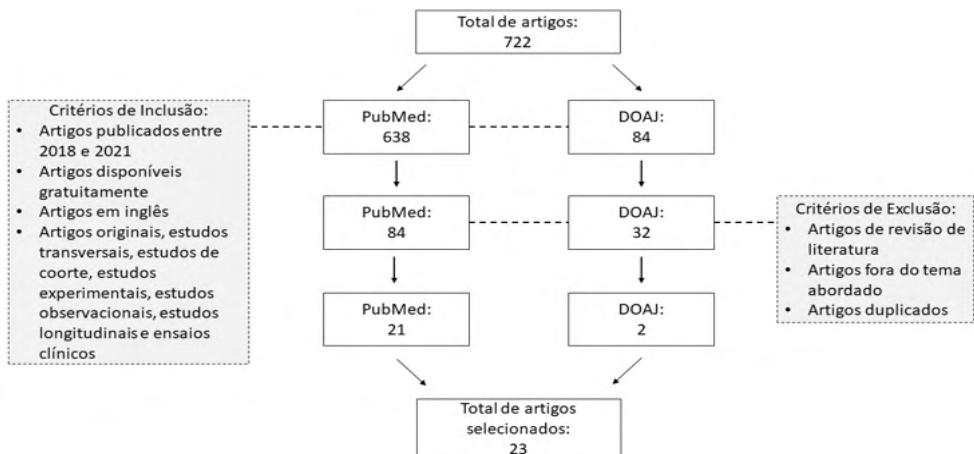


Figura 1. Fluxograma de identificação e seleção dos artigos selecionados nas bases de dados PubMed e DOAJ.

Fonte: Autores (2021)

Dos 23 estudos selecionados 12 são estudos transversais, 6 são estudos de coorte, 2 são estudos experimentais, 1 é estudo observacional, 1 é estudo longitudinal e 1 é ensaio clínico. Dos artigos selecionados, vinte e dois estudos observaram que o estímulo excessivo da visão de perto está fortemente associado ao desenvolvimento de miopia na infância. Destes estudos os principais fatores de risco relacionados ao desenvolvimento do erro refrativo foram o uso prolongado de dispositivos eletrônicos ou digitais, tais como celulares, smartphones, laptops e computadores, distâncias curtas da tela do aparelho de televisão, intensidade da luz, maior tempo dentro de casa, mais tempo gasto em leitura, assim como o aumento da carga de estudos e seu início precoce. Apenas um estudo não observou significativa associação entre o estímulo da visão de perto com o desenvolvimento de miopia, mesmo assim não descartou a possibilidade desse fator na incidência e progressão do erro refrativo. Outro fator relacionado ao desenvolvimento de miopia em crianças citado em 13 artigos foi o tempo gasto em atividades ao ar livre, potencialmente devido a estimulação luminosa, observando que quanto menor o tempo gasto em atividades ao ar livre maior é o risco de desenvolvimento de miopia, conforme apresentado na Tabela 1.

Autor	Ano	Tipo de estudo	Principais conclusões
Sun JT, An M, Yan XB, Li GH, Wang DB(SUN et al., 2018)	2018	Estudo transversal	Trabalho de proximidade contínuo, sem 5 minutos de descanso, foi considerado fator de risco para miopia, já atividades ao ar livre tiveram efeito de proteção.
Al Bahhawi T, Makeen AM, Daghreeri HH, Tobaigy MF, Adawi AM, Guhal FM, et al.(BAHHAWI, AL et al., 2018)	2018	Estudo transversal	População rural é mais afetada que a urbana. Associação positiva entre o tempo gasto em dispositivos eletrônicos e o desenvolvimento de miopia, assim como distâncias curtas da tela de TV também aumentam o risco do erro de refração.
Ma Y, Zou H, Lin S, Xu X, Zhao R, Lu L, et al.(MA et al., 2018)	2018	Estudo de coorte	Não apresentou significativa associação entre o trabalho de perto e atividades ao ar livre com o desenvolvimento de miopia, mas não descartou a possibilidade desses fatores na incidência e progressão da miopia na população atual.
Williams KM, Kraphol E, Yonova-Doing E, Hysi PG, Plomin R, Hammond CJ(WILLIAMS et al., 2019)	2018	Estudo de coorte longitudinal	Destaca a educação materna, a escolaridade precoce e as horas de jogos de computador como preditores de miopia.
Pan CW, Wu RK, Li J, Zhong H(PAN et al., 2018)	2018	Estudo de coorte	Fatores ambientais podem desempenhar papel importante no desenvolvimento de miopia em crianças em idade escolar.
Rusnak S, Salcman V, Hecova L, Kasl Z(RUSNAK et al., 2018)	2018	Estudo de coorte	Atividades esportivas regulares são fatores preventivos contra a miopia, já o uso excessivo do trabalho próximo e de computadores são fatores que predispõe a doença.
Milushkina OY, Skoblina NA, Markelova S V., Tatarinchik AA, Bokareva NA, Fedotov DM(MILUSHKINA et al., 2019)	2019	Estudo transversal	Risco médio e alto de miopia dependendo da frequência com que os estudantes usavam laptop ou PC.
Enthoven CA, Tideman JWL, Polling JR, Tedja MS, Raat H, Iglesias AI, et al.(ENTHOVEN et al., 2019)	2019	Estudo de coorte prospectivo	O aumento do trabalho de proximidade e a falta de exposição ao ar livre na infância aumentam significativamente o efeito dos genes da miopia.
Alvarez-Peregrina CC, Sanchez-Tena MAMA, Martinez-Perez CC, Villa-Collar CC(ALVAREZ-PEREGRINA et al., 2019)	2019	Estudo transversal	O aumento de atividades de proximidade e do tempo usando dispositivos eletrônicos, e a diminuição de horas ao ar livre todos os dias aumentam o risco de miopia.
Pärssinen O, Kauppinen M(PÄRSSINEN; KAUPPINEN, 2019)	2019	Ensaio clínico randomizado	Mais tempo gasto em leitura e trabalho próximo e menos tempo gasto em atividades ao ar livre na infância foram associados à alta miopia.
Zhang X, Wang Y, Pan C, Yang W, Xiang Y, Yang J, et al.(ZHANG, X. et al., 2020)	2020	Estudo transversal	A duração do tempo de dever de casa e o uso de telas eletrônicas foram os fatores mais fortes associados à miopia em crianças de 6 a 9 anos de idade.
Berticat C, Mamouni S, Ciais A, Villain M, Raymond M, Daien V(BERTICAT et al., 2020)	2020	Estudo transversal	O consumo de carboidratos refinados pode estar associado a miopia na infância. Tempo exposto a uma tela é fator de risco e tempo ao ar livre é fator de proteção.

Wang J, Ying GS, Fu X, Zhang R, Meng J, Gu F, et al. (WANG, Jianyong et al., 2020)	2020	Estudo transversal	O aumento da carga de estudo desempenha um papel importante na maior taxa de prevalência de miopia.
Enthoven CA, Tideman JWL, Polling JR, Yang-Huang J, Raat H, Klaver CCW (ENTHOVEN et al., 2020)	2020	Estudo de coorte	O uso do computador está moderadamente associado ao desenvolvimento de miopia na infância, tendo o tempo de leitura uma associação mais forte. O efeito de atividades de proximidade, como o uso de dispositivos digitais, pode ter um impacto no desenvolvimento de miopia no futuro. Exposição ao ar livre como fator protetor para a miopia.
Schuster AK, Krause L, Kuchenbäcker C, Prütz F, Elflein HM, Pfeiffer N, et al. (SCHUSTER et al., 2020)	2020	Estudo transversal	Não foi encontrada associação entre miopia e uso de mídia digital, como o uso de smartphones. Mais tempo gasto lendo livros foi associado à miopia.
Li L, Wen L, Lan W, Zhu H, Yang Z (LI et al., 2020)	2020	Estudo experimental	Confirma a associação entre distância de trabalho, intensidade de luz e erro refrativo por meio de uma nova abordagem.
Wen L, Cao Y, Cheng Q, Li X, Pan L, Li L, et al. (WEN et al., 2020)	2020	Estudo experimental	Apoia a associação entre a intensidade do trabalho próximo e intensidade da luz e o desenvolvimento de miopia.
Kim H, Seo JS, Yoo WS, Kim GN, Kim RB, Chae JE, et al. (KIM et al., 2020)	2020	Estudo transversal	IMC, tempo gasto em atividades próximas e renda familiar são possíveis fatores de risco para miopia. Tempo de atividade ao ar livre como fator de proteção.
Xie Z, Long Y, Wang J, Li Q, Zhang Q (XIE et al., 2020)	2020	Estudo transversal	A miopia foi significativamente associada ao menor tempo ao ar livre, maior tempo dentro de casa e brincadeiras com aparelhos eletrônicos por mais de 1 hora por dia.
Cheng HC, Chang K, Shen E, Luo KS, Ying YH (CHENG et al., 2020)	2020	Estudo observacional	Crianças que relataram uso de dispositivos eletrônicos por mais tempo tiveram maior progressão da miopia. Níveis mais baixos de miopia foram associados a mais atividades ao ar livre.
Assem AS, Tegegne MM, Fekadu SA (ASSEM; TEGEGNE; FEKADU, 2021)	2021	Estudo transversal	Maior exposição a celulares e menor distância de trabalho foram fatores de risco para o desenvolvimento de miopia, já a atividade ao ar livre foi identificada como fator de proteção.
Wang J, Li Y, Musch DC, Wei N, Qi X, Ding G, et al. (WANG, Jiaxing et al., 2021)	2021	Estudo transversal prospectivo	O confinamento domiciliar durante a pandemia de COVID-19 foi associado a uma mudança significativa de miopia em crianças de 6 a 8 anos.
Liu L, Jiang D, Li C, Lin Y, Zhou W, Xiao H, et al. (LIU et al., 2021)	2021	Estudo longitudinal	As crianças que começam a estudar mais cedo têm maior probabilidade de sofrer de miopia, e a progressão da miopia pode ser consideravelmente mais rápida, devido ao trabalho de proximidade contínuo.

Tabela 1. Caracterização dos artigos conforme ano de publicação, tipo de estudo e principais conclusões.

Fonte: Autores (2021)

4 | DISCUSSÃO

A prevalência de miopia em todo o mundo aumentou recentemente(SUN et al., 2018). Esse erro refrativo se transformou em um grande desafio enfrentado por crianças de diversas idades, e várias causas têm sido sugeridas para o seu desenvolvimento(RUSNAK et al., 2018). Compreender os fatores de risco relacionados à miopia é importante para promover a visão e a saúde geral da população, uma vez que ela está ligada a muitas complicações oculares graves(CHENG et al., 2020). Dessa forma estudiosos fizeram variadas pesquisas sobre os fatores ambientais envolvidos no processo de miopização, mas a dimensão desse impacto permanece controversa(SUN et al., 2018).

Os resultados deste estudo mostraram que o uso prolongado de dispositivos eletrônicos ou digitais, distâncias curtas da tela do aparelho de televisão, intensidade da luz, maior tempo dentro de casa, mais tempo gasto em leitura, aumento da carga de estudos e seu início precoce, assim como menos tempo gasto em atividades ao ar livre podem ser associados a uma prevalência mais alta de miopia.

A indústria eletrônica atual oferece uma ampla gama de dispositivos que podem satisfazer qualquer necessidade, estimulando maior interesse por parte das crianças, adolescentes e jovens(MILUSHKINA et al., 2019). No que diz respeito ao estilo de vida, um estudo anterior comprovou que crianças com miopia passam cerca de 0.95 hora por dia em frente ao computador, contra 0.69 hora por dia gasta por crianças não míopes(ALVAREZ-PEREGRINA et al., 2019). O uso prolongado desses dispositivos mudou o estilo de vida das crianças contemporâneas, alterando suas rotinas diárias e influenciando em sua saúde(MILUSHKINA et al., 2019).

Uma forte associação entre o tempo gasto em dispositivos eletrônicos e erros de refração tem sido relatada(BAHHAWI, AL et al., 2018). Segundo Rusnak et al. o uso prolongado do computador pode ser um fator de risco para o aumento do crescimento do globo ocular se as crianças gastarem 3 horas por dia ou mais com essas atividades(RUSNAK et al., 2018). Um outro estudo realizado em Chongqing, na China, mostrou que brincar com eletrônicos mais de 1 hora por dia foi um fator de risco significativo para miopia(XIE et al., 2020). Além disso, segundo Al Bahhawi et al., distâncias curtas da tela da televisão também foram associadas à risco aumentado de erros de refração(BAHHAWI, AL et al., 2018).

Através da análise de 5.074 crianças, Enthoven et al. descobriram que o uso do computador em crianças pequenas estava moderadamente associado à miopia, tendo o tempo de leitura uma associação mais forte, sugerindo que horas prolongadas de leitura de livros podem resultar em um risco maior de miopia do que telas de computador. Esse estudo também mostrou que o efeito causado por atividades combinadas de trabalho de proximidade pode ser diminuído pela exposição ao ar livre, sugerindo que uma exposição à ambientes externos por mais de 7 horas por semana seja necessária para compensar uma intensidade baixa do trabalho de perto, e mais de 14 horas por semana para proteção

contra média ou alta intensidade(ENTHOVEN et al., 2020).

Um efeito protetor observado em estudo anterior foi o efeito combinado tanto da distância do trabalho de perto quanto da intensidade da luz(LI et al., 2020). Corroborando com esse estudo, Wen et al. verificaram que o tempo gasto com uma intensidade de luz maior do que 3000 lux foi um fator de proteção para miopia, enquanto que o tempo gasto dentro de uma distância de trabalho menor do que 20 centímetros foi considerado um fator de risco(WEN et al., 2020).

Segundo Sun et al. a alta miopia aumentou com o aumento da idade. Alunos envolvidos no trabalho de proximidade eram mais propensos a ter miopia do que aqueles que gastaram menos tempo no trabalho próximo e cuja distância era menor do que 30 centímetros. Foi visto que com o aumento da idade, os alunos gastaram significativamente mais tempo estimulando a visão de perto do que antes, aumentando de 3.32 horas por dia em crianças de 10 anos de idade para 4.62 horas por dia em crianças de 15 anos de idade. Nesse mesmo estudo foi descoberto que crianças cujo tempo gasto em trabalho de proximidade por mais de 30 minutos sem 5 minutos de descanso eram mais propensas a ter miopia do que o grupo que passou até 15 minutos estimulando a visão de perto. O que significa que a intensidade do trabalho de proximidade também seria um fator importante para a miopia(SUN et al., 2018).

Um estudo realizado na China descobriu que a miopia aumentou sua prevalência e gravidade durante a infância. 76% dos alunos que estavam na sexta série do ensino fundamental eram míopes e 5,7% tinham alta miopia. Essa elevada taxa de miopia em alunos do ensino fundamental sugere que o início da miopia ocorreu mais cedo do que antes, muito devido ao aumento da carga educacional. Esse início precoce pode levar a uma taxa significativa de alta miopia no ensino médio, conforme observado no estudo, em que 24% dos alunos do ensino médio tinham esse diagnóstico(WANG, Jianyong et al., 2020). Devido a isso, é importante criar bons hábitos de proteção ocular para crianças na escola primária, pois mesmo que os alunos do ensino médio usem os olhos com mais intensidade para estudar ou usar dispositivos eletrônicos, sua progressão de miopia não foi tão rápida quanto a de crianças mais novas, o que implica que o início da miopia em uma idade mais precoce é especialmente prejudicial para a visão. Portanto, atrasar o início da miopia pode reduzir significativamente sua gravidade(CHENG et al., 2020).

Entre as crianças de 6 anos de idade em Guangzhou, o acréscimo de 40 minutos de atividade ao ar livre na escola em comparação com a atividade normal resultou em uma taxa de incidência reduzida de miopia nos 3 anos seguintes(HE et al., 2015). Wu et al. estudaram a influência do aumento do tempo ao ar livre e da exposição à luz na mudança de refração entre os alunos da primeira série. A mudança de refração para a direção miópica e o aumento no comprimento axial foram significativamente menores no grupo de intervenção no qual os escolares foram encorajados a ir ao ar livre por até 11 horas semanais(PÄRSSINEN; KAUPPINEN, 2019). A prática esportiva, como fator preventivo

contra o excessivo crescimento do globo ocular, têm se mostrado eficaz se essas atividades são realizadas por 3 horas por dia, ou mais (RUSNAK et al., 2018).

O efeito protetor de atividades ao ar livre pode ser explicado pela liberação de dopamina, que é desencadeada por luz externa de alta intensidade e por mudanças rápidas na luminosidade, e funciona como um inibidor do crescimento ocular. Outro fator interessante é a exposição à radiação solar ultravioleta B, que pode desencadear a síntese de vitamina D, regulando, portanto, o comprimento e o grau de refração do olho (ZHANG, J.; DENG, 2019).

O estímulo excessivo da visão de perto e baixos níveis de atividade ao ar livre foram dois fatores de risco comumente reconhecidos para o desenvolvimento de miopia, no entanto, estudo realizado por Ma et al. não observou relacionamento significativo. Uma explicação possível é que as variações de tempo de trabalho próximo e as atividades ao ar livre eram muito pequenas para impactar na incidência de miopia. Contudo, através da análise do tempo de uso dos olhos da população estudada, o estímulo excessivo da visão de perto e o curto tempo de atividade ao ar livre provavelmente poderiam explicar a alta incidência de miopia e a sua progressão na população atual (MA et al., 2018).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que o estímulo excessivo da visão de perto e baixos níveis de atividade ao ar livre na infância são fatores de risco bem estabelecidos para o desenvolvimento de miopia; esta revisão fornece evidências sobre o impacto das pressões ambientais no crescimento do globo ocular.

Atualmente, podemos afirmar que é necessário buscar formas mais eficientes de criar atitudes de estilo de vida saudáveis entre crianças, adolescentes e jovens. Mudar os hábitos de uma criança nesta era digital requer ações de todos os envolvidos em sua criação, começando com o aumento da conscientização pela disseminação do conhecimento. A descoberta das causas do desenvolvimento e da progressão da miopia na população infantil e a formulação de estratégias rápidas e eficazes por meio de programas preventivos devem estar entre as prioridades dos oftalmologistas e pediatras, visto ser uma necessidade urgente.

Embora o mecanismo específico ainda precise ser melhor estudado, vale a pena recomendar o aumento de atividades em ambientes externos como um método eficaz para sua prevenção. Portanto, a publicidade do efeito protetor de atividades em ambientes externos a fim de mudar o hábito de vida das crianças é de grande importância.

Por fim, novos estudos epidemiológicos devem ser realizados sobre a implementação de estratégias de saúde pública para combater e evitar a miopia. A importância da idade de ingresso na escola apresenta um tópico interessante para pesquisas futuras com implicações potenciais para as políticas de saúde pública.

REFERÊNCIAS

- ALVAREZ-PEREGRINA, C. C. et al. **Prevalence and Risk Factors of Myopia in Spain.** *Journal of Ophthalmology*, [s.l.], v. 2019, 2019. ISSN: 20900058, DOI: 10.1155/2019/3419576.
- ASSEM, A. S.; TEGEGNE, M. M.; FEKADU, S. A. **Prevalence and associated factors of myopia among school children in Bahir Dar city Northwest Ethiopia, 2019.** *PLoS ONE*, [s.l.], v. 16, nº 3 March, p. 14–18, 2021. ISBN: 1111111111, ISSN: 19326203, DOI: 10.1371/journal.pone.0248936.
- BAHHAWI, T. AL et al. **Refractive Error among Male Primary School Students in Jazan, Saudi Arabia: Prevalence and Associated Factors.** *The Open Ophthalmology Journal*, [s.l.], v. 12, nº 1, p. 264–272, 2018. ISSN: 1874-3641, DOI: 10.2174/1874364101812010264.
- BELETE, G. T. et al. **Prevalence and associated factors of myopia among high school students in Gondar town, northwest Ethiopia, 2016.** *Clinical Optometry*, [s.l.], v. 9, p. 11–18, 2017. ISSN: 11792752, DOI: 10.2147/OPTO.S120485.
- BERTICAT, C. et al. **Probability of myopia in children with high refined carbohydrates consumption in France.** *BMC Ophthalmology*, [s.l.], v. 20, nº 1, p. 1–8, 2020. ISSN: 14712415, DOI: 10.1186/s12886-020-01602-x.
- BOURNE, R. R. A. et al. **Correction of Refractive Error in the Adult Population of Bangladesh: Meeting the Unmet Need.** *Investigative Ophthalmology and Visual Science*, [s.l.], v. 45, nº 2, p. 410–417, 2004. ISSN: 01460404, DOI: 10.1167/iovs.03-0129.
- CHENG, H. C. et al. **Risk factors and behaviours of schoolchildren with myopia in Taiwan.** *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [s.l.], v. 17, nº 6, p. 1–12, 2020. ISSN: 16604601, DOI: 10.3390/ijerph17061967.
- ENTHOVEN, C. A. et al. **Interaction between lifestyle and genetic susceptibility in myopia: the Generation R study.** *European Journal of Epidemiology*, [s.l.], v. 34, nº 8, p. 777–784, 2019. ISBN: 0123456789, ISSN: 15737284, DOI: 10.1007/s10654-019-00512-7.
- The impact of computer use on myopia development in childhood: The Generation R study.** *Preventive Medicine*, [s.l.], v. 132, nº August 2019, p. 105988, 2020. ISSN: 10960260, DOI: 10.1016/j.ypmed.2020.105988.
- HE, M. et al. **Effect of Time Spent Outdoors at School on the Development of Myopia Among Children in China A Randomized Clinical Trial.** *JAMA*, [s.l.], v. 314, nº 11, p. 1142–1148, 2015. DOI: 10.1001/jama.2015.10803.
- KIM, H. et al. **Factors associated with myopia in Korean children: Korea National Health and nutrition examination survey 2016-2017 (KNHANES VII).** *BMC Ophthalmology*, [s.l.], v. 20, nº 1, p. 1–7, 2020. ISSN: 14712415, DOI: 10.1186/s12886-020-1316-6.
- LI, L. et al. **A novel approach to quantify environmental risk factors of myopia: Combination of wearable devices and big data science.** *Translational Vision Science and Technology*, [s.l.], v. 9, nº 13, p. 1–8, 2020. ISSN: 21642591, DOI: 10.1167/tvst.9.13.17.
- LIN, L. et al. **Prevalence of Myopia in Taiwanese Schoolchildren: 1983 to 2000.** [s.l.]: [s.n.], 2004.

LIU, L. et al. **Relationship between Myopia Progression and School Entrance Age: A 2.5-Year Longitudinal Study.** *Journal of Ophthalmology*, [s.l.], v. 2021, p. 1–7, 2021. ISSN: 2090-004X, DOI: 10.1155/2021/7430576.

MA, Y. et al. **Cohort study with 4-year follow-up of myopia and refractive parameters in primary schoolchildren in Baoshan District, Shanghai.** *Clinical and Experimental Ophthalmology*, [s.l.], v. 46, nº 8, p. 861–872, 2018. ISSN: 14429071, DOI: 10.1111/ceo.13195.

MILUSHKINA, O. Y. et al. **Assessing health risks for schoolchildren and students caused by exposure to educational and entertaining information technologies.** *Health Risk Analysis*, [s.l.], v. 2019, nº 3, p. 135–143, 2019. ISBN: 0000000292542, ISSN: 23081163, DOI: 10.21668/health.risk/2019.3.16.eng.

MORGAN, I. G.; OHNO-MATSUI, K.; SAW, S. M. **Myopia.** *The Lancet*, [s.l.], v. 379, nº 9827, p. 1739–1748, 2012. ISSN: 1474547X, DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60272-4.

PAN, C. W. et al. **Low prevalence of myopia among school children in rural China.** *BMC Ophthalmology*, [s.l.], v. 18, nº 1, p. 1–6, 2018. ISBN: 1288601808, ISSN: 14712415, DOI: 10.1186/s12886-018-0808-0.

PAN, C. W.; RAMAMURTHY, D.; SAW, S. M. **Worldwide prevalence and risk factors for myopia.** *Ophthalmic and Physiological Optics*, [s.l.], v. 32, nº 1, p. 3–16, 2012. ISSN: 02755408, DOI: 10.1111/j.1475-1313.2011.00884.x.

PÄRSSINEN, O.; KAUPPINEN, M. **Risk factors for high myopia: a 22-year follow-up study from childhood to adulthood.** *Acta Ophthalmologica*, [s.l.], v. 97, nº 5, p. 510–518, 2019. ISSN: 17553768, DOI: 10.1111/aos.13964.

PEREIRA, A. S. et al. **Metodologia da Pesquisa Científica.** Santa Maria, RS: [s.n.], 2018.

RUSNAK, S. et al. **Myopia progression risk: Seasonal and lifestyle variations in axial length growth in czech children.** *Journal of Ophthalmology*, [s.l.], v. 2018, 2018. ISSN: 20900058, DOI: 10.1155/2018/5076454.

SCHUSTER, A. K. et al. **Prevalence and Time Trends in Myopia Among Children and Adolescents.** *Deutsches Arzteblatt international*, [s.l.], v. 117, nº 50, p. 855–860, 2020. ISSN: 18660452, DOI: 10.3238/arztebl.2020.0855.

SUN, J. T. et al. **Prevalence and Related Factors for Myopia in School-Aged Children in Qingdao.** *Journal of Ophthalmology*, [s.l.], v. 2018, p. 8–13, 2018. ISSN: 20900058, DOI: 10.1155/2018/9781987.

VARMA, R.; TARCZY-HORNOCH, K.; JIANG, X. **Visual impairment in preschool children in the United States demographic and geographic variations from 2015 to 2060.** *JAMA Ophthalmology*, [s.l.], v. 135, nº 6, p. 610–616, 2017. ISSN: 21686165, DOI: 10.1001/jamaophthalmol.2017.1021.

WALLINE, J.; SMITH, M. **Controlling myopia progression in children and adolescents.** *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, [s.l.], v. 6, p. 133, 2015. ISSN: 1179-318X, DOI: 10.2147/ahmt.s55834.

WANG, Jianyong et al. **Prevalence of myopia and vision impairment in school students in Eastern China.** *BMC Ophthalmology*, [s.l.], v. 20, nº 1, p. 1–10, 2020. ISSN: 14712415, DOI: 10.1186/s12886-019-1281-0.

WANG, Jiaxing et al. **Progression of Myopia in School-Aged Children after COVID-19 Home Confinement.** *JAMA Ophthalmology*, [s.l.], v. 139, nº 3, p. 293–300, 2021. ISSN: 21686173, DOI: 10.1001/jamaophthalmol.2020.6239.

WEN, L. et al. **Objectively measured near work, outdoor exposure and myopia in children.** *British Journal of Ophthalmology*, [s.l.], v. 104, nº 11, p. 1542–1547, 2020. ISSN: 14682079, DOI: 10.1136/bjophthalmol-2019-315258.

WILLIAMS, K. M. et al. **Early life factors for myopia in the British Twins Early Development Study.** *British Journal of Ophthalmology*, [s.l.], v. 103, nº 8, p. 1078–1084, 2019. ISSN: 14682079, DOI: 10.1136/bjophthalmol-2018-312439.

XIANG, Z.-Y.; ZOU, H.-D. **Recent Epidemiology Study Data of Myopia.** [s.l.], 2020. DOI: 10.1155/2020/4395278.

XIE, Z. et al. **Prevalence of myopia and associated risk factors among primary students in Chongqing: multilevel modeling.** *BMC Ophthalmology*, [s.l.], v. 20, nº 1, p. 1–8, 2020. ISSN: 14712415.

ZHANG, J.; DENG, G. **Protective effects of increased outdoor time against myopia: a review.** *Journal of International Medical Research*, [s.l.], v. 48, nº 3, 2019. ISSN: 14732300, DOI: 10.1177/0300060519893866.

ZHANG, X. et al. **Effect of Genetic-Environmental Interaction on Chinese Childhood Myopia.** *Journal of Ophthalmology*, [s.l.], v. 2020, 2020. ISSN: 20900058, DOI: 10.1155/2020/6308289.

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DO LEIOMIOMA UTERINO NO RIO DE JANEIRO NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2016 A JANEIRO DE 2021

Data de aceite: 03/10/2022

Data de submissão: 31/08/2022

Yasmin Taffner Binda

Universidade de Vassouras
Vassouras, Rio de Janeiro - Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-4936-1849>

Oswaldo Aparecido Caetano

Universidade de Vassouras
Vassouras, Rio de Janeiro - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6723301927717849>

RESUMO: Os leiomiomas são tumores uterinos benignos, com uma alta incidência na população feminina em idades reprodutivas avançadas. Este tumor, em sua maioria é assintomático sendo diagnosticado ao acaso através de exame pélvico ou de imagem de rotina. Quando sintomáticos apresentam dismenorrea, dispareunia, dor pélvica e sintomas de pressão necessitam de tratamento. O objetivo deste estudo foi traçar um perfil epidemiológico de pacientes internadas por leiomioma uterino, no Rio de Janeiro, no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2021. Este estudo é do tipo transversal, retrospectivo e observacional com abordagem quantitativa de dados retirados do DATASUS- Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Os dados coletados foram o número de internações e óbitos, do leiomioma uterino, estratificados por faixa etária e raça. Os resultados encontrados foram um total de 7561 internações, sendo 4910 mulheres brancas e

2651 negras, e 6 óbitos, sendo 3 em cada raça. O pico de incidência foi na faixa etária de 40 a 49 anos, observando queda após essa idade. A alta incidência e a baixa mortalidade foram semelhantes a resultados de outros estudos, porém no Rio de Janeiro durante esse período, o número de casos na raça brancas foi maior que na preta discordando de outros estudos. Apesar de baixa mortalidade, a incidência e consequências do mioma uterino para a população feminina torna esta patologia de grande importância média e social e deve ser mais estudada visando futuramente menor morbidade e mortalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Leiomioma; Miomectomia Uterina; Epidemiologia.

EPIDEMIOLOGICAL PANORAMA OF UTERINE LEIOMYOMA IN RIO DE JANEIRO FROM JANUARY 2016 TO JANUARY 2021

ABSTRACT: Leiomyomas are benign uterine tumors, with a high incidence in the female population at advanced reproductive ages. For the most part, this tumor is asymptomatic and is diagnosed at random by means of a pelvic exam or routine imaging. When symptomatic patients present dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and pressure symptoms, they need treatment. This study aimed to trace an epidemiological profile of patients hospitalized for uterine leiomyoma, in Rio de Janeiro, from January 2016 to January 2021. This is a cross-sectional, retrospective, and observational study with a quantitative approach to data taken from DATASUS - Hospital Information System of the Unified Health System (SIH / SUS). The data

collected were the number of hospitalizations and deaths, from uterine leiomyoma, stratified by age and race. The results were a total of 7561 hospitalizations, with 4910 white and 2651 black women, and 6 deaths, 3 in each race. The peak incidence was in the 40 to 49 age group, with a fall after that age. The high incidence and low mortality were similar to the results of other studies, but in Rio de Janeiro during this period, the number of cases in the white race was greater than in the black race, disagreeing with other studies. Despite low mortality, the incidence and consequences of uterine fibroids for the female population make this pathology of great medium and social importance and should be further studied to reduce morbidity and mortality in the future.

KEYWORDS: Leiomyoma; Uterine Myomectomy; Epidemiology.

1 | INTRODUÇÃO

O útero tem um papel importante na migração do esperma, implantação do embrião e na nutrição fetal a ponto que anomalias uterinas congênicas, lesões adquiridas ou patologias que afetem as funções uterinas, podem impedir um bom resultado de uma gravidez (TAYLOR; GOMEL, 2008;2020). Além das funções biológicas exercidas pelo útero ele possui um papel muito importante para a feminilidade de uma mulher (SBROGGIO; OSIS; BEDONE, 2005).

O leiomioma, ou fibroma uterino, é um tumor benigno do útero sendo um importante problema médico e social devido a sua alta incidência na população feminina (BARANOV; OSINOVSKAYA; YARMOLINSKAYA, 2019;DONNEZ; DOLMANS, 2016). Os leiomiomas uterinos são os tumores mais comuns do aparelho reprodutor feminino, e apesar de não serem associados a alta malignidade e mortalidade, estes podem afetar significativamente a qualidade de vida de uma mulher em idade reprodutiva (BOCLIN; TORRES; FAERSTEIN, 2015;EL-BALAT et al., 2018).

Estudos realizados nos Estados Unidos demonstraram que cerca de 70% a 80% das mulheres entre 40 e 50 anos apresentam um leiomioma uterino (BOCLIN; FAERSTEIN, 2013). Nos Estados Unidos a miomatose uterina é considerada a quinta condição ginecológica, não obstétrica, mais comum entre mulheres em idade reprodutiva sendo a principal causa de histerectomia (FAERSTEIN; SZKLO; ROSENSHEIN, 2001).

A origem dos leiomiomas uterinos ainda é mal compreendida, não se sabe ao certo porque eles se formam, quais os fatores que realmente influenciam uma mulher a desenvolver este tumor, o que determina seu número e seu tamanho final (DIVAKAR, 2008). São tumores benignos originados na musculatura lisa do útero, o miométrio, e fatores hormonais como estrogênio e progesterona, têm sido implicado na sua patogênese (D'ALOISIO et al., 2010;VLAHOS; THEODORIDIS; PARTSINEVELOS, 2017). Outros fatores associados a predisposição do leiomioma são, a idade, sendo mais comum em anos reprodutivos mais tardios e diminuindo sua incidência após a menopausa, menarca precoce, etnia afro-americana, nuliparidade e obesidade (FLAKE; ANDERSEN; DIXON, 2003;SPARIC et al., 2016). Estudos relatam que o ganho de peso durante a idade adulta

pode ser um marcador para o acúmulo de estrogênio circulante no corpo ao longo da vida reprodutiva, relacionando desta forma a obesidade e sua predisposição ao leiomioma (BOCLIN; TORRES; FAERSTEIN, 2015).

A maioria dos leiomiomas uterinos são assintomáticos e diagnosticados acidentalmente em exame pélvico ou imagem de rotinas. Para o seu diagnóstico a ultrassonografia é a modalidade inicial preferencial. A ultrassonografia transvaginal possui uma sensibilidade de cerca de 90% a 99% mas, podem não detectar leiomiomas subserosos ou pequenos. Adicionar a histerossonografia a abordagem diagnóstica permite melhorar a sensibilidade para detecção dos leiomiomas submucosos (LA CRUZ, DE; BUCHANAN, 2017). Quando sintomáticos prejudicam a qualidade de vida da mulher, sendo frequente a presença de menorragia, dor pélvica com ou sem dismenorreia, sintomas de pressão e dispareunia (LETHABY; VOLLENHOVEN, 2015; LIPPMAN et al., 2003).

Os casos assintomáticos podem ter uma abordagem expectante enquanto os sintomáticos devem ser avaliados para a necessidade de tratamento clínico ou cirúrgico (SANTOS et al., 2017). O tratamento dos leiomiomas é direcionado de acordo com o tamanho e localização dos tumores, idade, sintomas e desejo de manter a fertilidade. Com o objetivo de reduzir a perda de sangue menstrual pode ser utilizado contraceptivos hormonais, ácido tranexâmico ou anti-inflamatórios não esteroides. Como tratamento cirúrgico a histerectomia fornece a cura definitiva, porém não preserva a fertilidade já a miomectomia e a embolização da artéria uterina são abordagens utilizadas para as pacientes que desejam engravidar futuramente (LA CRUZ, DE; BUCHANAN, 2017; TANOS et al., 2018).

O tratamento do leiomioma uterino, além de melhorar a qualidade de vida da mulher acabando com seus sintomas, é importante para evitar condições indesejadas como a infertilidade ou complicações obstétricas. Um estudo relata que 2% a 3% dos casos de infertilidade são causados por leiomiomas uterinos por estes pois prejudicam a função reprodutiva (KHAUND; LUMSDEN, 2008). Em relação a gestação, estudos demonstram que os leiomiomas uterinos aumentam a necessidade de parto cesáreo, a apresentação pélvica, o parto prematuro e óbito fetal por restrição de crescimento intrauterino (LA CRUZ, DE; BUCHANAN, 2017).

Devido à alta incidência dos leiomiomas uterinos na população feminina, o impacto na qualidade de vida e suas possíveis consequências, torna esta patologia de grande importância médica e social. O presente estudo teve como objetivo fazer uma análise epidemiológica sobre alguns aspectos desta patologia, como o número de internações e mortalidade comparando por faixa etária e raça, no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2021 no Rio de Janeiro (RJ).

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo tem caráter observacional, transversal e retrospectivo e para sua realização foi feito um levantamento de dados com base nos dados do DATASUS- Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). O tema abordado foi o leiomioma uterino no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2021 no Rio de Janeiro. Para o estudo foram coletadas informações como o número de internações e de óbitos estratificando esses valores por faixa etária e raça das pacientes. Ao acessar a plataforma do DATASUS, é possível encontrar informações relacionadas à epidemiologia e mortalidade de algumas patologias, e a escolhida para o este estudo foi o leiomioma uterino. A unidade de federação selecionada para a coleta de dados foi o Rio de Janeiro e o período foi de janeiro de 2016 a janeiro de 2021. Foram utilizadas 8 faixas etárias e 2 raças para analisar a quantidade de internações e óbitos. As faixas etárias foram de 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais e as raças analisadas foram branca e preta. As sequências das etapas de acesso às informações na plataforma do DATASUS estão descritas na figura 1.

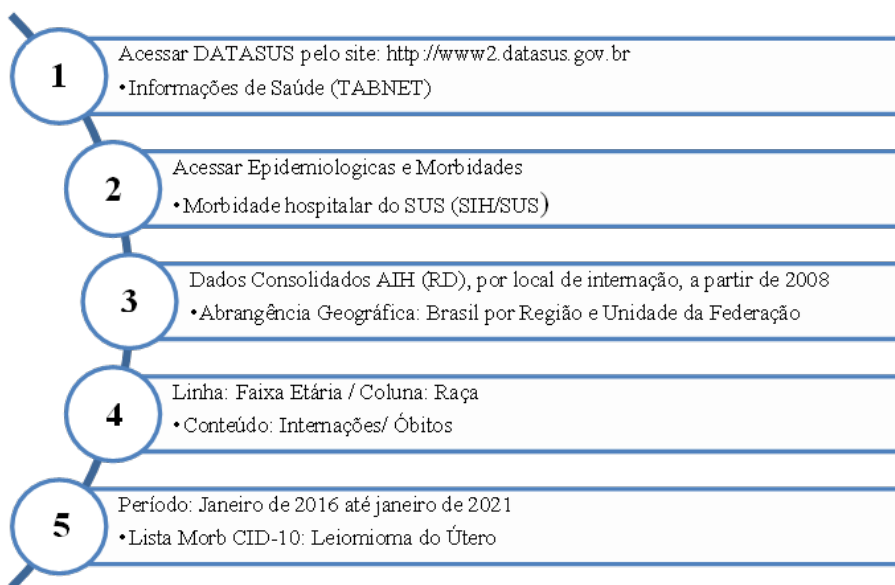


Figura 1- Fluxograma de acesso ao DATASUS

Fonte: Yasmin Taffner Binda (2021).

3 | RESULTADOS

A incidência de internações por leiomioma uterino, por faixa etária e raça, no Rio de Janeiro durante o período de janeiro de 2016 a janeiro de 2021 está descrita na tabela 1.

Observa-se que ocorreu um total de 7561 registros de internações por leiomioma uterino, no período citado, sendo 4910 da raça branca e 2651 da raça preta. Analisando as faixas etárias observou-se que com o aumento da idade, até a faixa etária de 40 a 49 anos, ocorreu um aumento de casos e após essa faixa etária é notada uma queda. As idades mais acometidas em ambas as raças foi a de 40 a 49 anos, sendo 2756 internações por leiomioma na raça branca e 1440 na preta. Analisando cada faixa etária em pacientes da raça branca, a mais acometida foi a de 40 a 49 anos com 2756 internações, seguida de 50 a 59 com 920, 30 a 39 com 863, 60 a 69 com 205, 20 a 29 com 75, 70 a 79 com 73, 80 anos e mais com 11 e a faixa etária com menor número de internações foi de 15 a 19 anos com apenas 7 casos. Já em relação à raça preta o maior número também foi na faixa de 40 a 49 anos com 1440 internações seguido de 30 a 39 anos com 578, 50 a 59 com 472, 60 a 69 com 88, 20 a 29 com 43, 70 a 79 com 20, 80 anos e mais com 8 e o menor valor com 15 a 19 anos com apenas 2 internações (Tabela 1 e figura 2).

Faixa etária	Branca	Preta	Total
15 a 19 anos	7	2	9
20 a 29 anos	75	43	118
30 a 39 anos	863	578	1441
40 a 49 anos	2756	1440	4196
50 a 59 anos	920	472	1392
60 a 69 anos	205	88	293
70 a 79 anos	73	20	93
80 anos e mais	11	8	19
Total	4910	2651	7561

Fonte: Ministério da saúde: sistema de informações hospitalares do SUS (SIH-SUS).

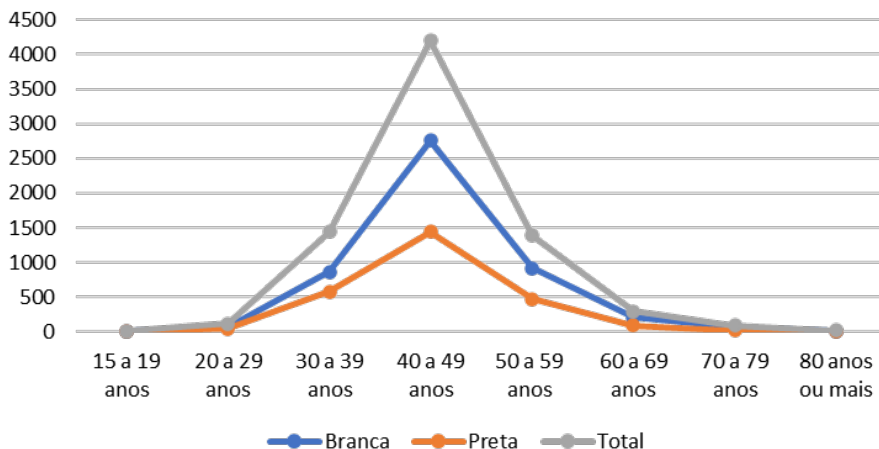


Tabela 1 e gráfico 2: Número de internações por Leiomioma Uterino, por faixa etária e raça, no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2021 no Rio de Janeiro.

Fonte: Yasmin Taffner Binda (2021).

Em relação à mortalidade relacionada ao fibroma uterino foi observada uma baixa taxa de mortalidade. A taxa foi equivalente entre as raças branca e preta com um total de 3 óbitos em cada uma. Nas pacientes de raça branca foram documentados 1 óbito na faixa etária de 50 a 59 anos, 1 com 60 a 69 anos e 1 na faixa de 80 anos e mais. Em pacientes de etnia preta os óbitos encontrados foram na faixa etária de 20 a 29 com 1 óbito, 40 a 49 com 1 e na faixa de 60 a 69 anos também com 1 óbito. (Tabela 2)

Faixa etária	Branca	Preta	Total
15 a 19 anos	0	0	0
20 a 29 anos	0	1	1
30 a 39 anos	0	0	0
40 a 49 anos	0	1	1
50 a 59 anos	1	0	1
60 a 69 anos	1	1	2
70 a 79 anos	0	0	0

80 anos e mais	1	0	1
Total	3	3	6

Tabela 2: Número de óbitos por Leiomioma Uterino, por faixa etária e raça, no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2021 no Rio de Janeiro.

Fonte: Ministério da saúde: sistema de informações hospitalares do SUS (SIH-SUS).

4 | DISCUSSÃO

Leiomiomas uterinos são tumores benignos originados das células do miométrio. São uma causa comum de morbidade em mulheres em idade reprodutiva. A maioria das miomatoses uterinas é assintomática, mas quando apresentam sintomas, estes afetam a qualidade de vida da mulher. Dentre os sintomas mais frequentes são a dismenorreia, dor pélvica, dispareunia, aumento de volume abdominal e sintomas de pressão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

São tumores com grande incidência nas mulheres em idade reprodutiva, sendo encontrado em 20% a 30% das mulheres com menos de 50 anos. O leiomioma uterino é extremamente raro em adolescentes principalmente nas menores de 15 anos, mesmo raro, um estudo relatou um mioma uterino apresentando uma massa sólida com 10cm de diâmetro em uma paciente de 13 anos, na qual havia tido a menarca com 11 anos de idade (MORITA et al., 2019). Outro estudo demonstrou que as pacientes com menarca antes ou igual a 10 anos tinha um risco mais alto de desenvolver um mioma uterino se comparando as pacientes que tiveram a menarca com mais de 16 anos (FLAKE; ANDERSEN; DIXON, 2003)

No presente estudo, no Rio de Janeiro também foi possível observar, assim como descrito nos estudos citados, que o número de casos de leiomiomas em mulheres mais jovens é menor do que as que atingem a idade reprodutiva mais elevada. No período estudado, na faixa etária de 15 a 19 anos apenas 9 pacientes foram internadas por leiomioma uterino sendo 7 da raça branca e 2 da raça preta. Não foram documentados neste estudo casos com pacientes menores que 15 anos.

De acordo com outro estudo a taxa de incidência de leiomiomas uterinos diagnosticados por ultrassonografia ou histerectomia atingiram o pico nas idades de 40 a 44 anos e depois os casos diminuíram (WISE et al., 2005). No presente estudo, o pico de incidência de casos do mioma uterino, foram na faixa etária de 40 a 49 anos com um total de 4196 casos, sendo 2756 em pacientes de raça branca e 1440 de raça preta. Logo após essa faixa etária ocorre uma queda no número de casos apresentando na faixa de 50 a 59 anos apenas 1392 casos do leiomioma sendo 920 de raça branca e 472 de raça negra.

Comparando o número de casos do mioma uterino, no Rio de Janeiro no período

estudado, foi observado que a maioria dos casos são de pacientes brancas o que não é evidenciado nos outros estudos. Foram notificados um total de 4910 casos em pacientes brancas e apenas 2651 casos em pretas. Um estudo com 4181 pacientes com leiomioma uterino revelou que as taxas de diagnóstico em mulheres brancas foi de 8,9 em comparação com 30,6 em mulheres negras (MARSHALL, 1997). Outro estudo demonstrou que as estimativas de diagnóstico de mulheres com mioma uterino são 2 vezes mais comum em negras do que brancas, sendo 12% e 5% respectivamente além de pacientes negras apresentarem o diagnóstico mais precoce em torno de 33 anos em comparação com as brancas com 36 anos (DAY BAIRD et al., 2003).

Em relação à mortalidade relacionada ao leiomioma, foi observado uma baixa taxa de mortalidade com apenas 6 óbitos apesar de um total de 7561 casos no Rio de Janeiro. Um estudo também realizado com pacientes internadas por mioma uterino em Sergipe evidenciou que de 6302 pacientes apenas 1 óbito foi documentado (SANTOS et al., 2017). Por ser um tumor ginecológico benigno, possui uma baixa taxa de mortalidade porém na maioria dos casos é necessário a realização de uma terapêutica cirúrgica e a morbidade é elevada, diminuindo a qualidade de vida das mulheres acometidas e pode gerar complicações indesejadas como a infertilidade e pêssemos desfechos obstétricos (PRIMO et al., 2012).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O leiomioma uterino é o tumor benigno mais comum do sistema reprodutor feminino. Na maioria dos casos, o mioma uterino é assintomático, porém quando apresenta sintomas estes prejudicam a qualidade de vida da mulher e torna-se necessário a realização do tratamento. O presente estudo evidenciou uma alta incidência do leiomioma na população feminina do Rio de Janeiro com pico de incidência entre 40 a 49 anos. Ao observar a quantidade de casos, comparando a raça branca com a preta, em contradição com outros estudos que revelam que mulheres negras possuem maior predisposição ao leiomioma, este estudo evidenciou um maior número de casos em mulheres brancas. No Rio de Janeiro a mortalidade por leiomioma foi baixa, porém apesar de baixa mortalidade e malignidade, o mioma uterino, é de grande importância médica e social por ter elevada incidência e prejudicar a qualidade de vida, a fertilidade e gestação da população feminina, devendo ser cada vez mais estudada e diagnosticada evitando possíveis complicações.

REFERÊNCIAS

BARANOV, V. S.; OSINOVSKAYA, N. S.; YARMOLINSKAYA, M. I. **Pathogenomics of Uterine Fibroids Development**. *International Journal of Molecular Sciences*, [s.l.], v. 20, nº 24, p. 6151, 2019. ISSN: 1422-0067, DOI: 10.3390/ijms20246151.

BOCLIN, K. de L. S.; FAERSTEIN, E. **Prevalência de diagnóstico médico auto-relatado de miomas uterinos em população brasileira: Padrões demográficos e socioeconômicos no Estudo Pró-Saúde ***. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [s.l.], v. 16, nº 2, p. 301–313, 2013. ISSN: 1415-790X, DOI: 10.1590/S1415-790X2013000200007.

BOCLIN, K. de L. S.; TORRES, F. P.; FAERSTEIN, E. **Body weight gain during adulthood and uterine myomas: Pró-Saúde Study**. *Revista de Saúde Pública*, [s.l.], v. 49, 2015. ISSN: 0034-8910, DOI: 10.1590/S0034-8910.2015049005898.

D'ALOISIO, A. A. et al. **Association of Intrauterine and Early-Life Exposures with Diagnosis of Uterine Leiomyomata by 35 Years of Age in the Sister Study**. *Environmental Health Perspectives*, [s.l.], v. 118, nº 3, p. 375–381, 2010. ISSN: 0091-6765, DOI: 10.1289/ehp.0901423.

DAY BAIRD, D. et al. **High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: Ultrasound evidence**. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, [s.l.], v. 188, nº 1, p. 100–107, 2003. ISSN: 00029378, DOI: 10.1067/mob.2003.99.

DIVAKAR, H. **Asymptomatic uterine fibroids**. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, [s.l.], v. 22, nº 4, p. 643–654, 2008. ISSN: 15216934, DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2008.01.007.

DONNEZ, J.; DOLMANS, M.-M. **Uterine fibroid management: from the present to the future**. *Human Reproduction Update*, [s.l.], v. 22, nº 6, p. 665–686, 2016. ISSN: 1355-4786, DOI: 10.1093/humupd/dmw023.

EL-BALAT, A. et al. **Modern Myoma Treatment in the Last 20 Years: A Review of the Literature**. *BioMed Research International*, [s.l.], v. 2018, p. 1–6, 2018. ISSN: 2314-6133, DOI: 10.1155/2018/4593875.

FAERSTEIN, E.; SZKLO, M.; ROSENSHEIN, N. **Risk Factors for Uterine Leiomyoma: A Practice-based Case-Control Study. I. African-American Heritage, Reproductive History, Body Size, and Smoking**. *American Journal of Epidemiology*, [s.l.], v. 153, nº 1, p. 1–10, 2001. ISSN: 1476-6256, DOI: 10.1093/aje/153.1.1.

FLAKE, G. P.; ANDERSEN, J.; DIXON, D. **Etiology and pathogenesis of uterine leiomyomas: a review**. *Environmental Health Perspectives*, [s.l.], v. 111, nº 8, p. 1037–1054, 2003. ISSN: 0091-6765, DOI: 10.1289/ehp.5787.

KHAUND, A.; LUMSDEN, M. A. **Impact of fibroids on reproductive function**. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, [s.l.], v. 22, nº 4, p. 749–760, 2008. ISSN: 15216934, DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2008.01.009.

LA CRUZ, M. S. D. DE; BUCHANAN, E. M. **Uterine fibroids: diagnosis and treatment**. *American family physician*, [s.l.], v. 95, nº 2, p. 100–107, 2017. ISSN: 0002-838X.

LETHABY, A.; VOLLENHOVEN, B. **Fibroids (uterine myomatosis, leiomyomas)**. *BMJ clinical evidence*, [s.l.], v. 2015, 2015.

LIPPMAN, S. A. et al. **Uterine fibroids and gynecologic pain symptoms in a population-based study**. *Fertility and Sterility*, [s.l.], v. 80, nº 6, p. 1488–1494, 2003. ISSN: 00150282, DOI: 10.1016/S0015-0282(03)02207-6.

MARSHALL, L. **Variation in the Incidence of Uterine Leiomyoma Among Premenopausal Women by Age and Race.** *Obstetrics & Gynecology*, [s.l.], v. 90, nº 6, p. 967–973, 1997. ISSN: 00297844, DOI: 10.1016/S0029-7844(97)00534-6.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria PR nº1.325. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Leiomioma do Útero.** 2013. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt1325_25_11_2013.html>. Acesso em: 24/ago./22.

MORITA, N. et al. **Uterine leiomyoma in a 13-year-old adolescent successfully treated with laparoscopic myomectomy.** *Medicine*, [s.l.], v. 98, nº 49, p. e18301, 2019. ISSN: 0025-7974, DOI: 10.1097/MD.00000000000018301.

PRIMO, C. C. et al. **Perfil epidemiológico de mulheres submetidas à cirurgia na Unidade de Ginecologia de um hospital universitário.** *Revista Mineira de Enfermagem*, [s.l.], v. 16, nº 4, p. 494–501, 2012. ISSN: 1415-2762.

SANTOS, V. R. R. T. et al. **Perfil epidemiológico das internações por leiomioma no estado de Sergipe de 2014-2017.** *Semana de Pesquisa e Extensão da Universidade Tiradentes-SEMPESq-SEMEX*, [s.l.], nº 19, 2017. ISSN: 1807-2518.

SBROGGIO, A. M. R.; OSIS, M. J. M. D.; BEDONE, A. J. **O significado da retirada do útero para as mulheres: um estudo qualitativo.** *Revista da Associação Médica Brasileira*, [s.l.], v. 51, nº 5, p. 270–274, 2005. ISSN: 0104-4230, DOI: 10.1590/S0104-42302005000500018.

SPARIC, R. et al. **Epidemiology of uterine myomas: a review.** *International journal of fertility & sterility*, [s.l.], v. 9, nº 4, p. 424, 2016.

TANOS, V. et al. **Prevention and Management of Complications in Laparoscopic Myomectomy.** *BioMed Research International*, [s.l.], v. 2018, p. 1–9, 2018. ISSN: 2314-6133, DOI: 10.1155/2018/8250952.

TAYLOR, E.; GOMEL, V. **The uterus and fertility.** *Fertility and Sterility*, [s.l.], v. 89, nº 1, p. 1–16, 2008. ISSN: 00150282, DOI: 10.1016/j.fertnstert.2007.09.069.

VLAHOS, N. F.; THEODORIDIS, T. D.; PARTSINEVELOU, G. A. **Myomas and Adenomyosis: Impact on Reproductive Outcome.** *BioMed Research International*, [s.l.], v. 2017, p. 1–14, 2017. ISSN: 2314-6133, DOI: 10.1155/2017/5926470.

WISE, L. A. et al. **Age-Specific Incidence Rates for Self-Reported Uterine Leiomyomata in the Black Women’s Health Study.** *Obstetrics & Gynecology*, [s.l.], v. 105, nº 3, p. 563–568, 2005. ISSN: 0029-7844, DOI: 10.1097/01.AOG.0000154161.03418.e3.

Útero: Anatomia, camadas, função | Kenhub. 2020. Disponível em: <<https://www.kenhub.com/pt/library/anatomia/utero>>. Acesso em: 24/ago./22.

OS TIPOS DE INTERVENÇÕES DE ESTILO DE VIDA E SEUS POSSÍVEIS EFEITOS NO GANHO DE PESO GESTACIONAL TOTAL: REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 03/10/2022

Data de submissão: 04/08/2022

Gabriela de Melo Junqueira

Universidade de Vassouras
Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4055542164347068>

Sara Cristine Marques dos Santos

Universidade de Vassouras
Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3811369800373233>

André Elias Ribeiro

Universidade de Vassouras
Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3681164823187826>

RESUMO: A gestação é um período da vida da mulher marcado por diversas modificações, sendo muito comum a crença de que é necessária uma ingestão maior de alimentos. O objetivo dessa revisão de literatura é destacar os tipos de intervenções de estilo de vida e conhecer seus efeitos no ganho de peso gestacional total. O estudo de abordagem qualitativa, retrospectiva e transversal executado por meio de uma revisão de literatura utilizou os descritores “Prevention”, “Weight gain” e “Pregnancy” utilizando o operador “AND” resultando em uma busca total de 2649 trabalhos. Foram selecionados 23 artigos, sendo que doze estudos observaram que intervenções comportamentais impactam em redução de ganho de peso gestacional e onze estudos não observaram efeitos na redução do ganho de

peso gestacional total por meio de intervenções de estilo de vida. De um modo geral as modificações em estilo de vida mais executadas são o incentivo a prática de exercícios e dieta saudável, sendo difícil definir o método ideal de intervenção para alcançar um efeito positivo em ganho de peso gestacional total. Embora não tenha sido evidenciado um grande número de estudos que impactaram em redução de ganho de peso gestacional excessivo, modificações de estilo de vida em mulheres grávidas devem ser incentivadas.

PALAVRAS-CHAVE: Ganho de Peso Gestacional; Estilo de Vida; Gravidez.

THE TYPES OF LIFESTYLE PROCEDURES AND THEIR POSSIBLE EFFECTS WITHOUT TOTAL GESTATIONAL WEIGHT GAIN: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Pregnancy is a period in a woman's life marked by several changes, with the belief that a greater intake of food is very common. The purpose of this literature review is to highlight the types of lifestyle interventions and to know their effects on total gestational weight gain. The qualitative, retrospective and cross-sectional study carried out through a literature review used the descriptors “Prevention”, “Weight gain” and “Pregnancy” using the operator “AND” resulting in a total search of 2649 jobs. Twenty-three articles were selected, of which twelve studies observed that behavioral interventions impacted the reduction of gestational weight gain and eleven studies did not observe effects on the reduction of total gestational weight gain through lifestyle

interventions. In general, the most frequently performed lifestyle changes are to encourage exercise and a healthy diet, making it difficult to define the ideal method of intervention to achieve a positive effect on total gestational weight gain. Although a large number of studies that have impacted on reducing excessive gestational weight gain have not been shown, lifestyle changes in pregnant women should not be discouraged.

KEYWORDS: Gestational Weight Gain; Lyfe Style; Pregnancy.

1 | INTRODUÇÃO

A gestação é um período da vida da mulher marcado por diversas modificações em seu organismo. Dentre essas transformações, há o ganho de peso, um processo natural da evolução de uma gravidez, decorrente da necessidade de suprir adequadamente a nutrição materna e fetal, além do crescimento de tecidos maternos e do próprio feto (MAGALHÃES et al., 2015). Mudanças comportamentais também acontecem na vida de uma mulher grávida, sendo muito comum a crença de que é necessária uma ingestão maior de alimentos já que agora a mesma deve “comer por dois” (HUSSAIN; SMITH; YEE, 2020; TANENTSAPF; HEITMANN; ADEGBOYE, 2011). Tal fato corrobora para um ganho de peso excessivo que pode vir associado ao risco de complicações maternas e neonatais como pré-eclampsia, tromboembolismo, hemorragia pós-parto, Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), aborto espontâneo, macrossomia, infecções puerperais, trabalho de parto prolongado, desproporção céfalo-pélvica e nascimentos prematuros (BROWN et al., 2012; RONNBERG, A. K.; NILSSON, 2010). No intuito de evitar desfechos gestacionais ruins existem recomendações que estabelecem limite de ganho de peso gestacional, as quais devem ser repassadas a gestantes (SANTOS DA SILVA et al., 2017).

A mulher grávida tem uma tendência natural de estabelecer contato com profissionais de saúde, visto que as consultas de pré-natal de rotina permitem esse vínculo. Sendo assim, essa etapa da vida de uma mulher abre oportunidades para que intervenções de estilo de vida saudável possam acontecer, melhorando a saúde materna e proporcionando um ganho de peso gestacional adequado, evitando complicações (HUSSAIN; SMITH; YEE, 2020; O'BRIEN et al., 2014; TANENTSAPF; HEITMANN; ADEGBOYE, 2011). Sabendo disso o objetivo dessa revisão de literatura é destacar os tipos de intervenções de estilo de vida e conhecer seus efeitos no ganho de peso gestacional total.

2 | MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, retrospectiva e transversal executado por meio de uma revisão de literatura. As bases de dados utilizadas foram SciELO, LILACS e a National Library of Medicine da base de dados do PubMed. A busca pelos artigos foi realizada considerando os descritores “Prevention”, “Weight gain” e “Pregnancy” utilizando o operador “AND”. A revisão de literatura foi realizada seguindo os seguintes

passos: estabelecimento do tema; aplicação dos critérios de elegibilidade; definindo os critérios de inclusão e exclusão; exame das informações encontradas; análise dos estudos e exposição dos resultados. Foram incluídos nos estudos artigos publicados nos últimos dez anos (2010 – 2020); no idioma inglês; de acesso livre e artigos cujos estudos eram do tipo ensaio clínico e estudo transversal. Foram excluídos os artigos que não abordavam especificamente o conteúdo que relacionava intervenções comportamentais e os impactos no ganho de peso gestacional, sendo que os estudos selecionados analisaram mulheres grávidas independente do seu índice de massa corporal (IMC).

3 | RESULTADOS

A busca resultou em um total de 2649 trabalhos. Foram encontrados 2600 artigos na base de dados PubMed, 15 artigos no SciELO e 34 artigos na base de dados do LILACS. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados um total de 23 artigos, conforme figura 1.

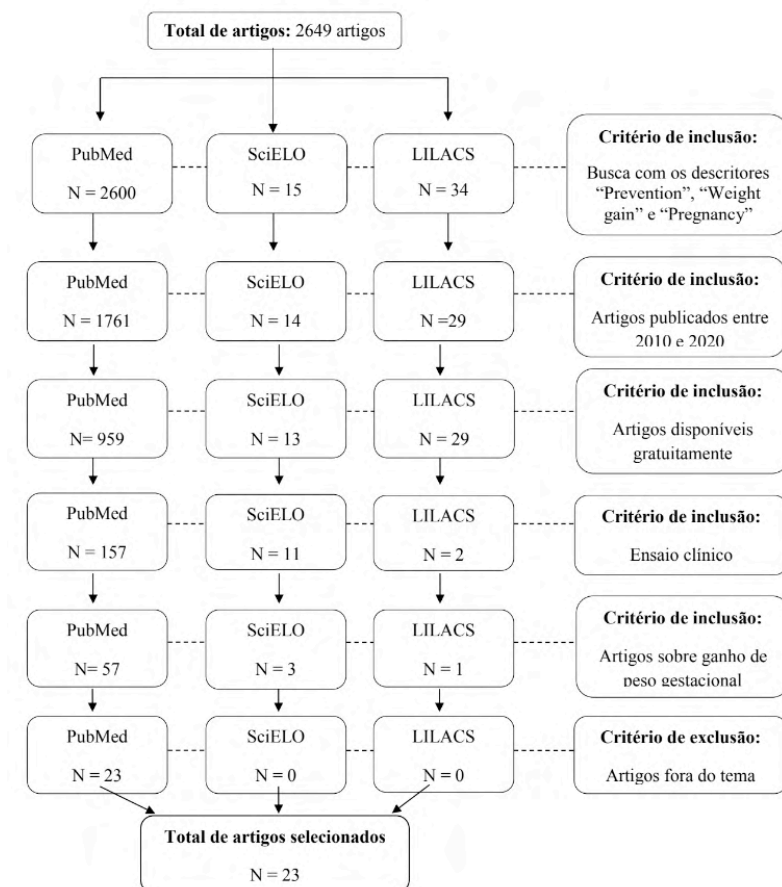


Figura 1 – Artigos selecionados da busca de dados PubMed, SciELO e LILACS.

Dos estudos selecionados, vinte e dois são ensaios clínicos e apenas um estudo transversal (Tabela 1). Dos artigos selecionados, doze estudos observaram que intervenções comportamentais impactam em ganho de peso gestacional total. A prática de exercícios físicos foi a medida de intervenção mais aplicada, sendo observada em dez desses estudos. Em segundo lugar, nove estudos aplicaram mudanças comportamentais para promover uma dieta saudável e, por último, em seis estudos medidas para controle de peso foram realizadas. Além disso, muitas medidas de intervenções foram repassadas a mulheres gestantes com auxílio de ferramentas eletrônicas, sendo que cinco destes estudos que observaram impactos positivos na redução do ganho de peso gestacional total realizaram aconselhamentos de estilo de vida por meio de pelo menos um dos seguintes dispositivos: telefone celular, mensagens de SMS, e-mail, vídeos de DVD e uso de sites.

Entretanto onze estudos não observaram efeitos na redução do ganho de peso gestacional total por meio de intervenções de estilo de vida. Nestes estudos a medida de intervenção mais realizada continuou sendo a prática de exercícios físicos o qual foi aplicado em pelo menos oito desses estudos. Em relação ao controle de peso o mesmo foi executado como medida de intervenção em sete estudos enquanto a promoção de uma dieta saudável pode ser observada em seis estudos. O auxílio de ferramentas eletrônicas também foi utilizados em quatro desses estudos que não impactaram na perda de peso gestacional, sendo que aplicativos de Smartphones, teleconferências, vídeos de DVD e suporte por telefone foram as principais intervenções realizadas.

Dentre todos os estudos analisados, seis realizaram sessões de aconselhamentos presenciais com o objetivo de informar cuidados em saúde relacionados ao ganho de peso gestacional adequado e monitorar os resultados das intervenções comportamentais estabelecidas. Apenas um estudo citou o monitoramento adequado da pressão arterial (PA) durante a gestação como um possível fator relevante para impactar no ganho de peso gestacional total. Além disso, somente dois estudos adotaram como medidas de intervenções necessárias o gerenciamento do estresse, a higiene do sono e os aspectos e habilidades sociais próprios do período perinatal. Informações em saúde para instruir as mulheres gestantes também foram consideradas como medidas de intervenções comportamentais e puderam ser observadas em três estudos, sendo que cartões postais, fichas e panfletos informativos foram os meios utilizados para repassar tais instruções (figura 2).

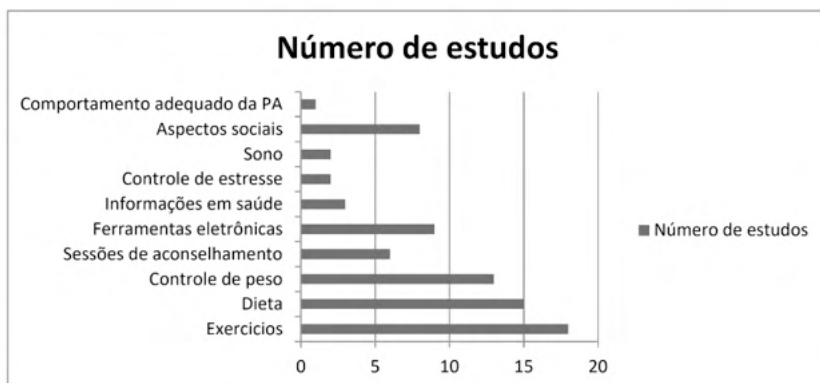


Figura 2. Intervenções comportamentais e o número de estudos que utilizaram dessas intervenções.

Vale ressaltar que, independente das intervenções de estilo de vida produzirem impactos positivos ou negativos no ganho de peso gestacional, pelo menos oito estudos observaram que não há efeitos adversos relacionadas a mudanças comportamentais durante a gestação para a saúde materno-infantil. Além disso, benefícios em saúde em longo prazo podem ser vistos apesar de ainda serem necessários mais estudos para comprovação.

Autor e ano	Tipo de estudo	Principais conclusões
(HOFFMANN et al., 2019)	Ensaio clínico randomizado controlado (n=71)	Intervenções moderadas na pressão arterial e na dieta não demonstraram ser suficientes para impactar no ganho de peso gestacional total.
(DODD; DEUSSEN; LOUISE, 2019)	Ensaio clínico randomizado controlado (n = 624)	Não observou diferenças no ganho de peso gestacional total por meio das intervenções no estilo de vida, mas ressalta que é possível identificar melhorias importantes na dieta materna.
(SILVA, DA et al., 2017)	Ensaio clínico randomizado controlado (n = 639)	Declara que não há benefícios e eficácia de exercícios realizados durante a gestação para prevenir ganho de peso excessivo, DMG e pré-eclâmpsia. Porém, os exercícios não impactam negativamente na saúde materno-infantil.
(BARAKAT et al., 2018)	Ensaio clínico randomizado controlado (n = 456)	Instituir a prática de exercícios físicos supervisionados de maneira precoce na gestação pode reduzir o risco de ganho de peso excessivo e DMG.
(SAGEDAL et al., 2017)	Ensaio clínico randomizado controlado (n = 600)	Observou que intervenções de estilo vida promovem uma redução significativa no ganho de peso gestacional total apesar de não demonstrarem efeitos mensuráveis a proporção de RN grandes ou a incidência de complicações obstétricas.
(PHELAN et al., 2018)	Ensaio clínico randomizado controlado (n = 260)	A substituição parcial de refeição foi uma intervenção que permitiu notar uma redução na taxa de ganho de peso gestacional e incidência de ganho de peso gestacional excessivo.

(RONNBERG, A.-K.; HANSON; NILSSON, 2017)	Ensaio clínico randomizado controlado (n = 300)	Intervenção no estilo de vida durante a gestação é capaz de reduzir o ganho de peso gestacional materno, mas não tem efeito significativo na massa corporal da prole aos cinco anos.
(KUNATH et al., 2019)	Ensaio clínico randomizado controlado (n = 2886)	Aconselhamentos sobre os cuidados em saúde durante pré-natal de rotina, mesmo sendo aplicados por profissionais de saúde treinados, não limitou o ganho de peso gestacional. No entanto, há possíveis efeitos de longo prazo que devem ser estudados.
(OLSON et al., 2018)	Ensaio clínico randomizado controlado (n = 1641)	O estudo não comprovou um efeito positivo de que intervenções online e de telefone móvel impactou no ganho de peso gestacional total.
(CHANG; BROWN; NITZKE, 2017)	Ensaio clínico randomizado controlado (n = 612)	Intervenções como o controle do estresse, alimentação saudável e atividade física não demonstraram eficácia em prevenir maior ganho de peso.
(ALTAZAN et al., 2019)	Ensaio clínico randomizado controlado (n=54)	Entendendo que sintomas depressivos e baixa qualidade de vida podem incidir em ganho de peso gestacional excessivo, o estudo promoveu uma intervenção comportamental que não demonstrou um impacto significativo.
(RISSEL et al., 2019)	Ensaio clínico randomizado controlado (n = 923)	Apesar de intervenções baseadas em telefone móvel associadas com cuidados clínicos de rotina mostrarem ser promissoras para um ganho de peso gestacional saudável, o estudo não obteve resultado que impactou no ganho de peso gestacional total.
(OLSON; STRAWDERMAN; GRAHAM, 2017)	Ensaio clínico randomizado controlado (n = 898)	Automonitoramento do controle de peso auxiliado por métodos eletrônicos comprovou ser eficaz para reduzir o ganho de peso excessivo.
(AŞCI; RATHFISCH, 2016)	Ensaio clínico randomizado controlado (n = 90)	Intervenções no estilo de vida durante a gestação aumentam a chance de atingir um ganho de peso gestacional ideal. Não há impacto negativo em resultados obstétricos e neonatais e há benefícios no controle de peso a longo prazo.
(DALEY et al., 2019)	Ensaio clínico randomizado controlado (n = 656)	Não encontrou evidências de que medidas para controle de peso possam evitar ganho de peso gestacional excessivo.
(HUI et al., 2014)	Ensaio clínico randomizado controlado (n= 113)	Notou que intervenções de estilo de vida reduzem ganho de peso gestacional apenas em mulheres com IMC normal pré-gravidez.
(LUO; DONG; ZHOU, 2014)	Estudo transversal (n=276)	Constatou que intervenção nutricional ajuda a controlar o ganho de peso gestacional e não provocou efeitos adversos relacionados a complicações na gravidez ou no parto.
(GESELL et al., 2015)	Ensaio clínico randomizado controlado (n = 135)	Prevenir ganho de peso excessivo em mulheres de baixa renda é possível se realizado intervenções cognitivas comportamentais em grupo.

(RAUH et al., 2013)	Ensaio clínico randomizado controlado (n = 250)	O estudo comprovou que um aconselhamento de estilo de vida tem eficácia para reduzir o ganho de peso excessivo na gestação.
(POLLAK et al., 2014)	Ensaio clínico randomizado controlado (n=35)	Identificou que mensagens de texto SMS podem ser uma ferramenta de intervenção promissora para reduzir ganho de peso gestacional, porem faz uma ressalva que é necessário um estudo com uma amostra maior.
(RONNBERG, A. K. et al., 2015)	Ensaio clínico randomizado controlado (n= 374)	As medidas de intervenção implementadas não diminuiram a proporção de mulheres com ganho de peso gestacional acima das recomendações da IOM.
(ALTHUIZEN et al., 2013)	Ensaio clínico randomizado controlado (n = 219)	O estudo não identificou resultados significativos em relação as intervenções aplicadas e seus efeitos no ganho de peso gestacional excessivo.
(GERMEROOTH et al., 2019)	Ensaio clínico randomizado controlado (n = 300)	Intervenções durante o período perinatal tem efeitos importante para o ganho de peso ideal.

Tabela 1. Resultados dos estudos após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

4 | DISCUSSÃO

A partir do presente estudo pode se observar que os tipos de intervenções comportamentais aplicadas são semelhantes, porém não evidenciaram grandes disparidades em quantidades de ensaios clínicos que impactaram na manutenção gestacional total adequado. De um modo geral as modificações em estilo de vida mais executadas foram o incentivo a prática de exercícios e dieta saudável, sendo que em estudos prévios notou-se a eficácia dessas intervenções em redução de ganho de peso excessivo (PETRELLA et al., 2014; WALKER et al., 2018).

No entanto, assim como nos estudos analisados, é difícil definir o método ideal de intervenção para alcançar tal efeito, visto que os resultados dos estudos lidam com tamanho de amostras diferentes e estímulos heterogêneos de intervenção. Por isso, não há como estabelecer uma fórmula correta em relação à frequência, duração e intensidade adequada para um efeito positivo dessas medidas comportamentais (RONNBERG, A. K.; NILSSON, 2010; WALKER et al., 2018).

Mesmo assim, em conformidade com outros estudos é possível notar benefícios a saúde da mulher, principalmente a longo prazo (BROWN et al., 2012; TANENTSAPF; HEITMANN; ADEGBOYE, 2011; WALKER et al., 2018). É por esse motivo que mesmo que o incentivo a atividade física e a uma alimentação saudável não demonstre um efeito imediato e positivo na manutenção do peso gestacional total adequado tais medidas não devem ser negligenciadas, mas sim incentivadas (MAGRO-MALOSSO et al., 2017; TANENTSAPF;

HEITMANN; ADEGBOYE, 2011; WALKER et al., 2018).

O controle de peso pode ser estimulado de diferentes maneiras, inclusive com auxílio de ferramentas eletrônicas e sessões de aconselhamentos. Porém, assim como em diversos outros estudos a meta de ganho de peso gestacional segue as recomendações da U.S. Institute of Medicine (IOM) (WILCOX et al., 2018). Além disso, limitar o ganho de peso durante a gravidez foi apontado previamente como um fator importante e favorável a desfechos maternos e fetais sem complicações, sendo possível observar o mesmo nos ensaios clínicos analisados neste estudo (SATO; FUJIMORI, 2012; TANENTSAPF; HEITMANN; ADEGBOYE, 2011).

O uso de dispositivos eletrônicos também se destaca como medida de intervenção, pois auxilia como um método de disseminação de informações em saúde, o qual engaja a participação de mulheres, principalmente jovens (OVERDIJKINK et al., 2018; WALKER et al., 2018). Essa ferramenta, assim como é possível identificar em outros estudos, demonstra ter um caminho promissor como medida de intervenção que atinge a meta de um ganho de peso saudável na gravidez, visto que contribui para um estilo de vida saudável e permite um acompanhamento e aconselhamento frequente. Ainda assim, é preciso averiguar por meio de mais estudos a eficácia clínica de tais intervenções, visto que as descobertas ainda são limitadas (HUSSAIN; SMITH; YEE, 2020; OVERDIJKINK et al., 2018).

Um número limitado de ensaios clínicos associou o controle do estresse e higiene do sono como medidas de intervenções necessárias no controle de peso gestacional total. O mesmo é evidenciado em demais estudos já que nota-se um direcionamento de intervenções para aspectos sociodemográficos, fisiológicos e comportamentais, sendo esquecido os fatores psicossociais (KOMINIAREK et al., 2018). Ciente de que a gestação é um período da vida mulher de diversas mudanças relacionadas ao seu organismo e contexto social e familiar há uma chance maior de eventos “negativos” ou até mesmo acesso a informações desnecessárias causarem preocupações e estresse a mulheres durante a gravidez (HUSSAIN; SMITH; YEE, 2020; KOMINIAREK et al., 2018; OVERDIJKINK et al., 2018; TANENTSAPF; HEITMANN; ADEGBOYE, 2011). Além disso, tais motivos podem corroborar para um período menor de sono ou perturbações durante o sono. Há estudos que relacionam o estresse e o menor período do sono como fatores favoráveis ao ganho de peso gestacional excessivo. O mesmo foi evidenciado nos ensaios clínicos analisados, apesar de que mais estudos devem ser realizados para esclarecer essa relação (KOMINIAREK et al., 2018; PAULINO et al., 2020).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora não tenha sido evidenciado um grande número de estudos que impactaram em redução de ganho de peso gestacional excessivo por meio de medidas de intervenções comportamentais, ainda é possível observar que não há efeitos adversos a saúde materno-

infantil. Além disso, benefícios em longo prazo a saúde da mulher podem ser observados. Tal fato demonstra que mesmo que modificações em estilo de vida em mulheres grávidas não tenham efeito em redução de ganho de peso excessivo, tais medidas não devem deixar de serem incentivadas.

REFERÊNCIAS:

ALTAZAN, A. D. et al. **Mood and quality of life changes in pregnancy and postpartum and the effect of a behavioral intervention targeting excess gestational weight gain in women with overweight and obesity: a parallel-arm randomized controlled pilot trial.** *BMC pregnancy and childbirth*, [s.l.], v. 19, nº 1, p. 50, 2019. ISSN: 1471-2393, DOI: 10.1186/s12884-019-2196-8.

ALTHUIZEN, E. et al. **The effect of a counselling intervention on weight changes during and after pregnancy: a randomised trial.** *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, [s.l.], v. 120, nº 1, p. 92–9, 2013. ISSN: 1471-0528, DOI: 10.1111/1471-0528.12014.

AŞCI, Ö.; RATHFISCH, G. **Effect of lifestyle interventions of pregnant women on their dietary habits, lifestyle behaviors, and weight gain: a randomized controlled trial.** *Journal of health, population, and nutrition*, [s.l.], v. 35, p. 7, 2016. ISSN: 2072-1315, DOI: 10.1186/s41043-016-0044-2.

BARAKAT, R. et al. **Exercise during pregnancy has a preventative effect on excessive maternal weight gain and gestational diabetes. A randomized controlled trial.** *Brazilian journal of physical therapy*, [s.l.], v. 23, nº 2, p. 148–155, 2018. ISSN: 1809-9246, DOI: 10.1016/j.bjpt.2018.11.005.

BROWN, M. J. et al. **A systematic review investigating healthy lifestyle interventions incorporating goal setting strategies for preventing excess gestational weight gain.** *PLoS one*, [s.l.], v. 7, nº 7, p. e39503, 2012. ISSN: 1932-6203, DOI: 10.1371/journal.pone.0039503.

CHANG, M.-W.; BROWN, R.; NITZKE, S. **Results and lessons learned from a prevention of weight gain program for low-income overweight and obese young mothers: Mothers In Motion.** *BMC public health*, [s.l.], v. 17, nº 1, p. 182, 2017. ISSN: 1471-2458, DOI: 10.1186/s12889-017-4109-y.

DALEY, A. et al. **Effectiveness of a behavioural intervention involving regular weighing and feedback by community midwives within routine antenatal care to prevent excessive gestational weight gain: POPS2 randomised controlled trial.** *BMJ open*, [s.l.], v. 9, nº 9, p. e030174, 2019. ISSN: 2044-6055, DOI: 10.1136/bmjopen-2019-030174.

DODD, J. M.; DEUSSEN, A. R.; LOUISE, J. **A Randomised Trial to Optimise Gestational Weight Gain and Improve Maternal and Infant Health Outcomes through Antenatal Dietary, Lifestyle and Exercise Advice: The OPTIMISE Randomised Trial.** *Nutrients*, [s.l.], v. 11, nº 12, 2019. ISSN: 2072-6643, DOI: 10.3390/nu11122911.

GERMEROOTH, L. J. et al. **Trial design and methodology for a non-restricted sequential multiple assignment randomized trial to evaluate combinations of perinatal interventions to optimize women's health.** *Contemporary clinical trials*, [s.l.], v. 79, p. 111–121, 2019. ISSN: 1559-2030, DOI: 10.1016/j.cct.2019.03.002.

GESELL, S. B. et al. **Feasibility and Initial Efficacy Evaluation of a Community-Based Cognitive-Behavioral Lifestyle Intervention to Prevent Excessive Weight Gain During Pregnancy in Latina Women.** *Maternal and child health journal*, [s.l.], v. 19, nº 8, p. 1842–52, 2015. ISSN: 1573-6628, DOI: 10.1007/s10995-015-1698-x.

- HOFFMANN, J. et al. **Effects of a lifestyle intervention in routine care on prenatal physical activity - findings from the cluster-randomised GeliS trial.** *BMC pregnancy and childbirth*, [s.l.], v. 19, nº 1, p. 414, 2019. ISSN: 1471-2393, DOI: 10.1186/s12884-019-2553-7.
- HUI, A. L. et al. **Effects of lifestyle intervention on dietary intake, physical activity level, and gestational weight gain in pregnant women with different pre-pregnancy Body Mass Index in a randomized control trial.** *BMC pregnancy and childbirth*, [s.l.], v. 14, p. 331, 2014. ISSN: 1471-2393, DOI: 10.1186/1471-2393-14-331.
- HUSSAIN, T.; SMITH, P.; YEE, L. M. **Mobile Phone-Based Behavioral Interventions in Pregnancy to Promote Maternal and Fetal Health in High-Income Countries: Systematic Review.** *JMIR mHealth and uHealth*, [s.l.], v. 8, nº 5, p. e15111, 2020. ISSN: 2291-5222, DOI: 10.2196/15111.
- KOMINIAREK, M. A. et al. **Stress during pregnancy and gestational weight gain.** *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*, [s.l.], v. 38, nº 5, p. 462–467, 2018. ISSN: 1476-5543, DOI: 10.1038/s41372-018-0051-9.
- KUNATH, J. et al. **Effects of a lifestyle intervention during pregnancy to prevent excessive gestational weight gain in routine care - the cluster-randomised GeliS trial.** *BMC medicine*, [s.l.], v. 17, nº 1, p. 5, 2019. ISSN: 1741-7015, DOI: 10.1186/s12916-018-1235-z.
- LUO, X.-D.; DONG, X.; ZHOU, J. **Effects of nutritional management intervention on gestational weight gain and perinatal outcome.** *Saudi medical journal*, [s.l.], v. 35, nº 10, p. 1267–70, 2014. ISSN: 0379-5284.
- MAGALHÃES, E. I. da S. et al. **Prevalência e fatores associados ao ganho de peso gestacional excessivo em unidades de saúde do sudoeste da Bahia.** *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [s.l.], v. 18, nº 4, p. 858–869, 2015. ISSN: 1415-790X, DOI: 10.1590/1980-5497201500040014.
- MAGRO-MALOSSO, E. R. et al. **Exercise during pregnancy and risk of preterm birth in overweight and obese women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.** *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, [s.l.], v. 96, nº 3, p. 263–273, 2017. ISSN: 1600-0412, DOI: 10.1111/aogs.13087.
- O'BRIEN, O. A. et al. **Technology-supported dietary and lifestyle interventions in healthy pregnant women: a systematic review.** *European journal of clinical nutrition*, [s.l.], v. 68, nº 7, p. 760–6, 2014. ISSN: 1476-5640, DOI: 10.1038/ejcn.2014.59.
- OLSON, C. M. et al. **The effectiveness of an online intervention in preventing excessive gestational weight gain: the e-moms roc randomized controlled trial.** *BMC pregnancy and childbirth*, [s.l.], v. 18, nº 1, p. 148, 2018. ISSN: 1471-2393, DOI: 10.1186/s12884-018-1767-4.
- OLSON, C. M.; STRAWDERMAN, M. S.; GRAHAM, M. L. **Association between consistent weight gain tracking and gestational weight gain: Secondary analysis of a randomized trial.** *Obesity (Silver Spring, Md.)*, [s.l.], v. 25, nº 7, p. 1217–1227, 2017. ISSN: 1930-739X, DOI: 10.1002/oby.21873.
- OVERDIJKINK, S. B. et al. **The Usability and Effectiveness of Mobile Health Technology-Based Lifestyle and Medical Intervention Apps Supporting Health Care During Pregnancy: Systematic Review.** *JMIR mHealth and uHealth*, [s.l.], v. 6, nº 4, p. e109, 2018. ISSN: 2291-5222, DOI: 10.2196/mhealth.8834.

PAULINO, D. S. M. et al. **The Role of Health-related Behaviors in Gestational Weight Gain among Women with Overweight and Obesity: A Cross-sectional Analysis.** *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, [s.l.], v. 42, nº 06, p. 316–324, 2020. ISSN: 0100-7203, DOI: 10.1055/s-0040-1712132.

PETRELLA, E. et al. **Gestational weight gain in overweight and obese women enrolled in a healthy lifestyle and eating habits program.** *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, [s.l.], v. 27, nº 13, p. 1348–52, 2014. ISSN: 1476-4954, DOI: 10.3109/14767058.2013.858318.

PHELAN, S. et al. **Randomized controlled clinical trial of behavioral lifestyle intervention with partial meal replacement to reduce excessive gestational weight gain.** *The American journal of clinical nutrition*, [s.l.], v. 107, nº 2, p. 183–194, 2018. ISSN: 1938-3207, DOI: 10.1093/ajcn/nqx043.

POLLAK, K. I. et al. **Weight-related SMS texts promoting appropriate pregnancy weight gain: a pilot study.** *Patient education and counseling*, [s.l.], v. 97, nº 2, p. 256–60, 2014. ISSN: 1873-5134, DOI: 10.1016/j.pec.2014.07.030.

RAUH, K. et al. **Safety and efficacy of a lifestyle intervention for pregnant women to prevent excessive maternal weight gain: a cluster-randomized controlled trial.** *BMC pregnancy and childbirth*, [s.l.], v. 13, p. 151, 2013. ISSN: 1471-2393, DOI: 10.1186/1471-2393-13-151.

RISSEL, C. et al. **Piloting a Telephone Based Health Coaching Program for Pregnant Women: A Mixed Methods Study.** *Maternal and child health journal*, [s.l.], v. 23, nº 3, p. 307–315, 2019. ISSN: 1573-6628, DOI: 10.1007/s10995-019-02735-2.

RONNBERG, A.-K.; HANSON, U.; NILSSON, K. **Effects of an antenatal lifestyle intervention on offspring obesity - a 5-year follow-up of a randomized controlled trial.** *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, [s.l.], v. 96, nº 9, p. 1093–1099, 2017. ISSN: 1600-0412, DOI: 10.1111/aogs.13168.

RONNBERG, A. K. et al. **Intervention during pregnancy to reduce excessive gestational weight gain—a randomised controlled trial.** *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, [s.l.], v. 122, nº 4, p. 537–44, 2015. ISSN: 1471-0528, DOI: 10.1111/1471-0528.13131.

RONNBERG, A. K.; NILSSON, K. **Interventions during pregnancy to reduce excessive gestational weight gain: a systematic review assessing current clinical evidence using the Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) system.** *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, [s.l.], v. 117, nº 11, p. 1327–34, 2010. ISSN: 1471-0528, DOI: 10.1111/j.1471-0528.2010.02619.x.

SAGEDAL, L. R. et al. **Lifestyle intervention to limit gestational weight gain: the Norwegian Fit for Delivery randomised controlled trial.** *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, [s.l.], v. 124, nº 1, p. 97–109, 2017. ISSN: 1471-0528, DOI: 10.1111/1471-0528.13862.

SANTOS DA SILVA, A. I. et al. **A PREVENÇÃO DA OBESIDADE NA GESTAÇÃO ATRAVÉS DE AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE.** *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, [s.l.], v. 6, nº 2, 2017. ISSN: 2317-1154, DOI: 10.18554/REAS.V6I2.1932.

SATO, A. P. S.; FUJIMORI, E. **Nutritional status and weight gain in pregnant women.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [s.l.], v. 20, nº 3, p. 462–468, 2012. ISSN: 0104-1169, DOI: 10.1590/S0104-11692012000300006.

SILVA, S. G. DA et al. **A randomized controlled trial of exercise during pregnancy on maternal and neonatal outcomes: results from the PAMELA study.** *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, [s.l.], v. 14, nº 1, p. 175, 2017. ISSN: 1479-5868, DOI: 10.1186/s12966-017-0632-6.

TANENTSAPF, I.; HEITMANN, B. L.; ADEGBOYE, A. R. **Systematic review of clinical trials on dietary interventions to prevent excessive weight gain during pregnancy among normal weight, overweight and obese women.** *BMC Pregnancy and Childbirth*, [s.l.], v. 11, nº 1, p. 81, 2011. ISSN: 1471-2393, DOI: 10.1186/1471-2393-11-81.

WALKER, R. et al. **Attenuating Pregnancy Weight Gain-What Works and Why: A Systematic Review and Meta-Analysis.** *Nutrients*, [s.l.], v. 10, nº 7, 2018. ISSN: 2072-6643, DOI: 10.3390/nu10070944.

WILCOX, S. et al. **A randomized controlled trial to prevent excessive gestational weight gain and promote postpartum weight loss in overweight and obese women: Health In Pregnancy and Postpartum (HIPP).** *Contemporary clinical trials*, [s.l.], v. 66, p. 51–63, 2018. ISSN: 1559-2030, DOI: 10.1016/j.cct.2018.01.008.

CAPÍTULO 6

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS- UMA REVISÃO NARRATIVA

Data de aceite: 03/10/2022

Data de submissão: 08/08/2022

Mariana Beatriz Lima e Silva

Faculdade Una
Sete Lagoas – MG
<http://lattes.cnpq.br/2489227500657139>

Aline Lopes Ferreira

Faculdade Una
Sete Lagoas – MG
<http://lattes.cnpq.br/1634052381548976>

Taynara Larissa Silva Oliveira

Faculdade Una
Sete Lagoas – MG
<http://lattes.cnpq.br/7575124746154990>

Ana Carolina Lima Furtado

Faculdade Una
Sete Lagoas – MG
<http://lattes.cnpq.br/4239924428210811>

Claudio Marcos Bedran de Magalhães, Msc

Faculdade Una
Sete Lagoas – MG
<http://lattes.cnpq.br/5339341853416483>

Gabrielle Alexandra Andrade Alves

Faculdade Una
Sete Lagoas – MG
<http://lattes.cnpq.br/4864004842988630>

Juliana de Paula Ferreira

Faculdade Una
Sete Lagoas – MG
<http://lattes.cnpq.br/5744831097358253>

Kayky Nathan Lopes Ferreira Marota

Faculdade Una
Sete Lagoas – MG
<http://lattes.cnpq.br/1683629652303112>

Larissa Carolina Carvalho Marques

Faculdade Una
Sete Lagoas – MG
<http://lattes.cnpq.br/1962837446107219>

Maria Eduarda Santos Figueiredo

Faculdade Una
Sete Lagoas – MG
<http://lattes.cnpq.br/9348141270208656>

RESUMO: O câncer de mama é uma neoplasia em que células se proliferam de forma descontrolada causando agressões em órgãos e tecidos do corpo. O diagnóstico de câncer impacta na qualidade de vida das mulheres, podendo sofrer pressões psicológicas e sociais, além de serem necessários cuidados específicos no pós-operatório. Atualmente, existem inúmeros recursos da fisioterapia que são empregados no pós-operatório do câncer de mama com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dessas mulheres. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão narrativa da literatura sobre a eficácia do tratamento fisioterápico no pós-operatório de mulheres mastectomizadas decorrente de câncer de mama e, sendo assim, analisar a qualidade de vida após tratamento. Para este estudo, foram utilizados artigos publicados em diversas bases de dados científicas com abordagens clínicas que incluíssem os seguintes tratamentos: cinesioterapia, massoterapia,

drenagem linfática manual (DLM), câncer de mama, exercícios dinâmicos e fisioterapia aquática (hidroterapia). Os programas de intervenção fisioterapêutica no pós-operatório de mulheres mastectomizadas apresentaram melhores resultados por meio da cinesioterapia e da fisioterapia aquática, com diminuição da dor, redução do edema e aumento da ADM em MMSS e capacidade respiratória. As abordagens mais relevantes são as de ganho de amplitude de movimento e exercícios dinâmicos propostos. O tratamento mínimo de 4 a 7 semanas parece ser recomendável com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pacientes. Desse modo, podemos dizer que a fisioterapia, com seus diversos modos de atuação, é eficaz na melhoria da qualidade de vida das mulheres mastectomizadas.

PALAVRAS-CHAVE: Mastectomia; “câncer de mama”; fisioterapia; “neoplasia da mama”.

THE ROLE OF PHYSIOTHERAPY IN THE QUALITY OF LIFE OF WOMEN WITH MASTECTOMY - A NARRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Breast cancer is a neoplasm in which cells proliferate in an uncontrolled way, causing damage to organs and tissues of the body. The diagnosis of cancer impacts the women’s life quality, and may suffer psychological and social pressures, in addition to requiring specific care in the postoperative period. Currently, there are numerous physiotherapy resources are used in the postoperative period of breast cancer in order to improve these women’s life quality. Thus, the objective of this study was to perform a literature narrative review about the physiotherapy treatment effectiveness in the postoperative period of mastectomized women due to breast cancer and, therefore, to analyze the life’s quality after treatment. For this study, articles published in several scientific databases were used with clinical approaches that included the following treatments: kinesiotherapy, massage therapy, manual lymphatic drainage (MLD), dynamic exercises and aquatic physiotherapy (hydrotherapy). The physiotherapy intervention programs in the postoperative period of mastectomized women showed better results through kinesiotherapy and aquatic physiotherapy, with reduced pain, reduced edema and increased ROM in upper limbs and respiratory strength. The most relevant approaches are those stretching and proposed dynamic exercises. A minimal treatment about 4 to 7 weeks seems to be recommended and has already shown good results. Thus, we can say the physiotherapy, with its different modes of action, is effective in improving the mastectomized women’s life quality.

KEYWORDS: Mastectomy; breast cancer; physiotherapy; breast neoplasms.

1 | INTRODUÇÃO

O câncer é uma neoplasia em que células se proliferam de forma descontrolada causando agressões em órgãos e tecidos do corpo. Elas se dividem de forma rápida, agressiva e incontrolável, espalhando pelas regiões do corpo, levando a mudanças funcionais. Na formação do câncer, uma célula normal sofre mutação genética, alterações no ácido desoxirribonucléico (DNA) dos genes, recebendo instruções erradas para executar suas funções e atividades. (KUMAR; ABBAS; ASTER, 161-162 p. 2013, INCA, 2019).

A Fibroadenoma é uma neoplasia comum na mama feminina, que consiste em um tumor bifásico composto por estroma fibroblástico e glândulas revestidas por epitélio, no

entanto, apenas as células estroma são clonais e neoplásicas. (KUMAR; ABBAS; ASTER, 704-714 p. 2013). O câncer de mama é uma condição de saúde de causa multifatorial, tais como, ambientais, hábitos alimentares e tabagismo, fatores genéticos e o processo de envelhecimento. (OLIVEIRA *et al.*, 2013). Somado a isso, é a principal causa da morte de mulheres no Brasil e no mundo. De acordo com Nascimento (2015), foi registrado aumento significativo de casos dessa doença ao longo dos anos. Foram estimados que, em 2017, apresentou 57.960 novos casos da doença e segundo Migowski (2018), foram verificadas no Brasil, Argentina e Uruguai a maior taxa de incidência e mortalidade na América do Sul e Central, porém, notou que teve uma redução de 19% dos óbitos na metanálise de casos clínicos em 13 anos de seguimento.

Migowski *et al.* (2018) reportaram que o câncer de mama é bastante frequente nas mulheres brasileiras. Quando é mais rápido o diagnóstico há mais chance de cura. Alguns fatores de risco da doença são o excesso de peso, o uso de bebidas alcoólicas, a inatividade física, além do fator idade. Nódulo mamário em mulheres acima de 50 anos e em mulheres de 30 anos permanente por mais de um ciclo menstrual, presença de linfadenopatia axilar, aumento progressivo do tamanho da mama e retração na pele da mama são alguns dos sinais e sintomas que podem indicar precocemente o câncer de mama. Exames mais aprofundados como mamografia, ressonância magnética, ultrassonografia, termografia, entre outros, possibilitará um diagnóstico precoce. Esses métodos de diagnóstico têm sido cada vez mais eficazes e modernos, sendo a mamografia o mais usado. Segundo Nascimento (2015), esse exame tem como propósito fornecer imagens de melhor resolução da parte interna da mama.

Segundo Costa *et al.* (2015), muitas vezes, o câncer de mama é tratado cirurgicamente conforme o estadiamento clínico quando se faz o diagnóstico. O tratamento compreende cirurgias conservadoras e não conservadoras. As cirurgias conservadoras são a quadrantectomia, que retira o tumor primário com margem de tecido ao seu redor, e a linfadenectomia axilar, necessária quando há biópsia positiva do linfonodo. As cirurgias não conservadoras são representadas pela mastectomia parcial, que se refere à remoção do câncer feita por meio de uma pequena incisão na mama pelo tecido adiposo muscular, não sendo necessária a retirada total da mama; a mastectomia total, que retira toda a mama; e a mastectomia radical que se refere à retirada da glândula mamária, tecido adiposo, músculo peitoral maior e menor, pele e gânglios linfáticos da axila. Caso não seja possível a cirurgia parcial, deve ser feita a mastectomia total.

As cirurgias de câncer de mama podem resultar em algumas complicações físicas, incluindo infecção, necrose da pele, seroma, adesão e deiscência da cicatriz, amplitude de movimento (ADM) do ombro limitada, cordão axilar, dor, alterações sensoriais, danos nos nervos motores e / ou sensíveis, fraqueza muscular e linfedema. (NASCIMENTO, 2012).

As complicações pós-operatórias de mastectomia podem ocorrer em três estágios, sendo estes: imediato quando se manifesta em até 24 horas após o procedimento, mediato

quando sucedem no período de uma semana de pós-operatório e tardio quando acontecem após a retirada de dreno e liberação definitiva da paciente (alta hospitalar). As complicações imediatas acarretam hemorragias e infecções do local operado. Na fase mediata nota-se uma diminuição de força muscular dos músculos do complexo do ombro. Como resultado da aderência dos tecidos envolvidos e/ou da dor ao executar movimentos, ocorre uma diminuição da amplitude de movimento (ADM), acarretando uma imobilidade da articulação do ombro. Sendo assim, a fraqueza muscular, linfedema e aderências miofasciais induzem a redução da ADM. (SOUZA, 2016).

Dias e Bregagnol (2010) apontam que o aparecimento de dor pode ser devido ao procedimento de mastectomia ser muito invasivo, ocorrendo modificações musculoesqueléticas que precedem a retirada de um tecido. Podem ocorrer, também, distúrbios de cicatrização após o procedimento, formando uma cicatriz rígida. Essas variações geram uma insuficiência de independência funcional e dificultam o desempenho de atividades cotidianas das mulheres mastectomizadas. No estágio tardio, podemos deparar com capsulite adesiva do ombro ou ombro congelado e linfedema, sendo as lesões nas veias e na artéria axilar, o que causa maior complicação, que devem ser identificadas rápido para evitar complicações tardias.

A fisioterapia oncológica precoce tem desempenhado um papel importante na prevenção e redução dos efeitos adversos do tratamento do câncer de mama. É importante na reabilitação, prevenção e recuperação de movimentos do membro superior no pós-operatório, contribuindo com a melhoria da consciência corporal e com as orientações para as atividades diárias. Existem inúmeros recursos da fisioterapia que são empregados no pós-operatório do câncer de mama, dentre eles estão a cinesioterapia, a terapia manual e o complexo descongestivo da fisioterapia. Desta forma, o presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão narrativa da literatura sobre a eficácia do tratamento fisioterápico no pós-operatório de mulheres mastectomizadas decorrente de câncer de mama e, sendo assim, analisar a qualidade de vida após tratamento.

2 | METODOLOGIA

Este estudo consiste em uma revisão narrativa da literatura feita por meio de uma abordagem geral de evidências científicas relacionados ao tema. As buscas dos artigos para serem selecionados foram realizadas nos meses de março e abril de 2020, por meio das seguintes bases de dados: PEDro (Physiotherapy Evidence Database), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), PubMed, nos idiomas inglês e português.

Os descritores utilizados para a busca foram “breast cancer”, “post mastectomy and physiotherapy”, mastectomy, em inglês e “câncer de mama”, “pós-operatório de mastectomia”, “fisioterapia oncológica precoce”, “atuação profissional”, fisioterapia,

reabilitação, “complicações pós-operatórias”, linfedema, em português. Inicialmente foram selecionados e analisados os títulos condizentes com o tema e se estivessem de acordo com a temática, os resumos foram lidos.

Foram selecionados artigos originais de desenho experimental, quase experimental e revisões sistemáticas. Para tal seleção, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos dez anos, redigidos em inglês e/ou português, que apontasse o tratamento fisioterapêutico em mulheres submetidas à mastectomia decorrente ao câncer de mama.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo teve como finalidade realizar uma revisão narrativa da literatura sobre diversos tratamentos fisioterápicos no pós-operatório de mulheres mastectomizadas e analisar a eficácia dos resultados relativa à qualidade de vida após os tratamentos.

A princípio, a busca na literatura resultou em 34 artigos distribuídos entre revisão da literatura e ensaios clínicos. Após análise criteriosa dos artigos foram selecionados 09 artigos que abordavam o tema câncer de mama e o seu tratamento. Os demais artigos foram excluídos por não abordarem nenhum tipo de tratamento fisioterapêutico para a recuperação pós-cirúrgica mamária.

Após a análise dos artigos selecionados, foram utilizados 09 artigos com abordagens clínicas que incluem os seguintes tratamentos: cinesioterapia, massoterapia, drenagem linfática manual (DLM), exercícios dinâmicos e fisioterapia aquática (hidroterapia).

Os achados dos artigos em estudo foram sintetizados na tabela 1 a seguir:

Autores	Grupos Estudados	Tratamento Executado	Resultados
OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2010.	Grupo Fisioterapia (GF) com 28 mulheres, onde foi usado a fisioterapia durante a radioterapia. Idade entre 40 a 59 anos.	Cinesioterapia: realização, em média, de 18 sessões com duração de 45 minutos cada, 3 vezes por semana.	A realização de exercícios para membros superiores trouxe benefício para a qualidade de vida durante e seis meses após a radioterapia, para o grupo GF.
	Grupo Controle (GC) com 27 mulheres, onde não usou a fisioterapia durante a radioterapia. Idade entre 40 a 59 anos.	Somente radioterapia.	

Autores	Grupos Estudados	Tratamento Executado	Resultados
MOREIRA & PIVETTA, 2012.	Grupo 1 (cinesioterapia): 2 mulheres submetidas a mastectomia radical modificada tardia unilateral; idade média de 48,5 anos.	Cinesioterapia: alongamento e exercícios dinâmicos, com realização de 8 sessões de 45 minutos cada, duas vezes por semana.	Os dois grupos apresentaram resultados positivos relativo à amplitude de movimento do ombro e força respiratória, porém, o grupo submetido à cinesioterapia apresentou resultados mais relevantes.
	Grupo 2 (massoterapia): 2 mulheres submetidas a mastectomia radical modificada tardia unilateral; idade média de 52 anos.	Massoterapia na região cicatricial e áreas adjacentes, com realização de 8 sessões de 45 minutos cada, duas vezes por semana.	
RETT <i>et al.</i> , 2012.	39 mulheres submetidas à mastectomia; idade média de 50 anos.	Cinesioterapia: realização de 20 sessões de fisioterapia, realizada três vezes por semana, em atendimentos individuais, com duração média de 60 minutos.	Verificou-se redução da intensidade de dor quando comparada a 1ª com a 10ª sessão e, também, um aumento significativo da ADM. A cinesioterapia melhorou a ADM e reduziu a dor no MS, especialmente no início da intervenção, evidenciando a importância da abordagem inicial da fisioterapia.
CECCONELLO, SEBEN & RUSSI, 2013.	1 mulher submetida à mastectomia radical, com linfadenectomia axilar. Idade: 52 anos.	Drenagem linfática manual e cinesioterapia: realização de 8 sessões, durante um mês, duas vezes por semana, com duração média de 50 minutos.	Como resultado, constatou-se diminuição do linfedema e aumento da amplitude articular, com menor grau de dor.
GIMENES <i>et al.</i> , 2013.	Grupo de Estudo (GE): 5 mulheres submetidas à mastectomia unilateral ou bilateral, parcial ou total; idade média de 58,5 anos.	Fisioterapia aquática (hidroterapia): realização 2 vezes por semana, 40 minutos por sessão.	Tanto a fisioterapia aquática quanto a de solo, foram eficientes na melhora da postura de mulheres mastectomizadas, comprovando maior efetividade nas alterações posturais ântero-posteriores no grupo água e látero-laterais no grupo solo.
	Grupo Controle (GC): 10 mulheres submetidas à mastectomia unilateral ou bilateral, parcial ou total; idade média de 58,5 anos.	Fisioterapia de solo: realização 2 vezes por semana, 40 minutos por sessão, caminhada, alongamentos, pompage, relaxamento e massagem.	

Autores	Grupos Estudados	Tratamento Executado	Resultados
BELLÉ & SANTOS, 2014.	Foram selecionadas 7mulheres submetidas à mastectomia; idade entre 31 a 62 anos.	Fisioterapia aquática em grupo:realização duas vezes por semana, durante 7 semanas, totalizando 14 sessões, com duração de 50 minutos cada sessão.	Em relação à amplitude de movimento de ombro, as participantes obtiveram melhora significativa em todos os movimentos.
ZHANG <i>et al</i> , 2016.	Grupo Exercício Físico (EF): 500 mulheres submetidas à mastectomia radical modificada. Sem dados sobre idade. Grupo Drenagem Linfática Manual (DLM): 500 mulheres submetidas à mastectomia radical modificada. Sem dados sobre idade.	Apenas exercícios físicos: realização 3 vezes ao dia por 15 minutos cada sessão. Drenagem linfática auto manual e exercícios físicos: realização 3 vezes ao dia por 30 minutos cada sessão.	Os pacientes do grupo DLM experimentaram melhoras significativas na cicatriz, contratura, abdução do ombro e circunferência do membro superior. A auto-DLM, em combinação com os exercícios físicos, é benéfica para prevenção da formação de cicatrizes pós-mastectomia e linfedema.
RETT <i>et al.</i> , 2017	33 mulheres submetidas a mastectomia ou quadrantectomia associada à linfadenectomia axilar de três níveis. Sem dados sobre idade.	Exercícios dinâmicos: realização de 10 sessões de exercícios dinâmicos, distribuídas em 3 sessões de 60 minutos semanais.	Aumento significativo na ADM de todos os movimentos após a fisioterapia, mas a flexão, abdução e rotação lateral ainda estavam inferiores em relação ao membro controle.
SCHLEMMER, FERREIRA & VENDRUSCULO, 2019.	5 mulheres mastectomizadas, todas submetidas à mastectomia radical e 1 à mastectomia bilateral (radical e radical modificada); idade entre 45 a 59 anos.	Fisioterapia aquática: realização de 12 sessões de exercícios propostos com duração de 6 semanas, sendo essas sessões realizadas 2 vezes por semana durante 46 minutos cada.	Houve melhora na amplitude de movimento e diminuição relativa do edema, e, conseqüentemente, melhora na funcionalidade e qualidade de vida.

Tabela 1- Características dos estudos clínicos selecionados

Fonte: Pesquisa própria.

Segundo Moreira e Pivetta (2012) a utilização dos tratamentos fisioterapêuticos com cinesioterapia e massoterapia são recursos eficazes para o aumento de ADM no ombro homolateral e força muscular respiratória das pacientes após mastectomia. O Grupo 1,

que utilizou a cinesioterapia, e o Grupo 2, que utilizou a massoterapia na região cicatricial e áreas adjacentes, foram avaliados pré e pós-tratamento, sendo possível detectar a obtenção de resultados positivos, com melhora funcional, em ambos os grupos. O Grupo 1 teve melhora mais significativa no ganho de ADM da articulação do ombro, exceto nos movimentos de abdução e rotação lateral. Também obteve melhor resultado nos valores de pressão inspiratória e expiratória. Portanto, os autores concluíram que a cinesioterapia é melhor que a massoterapia. Entretanto, ressaltam a importância de desenvolver mais pesquisas nessa área com um número maior de amostras.

Oliveira *et al.* (2010) realizaram um ensaio clínico randomizado para analisar a qualidade de vida de mulheres submetidas a exercícios e também a radioterapia (RT). No Grupo Fisioterapia (GF), foi usada a cinesioterapia para os MMSS, com 19 tipos de exercícios realizados com ambos os membros. Os autores observaram que a comparação emocional obtida demonstrou um melhor comportamento do GF em relação ao Grupo Controle (GC). O GF teve uma melhora constante ao longo das avaliações, enquanto o GC teve uma melhora apenas após a RT. E, após 6 meses da RT, essa melhora só se manteve para o grupo GF.

Para Rett *et al.* (2012), a fisioterapia é de extrema importância no restabelecimento das funções dos membros superiores (MMSS) após a cirurgia para o tratamento do câncer de mama. Os autores realizaram um estudo que teve como objetivo verificar a amplitude de movimento (ADM), a intensidade de dor no membro superior (MS) ipsilateral ao local da cirurgia, observando e determinando as mudanças ocorridas antes, durante e depois do processo de estudo com o programa de fisioterapia, sendo usada a cinesioterapia como forma de tratamento. As comparações referentes aos resultados foram realizadas antes de começar as manobras fisioterapêuticas, na 10^a sessão e na 20^a sessão. Durante o tratamento, quando houve a comparação do início para a 10^a sessão e para a 20^a sessão, observou-se uma melhora significativa em relação à ADM em todas as voluntárias. Houve, também, uma diminuição considerável da intensidade de dor avaliada pela EAV no membro superior ipsilateral depois da 10^a sessão. Os mesmos valores se mantiveram, quando foi realizada a análise dos resultados da 20^a sessão. Das 39 mulheres que participaram do estudo, 5 delas revelaram a ausência de dor depois das 20 sessões do tratamento com a cinesioterapia. Esse estudo comprovou a eficácia da fisioterapia como tratamento de restabelecimento das funções dos MMSS, e a cinesioterapia, como método fisioterapêutico, teve como resposta positiva o aumento da ADM e a redução da dor no membro superior ipsilateral ao local da cirurgia como tratamento do câncer de mama.

No estudo de Cecconello, Sebben e Russi (2013) verificou-se que os resultados obtidos foram um leve aumento da força muscular, porém, a paciente notou melhora na resistência e força muscular de ambos os membros. Portanto, os autores demonstram que sua proposta auxiliou na melhora clínica e funcional da paciente na ADM de ombro, força e resistência e redução da dor e do linfedema, através da cinesioterapia juntamente com

a DLM. Ressaltam que o número de sessões foi limitado, porém, foi observada melhora objetiva e subjetiva no quadro da paciente.

A DLM foi tema de um estudo realizado por Zhang *et al.* (2016), no qual as pacientes de ambos os grupos foram acompanhadas por 3 meses, sendo monitorados 3 parâmetros principais: status da formação de cicatrizes, extensão linfedema e abdução máxima do ombro. Nenhuma formação óbvia de cicatriz foi observada em pacientes de qualquer grupo em 1 mês após a cirurgia. No terceiro mês após a cirurgia, apenas 4 pacientes no Grupo DLM desenvolveram contratura cicatricial, enquanto 12 desenvolveram contratura cicatricial no Grupo EF. No Grupo EF, 48 e 75 pacientes tiveram contratura cicatricial aos 6 meses e 1 ano, respectivamente, enquanto no grupo DLM, o número permaneceu entre 3 e 4 durante o mesmo período. Assim, os autores sugerem que DLM combinada com exercícios físicos, é mais eficaz na prevenção da formação de cicatrizes no local da incisão e reduz significativamente o linfedema após a cirurgia do que apenas exercícios físicos.

Para alguns autores, o exercício físico é mais eficaz para a melhora da ADM. Rett *et al.* (2017) reportaram que após as 10 sessões de fisioterapia, a ADM do membro superior homolateral teve uma significativa melhora, mas em comparação com o membro superior contralateral, os movimentos de flexão, abdução e rotação lateral permaneceram menores. Dessa forma, foi concluído que as 10 sessões de fisioterapia tiveram uma significativa melhora na ADM, mas não o suficiente para a melhora completa. Os autores acreditam que um acompanhamento a longo prazo possa melhorar ainda mais sua funcionalidade e sua ADM.

Outro tema de estudos realizados para a melhora de ADM e qualidade de vida pós-mastectomia é a fisioterapia aquática. Gimenes *et al.* (2013), verificaram que, tanto a fisioterapia aquática quanto a de solo, foram eficientes na melhora da postura de mulheres mastectomizadas, comprovando maior efetividade nas alterações posturais ântero-posteriores no Grupo de Estudo, e látero-laterais no Grupo Controle.

Bellé e Santos (2014) também mostraram que a utilização da fisioterapia aquática é benéfica para o ganho de ADM ativa e passiva do ombro de mulheres mastectomizadas, sendo observados resultados significativos em todas as ADM ativas e passivas do ombro ipsilateral ao local da mastectomia. Portanto, a fisioterapia aquática tem grande impacto na reabilitação de pacientes mastectomizadas com ganho de ADM de ombro.

Também, em um estudo recente realizado por Schlemmer *et al.* (2019), a fisioterapia aquática foi utilizada como um recurso para a recuperação da qualidade de vida e da funcionalidade do membro superior das mulheres submetidas ao procedimento cirúrgico e obtiveram um resultado positivo no tratamento. Os autores verificaram melhora na ADM, diminuindo relativamente o edema, melhorando assim a qualidade de vida e a funcionalidade. Concluiu-se assim que a fisioterapia aquática trouxe grandes benefícios às pacientes, pois proporcionou um bem-estar psicossocial onde ofereceu um ambiente relaxante e permitiu um melhor convívio social, ou seja, a hidroterapia é uma boa proposta às

pacientes, pois além dos benefícios físicos e funcionais, contribui na melhora do emocional e conseqüentemente na qualidade de vida. Todas as variáveis analisadas apresentaram melhora, mesmo em um programa de fisioterapia aquática relativamente curto. A ADM e a funcionalidade foram as que mais apresentaram melhora, revelando que a fisioterapia aquática pode ter influenciado bastante, contando também com os princípios físicos da água. Considerando todos os resultados satisfatórios apresentados e, também, o fato de ser uma forma de terapia aquática, esse trabalho poderá incentivar novas pesquisas e o tratamento de diversas doenças.

Mulheres que são submetidas à mastectomia radical modificada têm grande chance de desenvolver complicações físicas e funcionais no membro superior homolateral à cirurgia, tais como diminuição da amplitude de movimento (ADM), aderência, fibrose tecidual e até mesmo ter comprometimento da função respiratória, dependendo o local da cicatriz, causando a diminuição da qualidade de vida após a cirurgia. Após análise criteriosa dos artigos que compõem essa revisão narrativa, ficou evidente que o tratamento fisioterapêutico é de suma importância para a reabilitação funcional de mulheres pós mastectomizadas (MOREIRA; PIVETTA, 2012; CECCONELLO; SEBEN; RUSSI, 2013; RETT *et al.*, 2017).

4 | CONCLUSÃO

A presente revisão narrativa avaliou os tipos e regimes de abordagens fisioterapêuticas mais eficazes na reabilitação funcional de mulheres mastectomizadas. Todos os tratamentos abordados nesse estudo obtiveram resultados eficazes, porém a cinesioterapia e a fisioterapia aquática (hidroterapia) apresentaram resultados mais relevantes na diminuição de dor, melhora da qualidade de vida, diminuição do edema e aumento da ADM dos membros superiores. As abordagens mais relevantes são as de alongamento e exercícios dinâmicos propostos com período de tratamento mínimo entre 4 a 7 semanas.

Os métodos fisioterapêuticos permanecem como tratamento muito eficiente em sua abordagem, não apenas como mecanismo de recuperação da doença, mas também na prevenção e controle. Desse modo, podemos dizer que a fisioterapia, com seus diversos modos de atuação, é eficaz na melhoria da qualidade de vida das mulheres mastectomizadas.

REFERÊNCIAS

ALVES, E. *et al.* Atenção fisioterapêutica no controle do linfedema secundário ao tratamento do câncer de mama: rotina do Hospital do Câncer III/Instituto Nacional de Câncer. **Revista Brasileira de Mastologia**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 4-8, jan. 2016. Disponível em: <https://www.mastology.org/wp-content/uploads/2016/03/MAS-v26n1_4-8.pdf>. Acesso em: 20 de abr. 2020.

BELLÉ, D. C. B.; SANTOS, R. V. Efeitos de um programa de fisioterapia aquática na amplitude de movimento de mulheres mastectomizadas. **Perspectiva**. Erechim, v. 38, Edição Especial, p. 17-25, mar./2014. Disponível em: <http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/1002_405.pdf>. Acesso em: 23 de maio de 2020.

BORCHARTT, T. B. Análise de imagens termográficas para a classificação de alterações na mama. Niterói, Rio de Janeiro. 2013. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:_vn4QMpEtQUJ:www.ic.uff.br/PosGraduacao/frontend-tesesdissertacoes/download.php%3Fid%3D573.pdf%26tipo%3Dtrabalho+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 22 de abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/abc-do-cancer-abordagens-basicas-para-o-controle-do-cancer>>. Acesso em: 11 de abr. 2020.

CECCONELLO, L.; SEBEN, V.; RUSSI, Z. Intervenção fisioterapêutica em uma paciente com mastectomia radical direita no pós-operatório tardio: estudo de caso. **FisiSenectus**. [S.l.], ano 1, Edição Especial, p. 35-42, 2013. Disponível em: <<https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/fisisenectus/article/download/1750/963>>. Acesso em: 24/05/2020.

COSTA, A. M. N. *et al.* Mulheres e a mastectomia: revisão literária. **Revista de Atenção à Saúde**. [S.l.], v. 13, n. 44, p. 58-63, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2713/1739>. Acesso em: 22 de abr. 2020.

DIAS, A. S.; BREGAGNOL, R. K. Alterações Funcionais em Mulheres Submetidas a Cirurgia de Mama com Linfadenectomia Total. **Revista Brasileira de Cancerologia**. [S.l.], v. 56, n 1, p. 25-33, 2010. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_56/v01/pdf/05_artigo_alteracoes_funcionais_linfadenectomia.pdf>. Acesso em: 18 de abr. 2020.

FARIA, L. As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 1, p. 69-87, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v17s1/05.pdf>>. Acesso em: 11 de abr. 2020.

FERREIRA, T. C. R.; OLIVEIRA, E. S. P.; TEIXEIRA, E. S. Atuação da fisioterapia no pós-operatório de mastectomia. Revisão sistemática. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. Três Corações, v.12, n.2, p. 765-776, ago./dez. 2014. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1533/pdf_254>. Acesso em: 28 de mar. 2020.

GIMENES, R. O. *et al.* Fisioterapia aquática e de solo em grupo na postura de mulheres mastectomizadas. **J Health Sci Inst**. São Paulo, v. 31, n. 1, p. 79-83, mar./nov. 2013. Disponível em: <https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/01_jan-mar/V31_n1_2013_p79a83.pdf>. Acesso em 24 de maio 2020.

KUMAR, V; ABBAS, A. K.; ASTER, J. C. **Robbins Patologia Básica**: 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MIGOWSKI, A. *et al.* Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II: Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, e00074817, jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000600502&lang=pt>. Acesso em: 16 de abril 2020.

MOREIRA, F.; PIVETTA, H. M. F. Efeitos da cinesioterapia e massoterapia sobre a funcionalidade do ombro e força muscular respiratória de mulheres mastectomizadas. **Fisioterapia Brasil**. [S. l.], v. 13, n. 4, p. 250-255, jul./ago. 2012. Disponível em: < <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/546/1126>>. Acesso em: 20 de maio 2020.

NASCIMENTO, F. B.; PITTA, M. G. R.; RÉGO, M. J. B. M. Análise dos principais métodos de diagnóstico de câncer de mama como propulsores no processo inovativo. **Arquivo de Medicina**. Porto, v.29, n.6, p. 153-159, dez. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v29n6/v29n6a03.pdf>>. Acesso em: 06 de abr. 2020.

NASCIMENTO, S. L. *et al.* Complicações e condutas fisioterapêuticas após cirurgia por câncer de mama: estudo retrospectivo. **Fisioterapia e Pesquisa**. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 248-255, jul./set. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ftp/v19n3/a10v19n3.pdf>>. Acesso em: 11 de abr. 2020.

OLIVEIRA, M. M. *et al.* Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. [S.l.], v. 18, supl. 2, p.146-157, dez. 2015. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rbepid/2015.v18suppl2/146-157/pt/>>. Acesso em: 19 de abr. 2020.

OLIVEIRA, M. M. F. *et al.* Exercícios para membros superiores durante radioterapia para câncer de mama e qualidade de vida. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**. Rio de Janeiro, v. 32, n.3, p. 133-138, mar. 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-72032010000300006>>. Acesso em: 19 de maio 2020.

RETT, M. T. *et al.* A cinesioterapia reduz a dor no membro superior de mulheres submetidas à mastectomia ou quadrantectomia. **Revista Dor**. São Paulo, v.13, n.3, p. 201-207, jul./set. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132012000300002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22 de maio 2020.

RETT, M. T. *et al.* *Physiotherapeutic approach and functional performance after breast cancer surgery*. **Fisioterapia em Movimento**. Curitiba, v. 30, n. 3, p. 493-500, jul./set. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502017000300493&lang=pt>. Acesso em: 19 de maio de 2020.

SCHLEMMER, G. B. V.; FERREIRA, A. D. M.; VENDRUSCULO, A. P. Efeito da fisioterapia aquática na qualidade de vida e na funcionalidade do membro superior de mulheres mastectomizadas. **Revista Saúde**. Santa Maria, v. 45, n. 3, set./dez. 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/39220/pdf>>. Acesso em: 17 de maio de 2020.

SOUSA, E. *et al.* Funcionalidade de Membro Superior em Mulheres Submetidas ao Tratamento do Câncer de Mama. **Revista Brasileira De Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 409-417, jul./ago./set. 2013. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/506>>. Acesso em: 20 de abr. 2020.

SOUZA, A.S.; NEVES, P. O. Complicações pós-cirúrgicas em mulheres submetidas à mastectomia. Dissertação. Universidade São Francisco, Bragança Paulista: Universidade São Francisco, 2016. 56p. Disponível em: <<http://lyceumonline.usf.edu.br/salavirtual/documentos/2730.pdf>>. Acesso em: 18 de abr. 2020.

TOWNSEND, C. M.; EVERS, B. M. **Atlas de técnicas cirúrgicas**: 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2011.

ZHANG L. *et al.* Combining Manual Lymph Drainage with Physical Exercise after Modified Radical Mastectomy Effectively Prevents Upper Limb Lymphedema. ***Lymphatic Research and Biology***. [S.l.], v. 14, n.2, p.104-108, jun. 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26824722/>>. Acesso em: 20 de maio 2020.

CAMPANHA DE TESTE RÁPIDO PARA INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: UMA EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Data de aceite: 03/10/2022

Jhulye Vieira de Sousa

Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Graduanda de Enfermagem

Kézia da Costa Falcão

Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Graduanda de Enfermagem

Débora Pena Batista e Silva

Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Graduanda de Enfermagem

Samilly Marques Ribeiro de Oliveira

Enfermeira, Especialista em Saúde da Família- Universidade Estadual do Ceará, graduada em enfermagem pela Universidade de Fortaleza- UNIFOR

Rocyane Isidro de Oliveira

Enfermeira, Especialista em Estratégia Saúde da Família com ênfase em Saúde pública- Faculdade Vale do Jaguaribe- FVJ

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Docente da Universidade Estadual do Ceará

RESUMO: A enfermagem tem um papel fundamental na triagem das doenças sexualmente transmissíveis nas redes de atenção à saúde, por meio do teste rápido. O enfermeiro é capaz de realizar a testagem,

informar o resultado e intervir em ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, bem como indicar tratamento adequado durante a consulta nas redes de atenção a saúde. Objetivo: relatar a experiência de bolsistas de extensão durante a campanha de teste rápido. Métodos: trata-se de um relato de experiência realizada em julho de 2018, em um ambulatório de Hospital Municipal de Retaguarda em Fortaleza, Ceará. Resultados: compartilhar conhecimentos sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e a importância do teste rápido é um desafio a ser enfrentado, que possibilita diagnóstico precoce e a busca pelo tratamento adequado. Considerações finais: a extensão universitária pode ampliar as experiências profissionais dos estudantes, especialmente no âmbito do enfrentamento das IST.

PALAVRAS-CHAVE: Relações Comunidade-Instituição. Práticas de Saúde. Doenças Transmissíveis.

1 | INTRODUÇÃO

O teste rápido é o método de diagnóstico distribuído pelo Sistema Único de Saúde (SUS), utilizado na detecção de anticorpos das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), como o HIV (vírus da imunodeficiência humana), hepatites B e C, e a Sífilis. É um procedimento rápido, sigiloso e gratuito. Essa estratégia é proposta pelo Ministério da Saúde que tem por objetivo ampliar o acesso da população ao diagnóstico das IST.

Para isso as campanhas são um fator

importante na atração do público influenciando a promoção de saúde, prevenção de agravos, informação aos usuários sobre os benefícios da testagem rápida, conhecimento sobre as doenças e a importância do tratamento adequado. É realizada por profissionais de saúde, enfermeiros, médicos, psicólogos, que cumprem os cinco momentos da testagem rápida: aconselhamento pré e pós teste, coleta, leitura e interpretação do resultado.

As IST são infecções causadas por microrganismos como vírus e bactérias que podem ser transmitidas pelo ato sexual desprotegido, seja anal, vaginal e oral com uma pessoa que esteja infectada, por acidentes com perfuro-cortantes, como também durante a gestação, parto e amamentação. As infecções como o HIV, Sífilis, Hepatites B e C, são silenciosas e por isso destaca-se a possibilidade de transmissão, mesmo que a pessoa não apresente nenhum sinal ou sintoma. Os principais sinais e sintomas das IST podem ser feridas, verrugas anogenitais e corrimentos, que aparecem principalmente na região genital, como também nas mãos, boca e olhos. Porém, algumas vezes, passam despercebidos pelo portador e quando há o diagnóstico, já está no estágio tardio da doença. Por isso as campanhas são importantes nas unidades de saúde para a triagem e o diagnóstico prévio.

Diante disso, durante atividades de extensão universitária, foi realizada campanha de testagem para as IST. Portanto o objetivo deste trabalho é: relatar a vivência de bolsistas de extensão, acadêmicas de enfermagem, durante a campanha de teste rápido no ambulatório de um hospital municipal de retaguarda com suporte exclusivo à assistência da saúde da mulher.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência ocorrida no mês de julho de 2018, em um ambulatório Hospital Municipal de Retaguarda em Fortaleza, Ceará, durante o período de vigência da bolsa de extensão “Apoio as puérperas no âmbito hospitalar: diálogos sobre saúde”. Os resultados são apresentados a partir da vivência das bolsistas de extensão. Salienta-se que os aspectos éticos foram respeitados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As bolsistas participaram do planejamento e execução das ações no hospital. Para elaborar a campanha as bolsistas aprofundaram seus conhecimentos sobre as IST, com treinamento junto às enfermeiras responsáveis pelo ambulatório, acerca das etapas da testagem, desde o aconselhamento pré-teste até a entrega dos resultados. A campanha teve duração de dois dias e foram atendidas 60 pessoas que aguardavam realizar consultas, e com funcionários do hospital. Foram organizadas três salas da unidade: duas para a coleta e outra para a entrega do resultado.

Participar do momento de pré-teste foi uma verdadeira aula de educação em saúde, pois é o momento que pode ser realizado em conjunto com diversos profissionais. No qual

se fala sobre o que são as infecções, medidas de prevenção, sintomatologias, quais os tratamentos e sobre a importância de se realizar o teste.

No aconselhamento pré-teste foi exposto sobre as infecções, preenchimento do termo de consentimento, e da ficha de atendimento. A coleta ocorreu por gotas de sangue da ponta do dedo, que são colocadas nos dispositivos de leitura, disquetes, que contêm antígenos fixados em um suporte sólido individual, sendo utilizada uma solução tampão para iniciar a leitura que ocorre de 20 a 30 min.

Os disquetes possuem duas linhas C e T que delimitam as áreas de controle e teste. Indica-se não reagente quando dispõe no disquete apenas a linha C, e reagente as linhas C e T, e inválido somente a linha T. Após a leitura preencheu-se ficha de resultado, e na entrega do resultado e realiza o aconselhamento pós-teste, indicando métodos de prevenção, busca do parceiro, indicação para o início do tratamento, e distribuição de preservativos.

A coleta pode ser realizada individual ou coletivamente. Nesta etapa foram utilizados quatro disquetes, um para cada tipo de teste, que são de fabricantes diferentes. Por isso as pipetas são diferentes para coletar a amostra de sangue e soluções tampões específicas para cada lote do laboratório.

A leitura foi realizada de 20 a 30 minutos, transcrita para a ficha de cada usuário que eram chamados para a entrega do resultado pelo enfermeiro. Preencheu-se a ficha de atendimento que é individual, na qual os pontos abordados são sigilosos. Salienta-se que as bolsistas realizaram educação em saúde durante todos os momentos, discutindo especialmente as IST com testes disponíveis: sífilis, hepatites B e C e HIV.

A sífilis é uma IST curável causada por uma bactéria, *Treponema pallidum*, que apresenta algumas manifestações clínicas e diferentes estágios: primário, secundário, latente e terciário. Pode ser transmitida pela relação sexual desprotegida e para a criança durante a gestação ou parto, chamada de sífilis congênita. O primeiro estágio, ou sífilis primária, apresenta uma ferida única em região genital que é rica em bactérias, porém não coça, não dói, não arde que logo desaparece, passando despercebida pelo portador. Na secundária, entre seis semanas e seis meses da ferida inicial, surgem manchas no corpo, geralmente palma das mãos e pés, febre, ínguas pelo corpo. A fase latente é variável e pode ser interrompida pelos sinais da fase secundária e terciária. Já na terciária, a sintomatologia pode surgir de dois a 40 anos da infecção inicial, apresentando lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas levando a morte. É uma doença de notificação compulsória e com 15.235 novos casos notificados no Brasil. **(BRASIL, 2018)**

Já as hepatites são um grave problema no Brasil e no mundo. Também são de notificação compulsória e trata-se da inflamação do fígado, que pode ser causada por vírus, uso de medicamentos, álcool ou drogas, sendo conhecidos cinco tipos (A, B, C, D, E). No Brasil os mais encontrados são a do tipo A, B, e C, doenças silenciosas que podem tornar-se crônicas. Em 2016, foram 14.199 novos casos de hepatite B, e 27.358 novos casos de

hepatite C. A forma de contágio das hepatites B e C deve-se pela relação sexual sem o preservativo, transmissão sanguínea (por lâminas, seringas, agulhas, alicates de unha), de mãe para o filho, durante gestação, parto ou amamentação. **(BRASIL, 2018)**

O HIV é a sigla para o vírus da imunodeficiência humana, que causa a AIDS. Esse vírus ataca o sistema imune do organismo diminuindo as células de defesa, linfócitos TCD4+. Ser portador do vírus não é o mesmo de ter a doença, podendo o indivíduo viver anos sem desenvolvê-la. Contudo pode transmitir o vírus durante as relações desprotegidas, acidentes perfuro-cortantes, compartilhamento de objetos contaminado, durante a gravidez e amamentação. No Brasil em 2017, 24,2% dos homens e 20,6% das mulheres tem diagnóstico tardio. **(BRASIL, 2018)**

Para prevenir as IST orienta-se o uso do preservativo, masculino ou feminino, em todas as relações sexuais, pois é o método mais eficaz, além de prevenir a gravidez. Com isso é importante salientar sobre a prevenção combinada que abrange: o uso do preservativo, a educação em saúde, a testagem rápida para o HIV, Sífilis, Hepatites B e C, a imunização para as hepatites, a profilaxia pós-exposição do HIV e alerta ao parceiro para encerrar a cadeia de transmissão que deve ser testado e tratado, com a orientação do profissional de saúde.

Nessa perspectiva, a experiência conseguiu unir a teoria exigida para que os bolsistas pudessem orientar as pessoas adequadamente, bem como a prática da realização do teste rápido e vivência de diálogos importantes com os usuários do hospital.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falar sobre infecções sexualmente transmissíveis e teste rápido para a comunidade é um desafio, visto que muitas pessoas não sabem sobre as IST e nunca fizeram os testes. Explorar esses assuntos permitiu trocas positivas entre a população e a equipe, constatando que a educação em saúde é um importante método na prevenção de doenças, pois possibilita a disseminação do conhecimento, busca de tratamento, melhorando a qualidade de vida para aqueles que são portadores e para os parceiros, o que influencia no controle dessas infecções.

Com isso vale salientar que a extensão universitária é o projeto no qual busca compartilhar experiências entre a comunidade e a universidade permitindo as bolsistas participarem ativamente durante todo o projeto, desenvolvendo boas práticas de saúde para a comunidade com promoção da saúde e prevenção de agravos, principalmente no âmbito das IST.

REFERÊNCIAS

Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais
MINISTÉRIO DA SAÚDE Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>> . Acesso em: 25 ago. 2018.

O que são IST disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist>>. Acesso em: 25 ago. 2018

Sintomas das IST disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist/sintomas-das-ist>>. Acesso em: 25 ago. 2018

SIFILIS disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist/sifilis>>. Acesso em: 25 ago. 2018

O que são Hepatites virais disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-hepatites-virais>>. Acesso em: 25 ago. 2018

O que é HIV disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>>. Acesso em: 25 ago. 2018

Painel de indicadores epidemiológicos disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/painel-de-indicadores-epidemiologicos>>. Acesso em: 25 ago. 2018

Unidade de Assistência, Unidade de Laboratório e Rede de Direitos Humanos da Coordenação Nacional de DST/Aids Ministério da Saúde

CAPÍTULO 8

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA/SEXUAL SEGUNDO RAÇA/ COR NO CONTEXTO DA PANDEMIA DO COVID-19: MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Data de aceite: 03/10/2022

Julia Verli Rosa

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola
de Enfermagem Anna Nery
Rio de Janeiro - RJ
<https://orcid.org/0000-0003-4118-5390>

Ana Luiza de Oliveira Carvalho

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola
de Enfermagem Anna Nery, Departamento de
Enfermagem Materno Infantil
Rio de Janeiro - RJ
<https://orcid.org/0000-0002-9261-9534>

Juliana da Fonsêca Bezerra

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola
de Enfermagem Anna Nery, Departamento de
Enfermagem Materno Infantil
Rio de Janeiro - RJ
<https://orcid.org/0000-0002-1894-8436>

Fernanda Martins Cardoso

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola
de Enfermagem Anna Nery
Rio de Janeiro - RJ
<https://orcid.org/0000-0001-7516-2328>

Natália Moreira Leitão Titara

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola
de Enfermagem Anna Nery
Rio de Janeiro - RJ
<https://orcid.org/0000-0002-5334-3096>

Ana Beatriz Azevedo Queiroz

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola
de Enfermagem Anna Nery, Departamento de
Enfermagem Materno Infantil
Rio de Janeiro - RJ
<https://orcid.org/0000-0003-2447-6137>

Maria Ludmila Kawane de Sousa Soares

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola
de Enfermagem Anna Nery
Rio de Janeiro - RJ
<https://orcid.org/0000-0002-3336-6485>

Aline Furtado da Rosa

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola
de Enfermagem Anna Nery
Rio de Janeiro - RJ
<https://orcid.org/0000-0002-4579-9114>

Luana Christina Souza da Silva

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola
de Enfermagem Anna Nery
Rio de Janeiro - RJ
<https://orcid.org/0000-0003-0635-6908>

RESUMO: A violência contra a mulher é considerada um problema de saúde pública, e violação dos direitos humanos, permeada de maneira física, psicológica, sexual, moral e patrimonial. Em decorrência da pandemia de COVID-19 tivemos um período marcado por medidas de isolamento social, e mensurar as tipologias de violência tornou-se ainda mais complexo e relevante. O Dossiê da mulher 2020, apresenta que os registros de violência doméstica aumentaram em diversos países pela convivência forçada, insegurança econômica e medo de contrair o vírus do SARS-COV-2. **OBJETIVO:** Descrever os registros dos casos de violência física, psicológica/moral e sexual contra as mulheres, segundo raça/cor, no município do Rio de Janeiro, no contexto da pandemia de COVID-19. **MÉTODOS:** Trata-se de uma

pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa. Os dados são secundários, extraídos do Sistema de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Utilizou-se como variável município de notificação, recorte temporal 2019 a 2021, violência física, psicológica/moral e sexual, por raça/cor. **RESULTADOS:** A notificação da violência contra mulheres, no município do Rio de Janeiro aumentou de 2019 para 2020 (60%) e diminuiu para 2021 (14%). Quando esta informação é estratificada por raça/cor torna-se mais evidente o aumento da notificação da violência no primeiro ano de pandemia, destacando a maior incidência em mulheres negras e pardas. **CONCLUSÃO:** As taxas de violência contra a mulher negra representam mais da metade dos casos quando comparado a outras raças. Vale destacar que a situação de vulnerabilidade resulta da desigualdade social, pobreza, racismo, sexismo e de outros marcadores presentes no contexto social das mulheres negras. Portanto, esse trabalho é imprescindível para fortalecer as medidas públicas já existentes e auxiliar cada vez mais essas mulheres.

PALAVRAS-CHAVE: Violência contra a Mulher; Covid- 19; Isolamento Social

DOMESTIC/SEXUAL VIOLENCE ACCORDING TO RACE/COLOR IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC: MUNICIPALITY OF RIO DE JANEIRO

ABSTRACT: Violence against women is considered a public health problem, and a violation of human rights, permeated in a physical, psychological, sexual, moral and patrimonial way. As a result of the COVID-19 pandemic, we had a period marked by measures of social isolation, and measuring the types of violence became even more complex and relevant. The Women's Dossier 2020 shows that records of domestic violence have increased in several countries due to forced coexistence, economic insecurity and fear of contracting the SARS-COV-2 virus. **OBJECTIVE:** To describe the records of cases of physical, psychological/moral and sexual violence against women, according to race/color, in the city of Rio de Janeiro, in the context of the COVID-19 pandemic. **METHODS:**This is descriptive research with a quantitative approach. The data are secondary, extracted from the Information System of the Unified Health System (DATASUS). Municipality of notification was used as a variable, time frame 2019 to 2021, physical, psychological/moral and sexual violence, by race/color. **RESULTS:** The notification of violence against women in the city of Rio de Janeiro increased from 2019 to 2020 (60%) and decreased to 2021 (14%). When this information is stratified by race/color, the increase in the notification of violence in the first year of the pandemic becomes more evident, highlighting the higher incidence in black and brown women. **CONCLUSION:** Rates of violence against black women represent more than half of the cases when compared to other races. It is worth noting that the situation of vulnerability results from social inequality, poverty, racism, sexism and other markers present in the social context of black women. Therefore, this work is essential to strengthen existing public measures and increasingly help these women.

KEYWORDS: Violence against Women; Covid-19; Social isolation.

INTRODUÇÃO

A violência se configura como um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil

e compreende a um acontecimento complexo e mutável, envolvendo algumas esferas como: questões culturais, sociais, ambientais, políticas e econômicas.

A violência foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) como o “uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações”. Neste trabalho trataremos da violência de gênero com ênfase nas tipologias: violência física, psicológica/moral e sexual em mulheres.

Devido a desigualdade de gênero e de poder dentro dos relacionamentos heterossexuais¹, a mulher representa a figura de maiores taxas de risco de violência. Ela pode ser definida como o emprego de força para atingir a si mesmo ou terceiros, por meio de força física, psicológica ou abuso de poder.

Desta forma, segundo a Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, a média diária de ligações recebidas pelo canal de denúncia (Ligue 180) de violência à mulher, foi de 3.045 ligações e 829 denúncias entre os dias 1º e 16 de Março, contra 3.303 ligações e 978 denúncias, entre os dias 17 e 25 do mesmo mês (MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS, 2020).

As consequências das violências para as mulheres são da ordem sexual, física e psicológica. Estas podem desencadear uma gravidez indesejada, infecções do trato reprodutivo e infecções sexualmente transmissíveis (IST). Apontando a lente para a sexualidade a longo prazo podem surgir alterações ginecológicas; e na esfera da saúde mental, os sintomas podem ser expressos pela depressão, pânico, somatização, tentativa de suicídio, abuso e dependência de substâncias psicoativas (Bezerra, et al, 2020).

Estes fatores estão relacionados ao enfrentamento da mulher às situações de violência vivenciadas, mas ainda existem os que transcendem a toda esta vulnerabilidade e que reflete no agressor, assim como na sociedade patriarcal marcada pelo machismo e o controle dos corpos das mulheres que levam ao feminicídio.

Dados da Organização das Nações Unidas (ONU), evidenciam que a cada 10 feminicídios registrados em 23 países da América Latina no ano de 2017, quatro ocorreram no Brasil (ONU, 2020). Contudo, o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde não permite identificar as razões do homicídio feminino, impossibilitando a classificação da morte como feminicídio.

Diante de todo o cenário de lutas para minimizar os indicadores e as repercussões da violência contra a mulher, em 2019, surgiu em Wuhan, na China o SARS-CoV2, agente causador da COVID-19 (BRASIL, 2020). Em março de 2020, a OMS declarou a COVID-19 como pandemia e instituiu as medidas essenciais para a prevenção e enfrentamento a serem adotadas, sendo a atuação mais efetiva contra o COVID-19 o isolamento social.

¹ Relacionamento entre indivíduos de sexos opostos.

De acordo com alguns estudos como apresenta Rauhaus e Sibila, crises sanitárias como a pandemia do COVID-19, agravam ainda mais a vivência das mulheres diante de situações de violência, pelo fato de que, muitas vezes essas vítimas acabam passando mais tempo com seus agressores, além delas estarem mais distantes da sua potencial rede de proteção. Já o Dossiê da mulher 2020, apresenta que os registros de violência doméstica aumentaram em diversos países pela convivência forçada, insegurança econômica e medo de contrair o vírus do SARS-COV-2.

Além das desigualdades socioculturais e econômicas, amparadas pelo patriarcado, o isolamento social trouxe de forma ainda mais evidente os casos de violência contra as mulheres (COUTINHO, 2020). Embora o Brasil tenha leis específicas para diminuir a violência doméstica e as mortes de mulheres por questões de gênero, a Lei Maria da Penha e a Lei do Feminicídio, Lei nº 13.104/2015, a subnotificação dos casos de violência ainda existe, e contribui para o agravamento do problema (COUTINHO, 2019).

Desta forma, as medidas protetivas de urgência no âmbito da Lei Maria da Penha, que são consideradas um importante instrumento de proteção à mulher vítima de violência doméstica e familiar encontra-se em oposição ao distanciamento social, destaca-se que, a lei prevê que, o agressor seja afastado do lar ou proibição de contato, e a mulher que sofreu violência é dada proteção, encaminhamento, junto com os dependentes, a um programa oficial de proteção ou mesmo a sua recondução ao seu domicílio (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, em 2020, ocorreu queda no registro de boletins de ocorrência no país, período marcado pelo início da pandemia. Infelizmente, a ausência e diminuição do número de boletins de ocorrência evidencia ainda mais a vulnerabilidade das mulheres, diante das dificuldades para realizarem queixas contra seus agressores, agravado pela situação da pandemia (FBSP, 2020).

Em março de 2022, António Guterres, o secretário-geral da ONU trouxe a perspectiva de que a violência contra a mulher foi e ainda é considerada a pandemia mais longa e mortal da humanidade, partindo do pressuposto que uma mulher é morta a cada 11 minutos por um parceiro ou familiar. O mesmo trouxe como pauta o debate sobre o papel de homens e meninos para auxiliar no combate à violência de gênero, frente ao crescente número de violência contra mulheres e meninas (ONU, 2022).

Sendo assim, este estudo tem como objetivo descrever os registros dos casos de violência física, psicológica/moral e sexual contra as mulheres, segundo raça/cor, no município do Rio de Janeiro, no contexto da pandemia de COVID-19.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, com a utilização de dados secundários, extraídos do SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação), disponibilizado pelo Sistema de Informática do Sistema Único de Saúde

(DATASUS), no endereço eletrônico (<http://www.datasus.gov.br>), que foi acessado em 2022. Este sistema tem como objetivo coletar, processar e disseminar informações sobre saúde pública no Brasil, de livre acesso.

Optou-se por consultar o DATASUS, por ser de fácil acesso, rápida e eficiente para a obtenção de informação em saúde. Por outro lado, ainda é uma base de dados pouco explorada e analisada como ferramenta para ações e pesquisas em saúde.

A população do estudo foi constituída por todos os casos de violência física, psicológica/moral e sexual, em mulheres, por raça/cor, notificadas no município do Rio de Janeiro no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2021. Para evitar erros de retardo de notificação, optou-se por analisar os dados disponíveis até dezembro de 2021, último ano em que constavam os dados completos.

A partir dos dados obtidos no DATASUS, foram construídas novas tabelas, por meio do Excel, e realizado análise estatísticas simples para obter a descrição do perfil dos casos notificados de violência contra a mulher. Por se tratar de um banco de dados de domínio público, não foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, foram notificados no ano de 2019, 7.281 casos de violência física, psicológica/moral e sexual, representando a maior quantidade de registros nos três anos estudados. A estratificação por regiões do país permite observar que houve uma redução no número de registros em valores absolutos na maioria das regiões, mas percebe-se um aumento de registro na região norte do país.

Na cidade do Rio de Janeiro, de acordo com a Tabela 1 e 2, os números de notificações de violência física, psicológica/moral e sexual em mulheres, de 2019 para 2020, aumentaram 60%. Este é um período marcado pelo início da pandemia COVID-19, algumas cidades entraram em *lockdown*, e em outras cidades houveram as campanhas de restrição de mobilidade urbana, estes foram alguns fatores que potencializaram a situação econômica instável no país. Nos anos de 2020 e 2021, houve uma reestruturação da sociedade mundial para o serviço remoto, aumentando assim o convívio das famílias, neste período o número de notificações diminuiu 14% em valores brutos.

Vale ressaltar que um desafio para os registros da violência de gênero, são as notificações, e acredita-se que, um dos empecilhos para realizá-las é o medo gerado pela denúncia que pode expor as mulheres a risco de morte (ONU MULHERES, 2020).

No que tange ao confinamento, além de culminar em desemprego e redução da renda de trabalhadores informais, devido ao fechamento de serviços não essenciais, também dificultou o acesso ao apoio social. Com o objetivo de se proteger do vírus SARS-CoV-2, onde o termo utilizado “ficar em casa” foi uma alternativa, pois era um local seguro.

No entanto, a realidade não é a mesma para todos, para muitas mulheres e filhos esse

espaço doméstico em confinamento, com redução das relações sociais e com o impacto financeiro no orçamento familiar revela-se como um local inseguro para estas mulheres. O poder exercido no controle das ações, dos gastos por este companheiro é marcado por ações machistas e que ressaltam o patriarcado na sociedade. Além disso, o acesso restrito ou inexistente de alguns serviços, pode ter causado privação de informação e até mesmo a subnotificação dos casos (SOUSA, DITTERICH, MELGAR-QUINÓNEZ, 2021).

Diante disso, vale destacar que, no Brasil, o número total de denúncias caiu de 8.440 em março de 2019 para 7.714 em março de 2020, uma redução de 8,6% (FBSB, 2020). Entende-se que as notificações despencaram neste período por limitações de acesso das mulheres aos serviços de saúde e segurança pública, o controle das ações destas mulheres mesmo que pelo uso do telefone e presencialmente (SOUSA, 2021).

Período	Sim	Não	Ignorado	Em Branco	Total
2019	17641	9748	281	730	28.400
2020	15.282	7.91	368	1.365	24.925
2021	10.086	5.245	193	674	16.198

Tabela 1 - Frequência de Notificações por Violência Física do Sexo Feminino por Unidade Federativa (Rio de Janeiro)

(FONTE: DATASUS, 2022)

Período	Sim	Não	Ignorado	Em Branco	Total
2019	6.744	19.896	584	1.176	28.400
2020	6.706	15.816	693	1.71	24.925
2021	4.369	10.531	292	1.006	16.198

Tabela 2 - Frequência de Notificações por Violência Física Psico/moral do Sexo Feminino por Unidade Federativa (Rio de Janeiro)

(FONTE: DATASUS, 2022)

Quando estratificamos os dados por raça/cor conforme a tabela 3, torna-se mais evidente o aumento da notificação da violência no primeiro ano de pandemia, destacando a maior incidência em mulheres negras e pardas. Para essas mulheres, em 2020 ocorreram 14.170 registros, correspondendo a 56,8% de todas as notificações na cidade do Rio de Janeiro.

Destaca-se que, a situação de vulnerabilidade vivenciada pelas mulheres no Brasil é produto das desigualdades social, econômica, educacional, habitacional, de renda e de gênero, presentes no contexto social atual. Tais marcadores são agravados quando interseccionados por raça/cor.

Período	Ign/Branco	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
2019	5.17	7.076	3.747	160	12.189	58	28.400
2020	3.902	6.651	3.754	146	10.416	56	24.925
2021	2.328	4.463	2.513	105	6.744	45	16.198

Tabela 3 - Frequência de Notificações por Raça do Sexo Feminino por Unidade Federativa (Rio de Janeiro)

(FONTE: DATASUS, 2022)

Neste trabalho estamos utilizando os dados disponíveis no DATASUS das notificações feitas referente aos casos de violência física, psicológica/moral e sexual em mulheres. Sendo assim, casos não notificados pelos profissionais de saúde ou aquelas vítimas por medo e/ou ameaças não conseguiram chegar a nenhuma instância não foram contabilizadas. Diante da necessidade do isolamento social, para o controle da pandemia COVID-19, os casos de violência contra as mulheres ficaram mais visíveis. De acordo com o diretor geral da OMS, a orientação foi que todos os países considerassem os serviços de combate à violência doméstica como essenciais, portanto era necessário manter o funcionamento durante a pandemia. Ressaltou que a subnotificação dos casos de violência já era um problema mesmo fora do contexto pandêmico (OMS, 2020).

No entanto, houve uma inquestionável queda nos registros policiais de ameaça, lesão corporal e violência sexual contra as mulheres, entre março e abril de 2020, porém os números de feminicídio aumentaram. Houve crescimento de 22,2% dos feminicídios em 12 estados, o estado em que se observa situação mais crítica é o Acre, onde o aumento foi de 300%, seguido do Maranhão com 166,7%, e Mato Grosso com 150% (FBSP, 2020; BUENO et al, 2021).

Tendo em vista, que a violência doméstica é um delito que envolve diversos sujeitos no âmbito da relação conflituosa, é oportuno uma integração da sociedade no enfrentamento dessa violência e também no processo de reeducação do agressor (SOUSA, 2021).

Diante desses fatos, o aparato a essas vítimas, no que se refere a perspectiva de segurança pública, não deve se pautar apenas nas medidas protetivas, cautelares, processuais e nas sanções penais convencionais, como prisão preventiva, prisão em flagrante e pena privativa de liberdade, mas também em políticas que sejam mais rápidas no oferecimento da necessária proteção à mulher durante a pandemia (SOUSA, 2021).

O desafio é o enfrentamento da violência contra mulheres, fenômeno que não ocorre apenas no Brasil, tem alcance mundial e afeta as mulheres de diferentes classes sociais, independente da sua raça ou cor. Com esse entendimento, no Rio de Janeiro, o Tribunal de Justiça recorreu a alguns dispositivos para o enfrentamento da violência contra mulheres durante o período de distanciamento social.

Alguns dispositivos já existiam no cenário nacional e foram adaptados e outros criados devido a especificidade do cenário pandêmico, desta forma, destaca-se alguns

exemplos: cartilha “Covid-19: confinamento sem violência”, capacitação on-line para Sinal Vermelho contra a Violência Doméstica em farmácias e drogarias de todo o país para que estes estabelecimentos se transformassem em mais um canal para as mulheres denunciarem os abusos e maus-tratos sofridos. Inauguração de novas Salas Lilás e Violeta criada para prestar atendimento especializado às vítimas de violência física e sexual. A Sala Lilás teve o atendimento ampliado durante a pandemia. Patrulha Maria da Penha na campanha “Confinamento sem Violência” que tem como objetivo esclarecer e estimular as vítimas de maus-tratos para que não se intimidaram durante o período de distanciamento social e denunciarem seus agressores; e o aplicativo Maria da Penha para acelerar medidas protetivas, permite que a mulher solicite à Justiça uma medida protetiva de urgência sem que precise sair de casa (PJRJ, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo identificou que os registros dos casos de violência física, psicológica/moral e sexual contra as mulheres, segundo raça/cor, no município do Rio de Janeiro, no contexto da pandemia de COVID-19 apontavam para uma redução das notificações o que é decorrente da limitação de acesso aos serviços de saúde e segurança pública. A vulnerabilidade que estas mulheres vivenciaram e ainda vivenciam de sofrerem violências, assim como as novas tipificações de violência durante o período pandêmico, exigem a atuação de políticas públicas protetivas e com alcance para todas as mulheres.

Entende-se que por mais que todas as mulheres estejam sujeitas a sofrerem violência, as mulheres pretas e pardas possuem o maior risco de permanecerem em relacionamentos violentos. Diante disto, temos que as mulheres negras hoje vivenciam os piores indicadores sociais, por serem mulheres e por serem negras.

Conforme o diretor geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, declarou, a Violência contra a mulher é endêmica em todos os países e cultura”, e torna-se imprescindível o fortalecimento das políticas públicas de combate a violência e acima de tudo a garantia de direito a notificação e proteção dessas mulheres (OMS, 2020) . Além disso, um melhor treinamento dos profissionais de saúde no que tange uma correta identificação e condução desses tipos de situações se faz necessária em todos os níveis de atenção da saúde para uma melhor articulação das redes de proteção dessa mulher.

Diante do exposto, é inegável a importância que o profissional de saúde tem na identificação e rastreio das mulheres em situação de violência com o intuito de orientar sobre os direitos dessas mulheres frente às redes intersetorial e intrasetorial à saúde, assim como fortalecer a redes de apoio familiar, religioso e social é fundamental para romper o ciclo da violência. No entanto, precisamos ir além, desafiar a mudar a estrutura dessa sociedade, machista e patriarcal, que protege os agressores e trabalhar com a prevenção para que estes casos não se repitam e as mulheres tenham os seus corpos e vidas preservadas.

REFERÊNCIAS

Bezerra, Juliana da Fonseca; Nascimento, Juliana Luporini; Jorge, Herla Maria Furtado ; Silva, Raimunda Magalhães da; Vieira, Luiza Jane Eyre de Souza. **Prática dos profissionais de saúde no atendimento da violência sexual em Campinas – SP. In: Meandros da atenção e gestão no enfrentamento das violências** [recurso eletrônico] / Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Antonio Rodrigues Ferreira Júnior, Verônica Maria da Silva Mitros. - Sobral: Edições UVA, 2020. pág. 228-249.

BRASIL, LEI Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. **Condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 de Setembro de 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 28/08/2022.

BRASIL. Lei 11.340 de 7 de agosto de 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm> Acesso em 26/08/2022

BRASIL. Lei nº 14.310 de 8 de março de 2022. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2022/lei/L14310.htm> Acesso em: 20/08/2022

BUENO, Samira, et al. Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil 2º edição. **Fórum Brasileiro de Segurança Pública**, 2019. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/publicacoes_posts/visivel-e-invisivel-a-vitimizacao-de-mulheres-no-brasil-2-edicao/> Acesso em: 28/08/2022.

COUTINHO, A. M. **Lei Maria da Penha: entre a teoria e a prática.** 1ª ed. Petrópolis: Literar, 2019. v.500.232p. Disponível em: <<https://acervodigital.ufrj.br/handle/1884/55382>> Acesso em: 07/09/2022.

Revista do Programa Avançado de Cultura Contemporânea. Ano XV, UFRJ, 2020. Disponível em: <<http://revistazcultural.pacc.ufrj.br/o-que-a-pandemia-nos-mostrou-mas-nos-ja-sabiamos/>> Acesso em: 07/09/2022.

CRESGHAW, k. **Documento para encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero** [internet]. Santa Catarina: Estudos Feministas; 2002 [cited 26 fev 22] 171p. Available from: <<https://www.scielo.br/fj/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 07/09/2022.

DELMORO, Isabela; VILELA, Sueli. **VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UM ESTUDO REFLEXIVO SOBRE AS PRINCIPAIS CAUSAS, REPERCUSSÕES E ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM.** Enfermagem atual, Minas Gerais, v. 96, n. 38, 2022. Disponível em: <<https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1273/1382>> Acesso em: 28/08/2022.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19.** São Paulo, 16 abr. 2020. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domesticacovid-19-v3.pdf>> Acesso em: 07/09/2022.

FRANCO, Juliana; LOURENÇO, Rafaela. **Assistência de Enfermagem prestadas às mulheres em situação de violência em serviços de emergência.** REE, Paraná, 18 de Janeiro de 2022. Disponível em: <Assistência de enfermagem às mulheres em situação de violência durante a pandemia da covid-19 | Santos | Enfermagem em Foco (cofen.gov.br)> Acesso em: 29/08/2022.

KRUG, E.G., et al. **World report on violence and health.** Geneva, World Health Organization, 2002. Available from: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12384003/>> Acesso em: 07/09/2022

MANSO, F.V. CAMPAGNAC, V. **Dossiê da mulher** [internet]. Rio de Janeiro: Rio Segurança; 2019 [cited 26 fev 22] 115p. Available from: <<http://www.isp.rj.gov.br/Conteudo.asp?ident=48>> Acesso em: 23/08/2022

OLIVEIRA, Adriana; LUCAS, Thabata; IQUIPAZA, Robert. **WHAT HAS THE COVID-19 PANDEMIC TAUGHT US ABOUT ADOPTING PREVENTIVE MEASURES?** Texto e contexto, Minas Gerais, v. 29, 2020. Disponível em: <www.scielo.br/j/tce/a/cgMnvhg95jVqV5QnnzfZwSQ/?lang=en> Acesso em: 28/08/2022.

ONU MULHERES. **“Fim da violência contra as mulheres”**. Disponível em: <<http://www.onumulheres.org.br/areas-tematicas/□m-da-violencia-contra-as-mulheres/>>.2020 Acesso em 07/09/2022.

ONU BRASIL. **“OMS classifica novo coronavírus como pandemia”**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Yhf1qvVfmRg>>2020. Acesso em 07/09/2022.

ONU. **Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU**. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/175711-violencia-contra-mulheres-e-pandemia-mais-longa-e-mortal-do-mundo-diz-secretario-geral-da>> Acesso em 05/09/2022.

SANTOS, Davydson, et al. **Assistência de enfermagem às mulheres em situação de violência durante a pandemia da COVID-19**. Enfermagem Foco, 2021. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/68266/37871>> Acesso em: 29/08/2022. .

SOUSA, L.R.M, DITTERICH, R.G, MELGAR-QUINÓNEZ H. **A pandemia de Covid-19 e seus entrelaçamentos com desigualdade de gênero, insegurança alimentar e apoio social na América Latina**. Interface (Botucatu). 2021; 25 (Supl. 1). Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/3XSRvG5ksSn6PR9KpjCtsjR/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 07/09/2022

SOUSA, H.J.F. **A violência doméstica contra a mulher e as repercussões da pandemia do coronavírus na segurança pública brasileira**. Revista da Defensoria Pública RS Porto Alegre, ano 12, v.1, n.28, p. 109-130, 2021. Disponível em: <<https://revista.defensoria.rs.def.br/defensoria/article/view/356>> Acesso em: 25/08/2022

World Health Organization. **Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women** [internet]. Policy Guideline: WHO; 2013; [cited 2016 Jan 20]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf ISBN 978 92 4 154859 5> Acesso em: 25/08/2022.

CAPÍTULO 9

INCIDÊNCIA DE DOR NA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E OS DIFERENTES NÍVEIS DE ANSIEDADE EM ACADÊMICOS DO CURSO DE FISIOTERAPIA DE UMA FACULDADE DO MARANHÃO

Data de aceite: 03/10/2022

Data de submissão: 06/08/2022

Thaiza Cortês de Mesquita

Faculdade de Educação São Francisco,
FAESF, Pedreiras, Maranhão
<https://orcid.org/0000-0002-2907-0139>

Ana Clara Lisboa dos Santos

Faculdade de Educação São Francisco,
FAESF, Pedreiras, Maranhão
<https://orcid.org/0000-0001-5400-630X>

Roberth Silva Oliveira Segundo

Faculdade de Educação São Francisco,
FAESF, Pedreiras, Maranhão
<https://orcid.org/0000-0002-3200-0967>

Yanna Eutalia Barbosa Figueredo Sousa

Faculdade de Educação São Francisco,
FAESF, Pedreiras, Maranhão
<https://orcid.org/0000-0002-9619-3673>

Valéria de Sousa Viralino

Faculdade de Educação São Francisco,
FAESF, Pedreiras, Maranhão
<https://orcid.org/0000-0003-4169-5948>

Naiana Deodato da Silva

Faculdade de Educação São Francisco,
FAESF, Pedreiras, Maranhão
<https://orcid.org/0000-0003-4169-5948>

Josiene Felix de Moura Macedo

Faculdade de Educação São Francisco,
FAESF, Pedreiras, Maranhão
<https://orcid.org/0000-0002-7303-1305>

Greice Lanna Sampaio do Nascimento

Faculdade de Educação São Francisco,
FAESF, Pedreiras, Maranhão
<https://orcid.org/0000-0001-7122-0914>

Sara Ferreira Coelho

Faculdade de Educação São Francisco,
Pedreiras, Maranhão
<https://orcid.org/0000-0002-2315-3902>

Lélia Lilianna Borges de Sousa Macedo

Faculdade de Educação São Francisco,
Pedreiras, Maranhão
<https://orcid.org/0000-0003-1108-6324>

Francisco Mayron de Sousa e Silva

Faculdade de Educação São Francisco,
Pedreiras, Maranhão
<https://orcid.org/0000-0002-3916-880X>

RESUMO: A disfunção temporomandibular (DTM) pode ser definida como um conjunto de alterações no sistema oral e mandibular, incluindo manifestações complexas da articulação temporomandibular (ATM), músculos mastigatórios e estruturas adjacentes. Geralmente, o sintoma mais comum que leva o indivíduo a procurar tratamento é a dor causada pelo movimento incorreto da mandíbula, que também pode interferir na abertura e fechamento da boca. O presente objetivou verificar a incidência de dor na ATM e sua relação com os níveis de ansiedade em acadêmicos do curso de fisioterapia de uma Instituição de Ensino Superior (IES) do Maranhão através de um estudo observacional, analítico, de corte transversal que buscou verificar a incidência de dor na ATM e sua

relação com a ansiedade. A amostra do estudo foi composta por 83 acadêmicos. Ao relacionar a dor na ATM com ansiedade, 5 estudantes apresentaram ansiedade leve (33,33%) e sentem dor na ATM, 4 com ansiedade moderada (40,00%), 5 ansiedade severa (35,71%) e aqueles que possuem um grau mínimo de ansiedade 6 (13,64%) possuem dor na ATM. Quanto ao níveis de ansiedade dos acadêmicos da pesquisa 18,07% possuíam ansiedade leve, 12,05% ansiedade moderada, 16,87 % possuem ansiedade severa. Em nível baixo a ansiedade pode auxiliar no desempenho positivo das atividades, porém em nível mais elevado faz com que apresente péssimos resultados, decorrentes de alterações na concentração e raciocínio do indivíduo. Este estudo traz como reflexão a importância de um olhar especial por parte dos profissionais de saúde, sobre os transtornos de ansiedade que vem com o passar dos anos e o desenvolvimento das DTMs.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno da articulação temporomandibular. Estudante. Ansiedade. Fisioterapia.

INCIDENCE OF PAIN IN THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT AND DIFFERENT LEVELS OF ANXIETY IN PHYSICAL THERAPY STUDENTS AT A COLLEGE IN MARANHÃO

ABSTRACT: Temporomandibular disorder (TMD) can be defined as a set of changes in the oral and mandibular system, including complex manifestations of the temporomandibular joint (TMJ), masticatory muscles and adjacent structures. Generally, the most common symptom that prompts an individual to seek treatment is pain caused by incorrect jaw movement, which can also interfere with opening and closing the mouth. The present objective was to verify the incidence of pain in the TMJ and its relation with the levels of anxiety in academics of the physiotherapy course of a Higher Education Institution (HEI) in Maranhão through an observational, analytical, cross-sectional study that sought to verify the incidence of TMJ pain and its relationship with anxiety. The study sample consisted of 83 academics. When relating TMJ pain with anxiety, 5 students had mild anxiety (33.33%) and feel TMJ pain, 4 with moderate anxiety (40.00%), 5 severe anxiety (35.71%) and those who have a minimum degree of anxiety 6 (13.64%) have TMJ pain. As for the anxiety levels of the research students, 18.07% had mild anxiety, 12.05% moderate anxiety, 16.87% had severe anxiety. At a low level, anxiety can help in the positive performance of activities, but at a higher level, it causes poor results, resulting from changes in the individual's concentration and reasoning. This study reflects on the importance of a special look on the part of health professionals, on the anxiety disorders that come over the years and the development of TMDs.

KEYWORDS: Temporomandibular joint disorder. Student. Anxiety. Physiotherapy.

1 | INTRODUÇÃO

As desordens temporomandibulares (DTMs) são um termo genérico que abrange um grupo de alterações ou irregularidades do sistema estomagnático, pois abrange um complexo de manifestações clínicas alusivas a articulação temporomandibular (ATM), músculos mastigatórios e estruturas adjacentes (KALLADKA; YOUNG; KHAN, 2021). A DTM apresenta uma etiologia complexa e multifatorial podendo ser desencadeada por fatores

predisponentes, como alterações na oclusão (SASSI et al., 2018), problemas relacionados ao estilo de vida contemporânea (ansiedade, estresse e depressão) (KLEYKAMP et al., 2021), ou anormalidades no disco intra-articular que podem estar associados à ocorrência de inflamações articulares, danos e dores musculares, ou espasmos (BUESCHER, 2007).

Pacientes com má oclusão normalmente podem demonstrar uma baixa na qualidade de vida e não conseguem desenvolver suas atividades com o nível de qualidade esperada. Na infância a má oclusão tem um peso na vida das crianças que sofrem por conta da aparência (MOREIRA et al., 2015). Anormalidades oclusais, como mordida aberta, ausência dentária, mordida cruzada, posição de relação central (RC) maior que 2 mm e interferências oclusais, estão descritos como fatores desencadeadores ou agravantes das DTMs (PAULINO et al., 2018).

Em geral, o sintoma mais comum e que leva o indivíduo a buscar um tratamento é a dor oriunda dos movimentos incorretos da mandíbula, que interferem na abertura e fechamento da boca em sua amplitude normal podendo ser associada a estalo unilateral (DONNARUMMA et al., 2010; VASCONCELOS; VENÂNCIO; SILVA, 2018). Os indivíduos apresentam um ou mais tipos de DTMs, onde não são descritos sintomas relacionados, devido à presença de sinais subclínicos, que o paciente na maioria das vezes não relata durante a consulta como a tensão emocional que pode resultar no aumento da atividade muscular e no surgimento de hábitos parafuncionais, levando a pequenos traumas da ATM e lesões na musculatura (MASSENA; FRASSETTO, 2015; PAULINO et al., 2018).

Um comportamento que causa dor e desconforto para o indivíduo, ou intensifica o quadro já apresentado, é o hábito constante de apertar os dentes e o bruxismo (bruxismo do sono), geralmente esses movimentos se intensificam durante o sono (BRITO et al., 2018; PONTES; PRIETSCH, 2019). As alterações de humor e dificuldade para concentrar-se são sinais subclínicos que estão interligadas as manifestações clínicas das DTMs, que em alguns casos passa despercebido no momento da consulta para diagnóstico da patologia (ARAUJO; ROMERO, 2015; KALLADKA; YOUNG; KHAN, 2021).

Problemas mentais, como estresse e ansiedade são comumente analisados em pacientes com DTM. A ansiedade faz com que o indivíduo torne-se hipersensível a dor, trazendo consigo alterações na qualidade do sono (DAHER et al., 2018). Alunos a caminho do vestibular apresentam-se como alvo em alerta para o desenvolvimento da DTM em virtude dos fatores emocionais, especialmente a ansiedade, que mostra-se prevalente durante essa jornada (GOYATÁ et al., 2010).

Além das DTM, as metodologias adotadas nas instituições de ensino superior, podem favorecer o aparecimento de quadros de níveis de estresse, depressão e ansiedade nos acadêmicos. A vida pessoal e os problemas que cada pessoa carrega ao entrar para a faculdade, pode vir a interferir na maneira como cada pessoa lida com os conflitos emocionais e momentos de estresse decorrentes da caminhada rumo à sua formação, e conseqüentemente a angústia e a ansiedade podem surgir no transcórre do curso de

graduação (SANTOS et al., 2021).

Em um estudo realizado por Medeiros; Bittencourt (2017) mostrou que a prevalência da ansiedade em universitários está presente em um nível alto, principalmente nas mulheres. E segundo Cardozo et al. (2016) é um dado bastante comum encontrar ansiedade nos universitários, pois segundo ele, a ansiedade se relaciona com vários elementos psicológicos e ambientais, pois é ela que é responsável para que o indivíduo esteja preparado para uma resposta em situações de perigo e medo.

Para reduzir as manifestações clínicas da DTM, a terapia manual busca através de manobras de manipulação, exercícios direcionados, mobilização, trabalhar o ganho de propriocepção, estimular o líquido sinovial e minimizar o quadro álgico. A associação de técnicas de tratamento com a reeducação das atividades do dia a dia pode ser de grande relevância na redução dos sintomas (PRIEBE; ANTUNES; CORRÊA, 2015).

Diante disso, a pesquisa apresentou a seguinte problemática: Qual a incidência de dor na articulação temporomandibular e sua relação com os níveis de ansiedade nos acadêmicos do curso de fisioterapia de uma IES particular do Maranhão?

O presente estudo tem por objetivo verificar a incidência de dor na articulação temporomandibular (ATM) e sua relação com os níveis de ansiedade nos acadêmicos do curso de fisioterapia de uma IES privada do Maranhão.

2 | METODOLOGIA

Estudo observacional, analítico, de corte transversal, de natureza básica que buscou verificar a incidência de dor na articulação temporomandibular e sua relação com a ansiedade. A população da pesquisa foi constituída por todos os alunos regularmente matriculados no curso de fisioterapia. A amostra do estudo foi composta por 83 acadêmicos do curso de uma Instituição de Ensino Superior (IES) do Interior do Maranhão-MA. Para o cálculo da amostra foi considerado um grau de confiança de 95% e uma margem de erro de 5% e Tamanho da população dado este obtido através de dados fornecidos pelo departamento de controle acadêmico da IES.

Foram inclusos na pesquisa os alunos matriculados no curso de fisioterapia da IES e que tinham pelo menos um período do curso completo, maiores de 18 anos e que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos da pesquisa os alunos que sofreram e autodeclararam ter sofrido algum trauma na face nos últimos 6 meses, que estavam em tratamento ortodôntico (aparelho fixo ou removível), alunos em tratamento ou que já realizaram tratamento para DTM ou, ainda, alunos que possuem neoplasias.

A coleta de dados foi realizada no mês de outubro de 2020 após a aprovação do CEP. Os instrumentos de pesquisa foram aplicados aos estudantes de Fisioterapia por meio de dispositivo eletrônico, através da plataforma digital Google Classroom®, em dia e horário

previamente agendado com os professores, sem que ocorresse prejuízo no aprendizado. Os alunos foram informados sobre a voluntariedade da sua participação, bem como da sua confidencialidade e anonimato dos dados coletados. O questionário ficou disponível para coleta do dia 20/10/2020 a 02/11/2020.

Para coleta de dados foi utilizado um questionário online através do Formulários Google® (<https://forms.gle/r8SE1q2YtnUE64fT9>), segundo procedimento adaptado de Kadoya et al. (2020). A pesquisa foi realizada usando um questionário com múltipla escolha composto pelo TCLE, critérios de inclusão, o questionário preconizado pela (AAOP) e o questionário Inventário Beck de Ansiedade (BAI).

Na introdução do questionário foi explicado aos alunos os objetivos do estudo e as condições de realização do mesmo, ou seja, a confidencialidade, o anonimato e o sigilo das respostas, considerando-se assim, que a resposta pressupunha o consentimento informado. Em seguida, o estudante abriu o questionário preconizado pela Academia Americana de Dor Orofacial (*American Academy of Orofacial Pain*) estruturado em dez perguntas direcionadas, com respostas sim/não, aos sintomas mais frequentes de dor orofacial e distúrbios da articulação temporomandibular (ALVES-REZENDE; SINIBALDI; BERTOZ, 2009). Após finalizar esta fase, em seguida o aluno teve acesso ao Inventário Beck de Ansiedade (BAI) que constitui um instrumento composto por 21 questões, com afirmações descritivas de sintomas de ansiedade e que foram validados pelo sujeito com referência a si mesmo. Ao finalizar as respostas do inventário, os estudantes enviaram os questionários preenchidos junto com o termo de consentimento para os pesquisadores, o link foi fechado e os dados coletados transferidos automaticamente para uma planilha do Excel® (KARINO; LAROS, 2014).

Foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Science* (SPSS) Versão 21.0 para tabulação dos resultados, onde os dados foram comparados e analisados. Utilizou-se também o *software* Microsoft Office Excel 2016 para construção dos gráficos e tabelas. Os dados foram apresentados como números absolutos e frequências. A análise estatística foi realizada por meio do teste *T de Student* visando a obtenção de amostras independentes.

Este estudo atendeu a todos os preceitos éticos e foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), recebendo aprovação pelo parecer número 4.348.787.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados são referentes a 83 acadêmicos do curso de fisioterapia de IES do maranhão onde os acadêmicos da amostra possuem a idade média de 22,39 ± 2,79. Na amostra, foram observadas que a grande maioria são pertencentes ao sexo feminino 80,72% (n=67) e apenas 19,28% (n=16) ao sexo masculino. Ao serem questionados sobre o estado civil, 70 (84,34%) são solteiros, e 12 (14,46%) são casados, ver tabela 1.

O estudo demonstra que grande maioria dos acadêmicos são pertencentes ao sexo feminino 80,72% (N=67). Estes achados corroboram com Badaró; Guilhem (2011) onde se evidencia a grande procura de mulheres pelo curso de fisioterapia. Trelha et al. (2007) observaram resultados semelhantes ao analisar o gênero de profissionais de fisioterapia, evidenciando um percentual de 70% a 80% de mulheres no exercício da profissão.

A integração do gênero feminino no mercado de trabalho tornou-se mais intensa na economia por volta dos anos 50. No Brasil a participação das mulheres no campo de trabalho alcançou a marca de 50% entre todos os trabalhadores em 2002 (MADALOZZO; MARTINS; SHIRATORI, 2010).

De acordo com Moreira (1999) na história da humanidade as relações de trabalho masculino se relacionam com à força física, já as mulheres estão ligadas a sensibilidade e a observação. Segundo Badaró; Guilhem (2011) justificando, em parte grande inserção das mulheres na fisioterapia por ser uma área que exige muita atenção e grande sensibilidade.

Conforme tabela 1, dentre os acadêmicos, 11 (13,25%) cursavam o segundo período, 4 (4,82%) o quarto período, 15 (18,07%) o sexto período, 33 (39,76%) o oitavo período, 7 (8,43%) nono período e 13 (15,66%) o décimo período, sendo grande maioria do oitavo período.

Variáveis	N	%
Idade		22,39 ± 2,79
Sexo		
Feminino	67	80,72%
Masculino	16	19,28%
Estado civil		
Casado	12	14,46%
Solteiro	70	84,34%
Divorciado	1	1,20%
Período		
2º	11	13,25%
4º	4	4,82%
6º	15	18,07%
8º	33	39,76%
9º	7	8,43%
10º	13	15,66%

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos acadêmicos do curso de fisioterapia de uma IES particular do maranhão.

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2020.

Na aplicação do questionário da Academia Americana de Dor Orofacial os resultados obtidos em nosso estudo corroboram com os resultados de Alves-Rezende et al. (2009) e Manfredi; Silva; Vendite (2001), sendo verificado através da ferramenta, desordens temporomandibulares na amostra em estudo.

Foi possível observar que 24,10% (n=20) dos acadêmicos tem dificuldade, dor ou ambas ao abrir a boca, 50,60% (n=42) dos acadêmicos perceberam ruídos na articulação de seus maxilares e 21,69%(n=18) perceberam alguma alteração recente na sua mordida. Destaca-se o grande percentual de acadêmicos com esses relatos, visto que a oclusão dental pode desempenhar um papel de cofator na predisposição ou perpetuar o aparecimento das desordens temporomandibulares, já que um encaixe dental instável pode levar a um desequilíbrio da musculatura mastigatória, sendo sobrecarregado o lado de preferência da mastigação (LEMOS et al., 2015).

Observa-se que 25,30% (n=21) apresentaram dor nas orelhas ou em volta delas, nas têmporas e bochechas, 42,17% (n=35) apresentaram cefaleia, dor no pescoço ou nos dentes com frequência. Para Manfredi et al. (2006) a presença de sintomatologia para dor orofacial, obtida por meio do questionário da Academia Americana de Dor Orofacial parece refletir o grau individual do forte componente motivacional responsável pelos reflexos de defesa, em que pesem as semelhanças anatômicas e fisiológicas.

Academia Americana de Dor Orofacial – Perguntas	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Você tem dificuldade, dor ou ambas ao abrir a boca, por exemplo, ao bocejar?	20	24,10%	63	75,90%	83	100,00%
Sua mandíbula fica “presa”, “travada” ou sai do lugar?	14	16,87%	69	83,13%	83	100,00%
Você tem dificuldade, dor ou ambas ao mastigar, falar ou usar seus maxilares?	10	12,05%	73	87,95%	83	100,00%
Você percebe ruídos na articulação de seus maxilares?	42	50,60%	41	49,40%	83	100,00%
Seus maxilares ficam rígidos, apertados ou cansados com regularidade?	20	24,10%	63	75,90%	83	100,00%
Você tem dor nas orelhas ou em volta delas, nas têmporas e bochechas?	21	25,30%	62	74,70%	83	100,00%
Você tem cefaleia, dor no pescoço ou nos dentes com frequência?	35	42,17%	48	57,83%	83	100,00%
Você sofreu algum trauma recente na cabeça, pescoço ou maxilares?	1	1,20%	82	98,80%	83	100,00%
Você percebeu alguma alteração recente na sua mordida?	18	21,69%	65	78,31%	83	100,00%
Você fez tratamento recente para um problema não-explicado na articulação mandibular?	2	2,41%	81	97,59%	83	100,00%

Tabela 2 – Resultado da aplicação do questionário da Academia Americana de Dor Orofacial que foi aplicado dos acadêmicos do curso de fisioterapia de uma IES particular do Maranhão.

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2020.

O gráfico 1 mostra os diferentes graus de ansiedade dos acadêmicos. Os níveis de ansiedade dos acadêmicos que foram avaliados através do Questionário Inventário de Ansiedade (BAI) apresentaram como resultado que 18,07% possui ansiedade leve, 12,05% ansiedade moderada e 16,87 % possuem ansiedade severa, sendo que 53,01 % dos estudantes apresentaram grau mínimo de ansiedade.

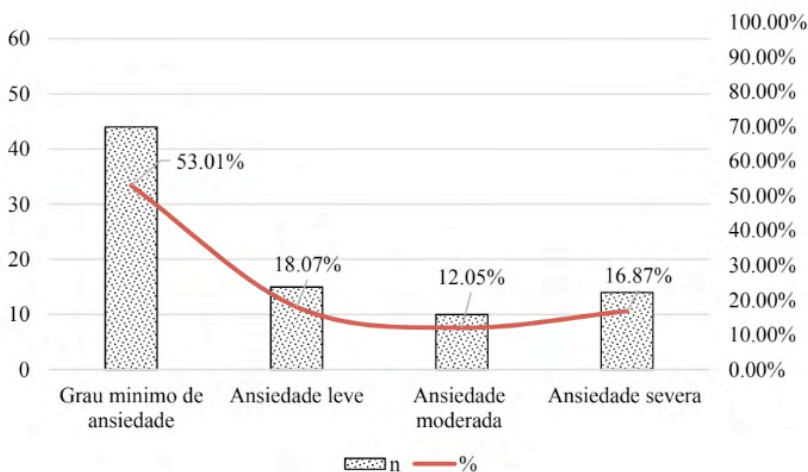


Gráfico 1- Resultados da aplicação do questionário inventário de ansiedade (BAI) onde foi classificado os graus de ansiedade.

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2020.

Na tabela 3 apresenta-se os dados referentes a parcela da amostra que apresentou relação da dor na ATM com a ansiedade. Ao relacionar os dados de dor na ATM com ansiedade ($p=0,12$) observou-se que 13,64% ($n=6$) dos acadêmicos apresentavam grau mínimo de ansiedade, 33,33% ($n=5$) apresentaram ansiedade leve, 40% ($n=4$) apresentaram ansiedade moderada e 35,71% ($n=5$) apresentaram ansiedade severa.

Em um estudos realizado por Martins et al. (2019) Ansiedade e Estresse (DASS-21 de acordo com as categorias de escala de ansiedade de Back, foram obtidos os seguintes resultados semelhantes demonstrando que assim como o nosso estudo, a população de acadêmicos de forma geral não possuem expressão alta de ansiedade grave. Em nível baixo a ansiedade pode auxiliar no desempenho positivo das atividades, porém em nível mais elevado faz com que apresente péssimos resultados, decorrentes de alterações na concentração e raciocínio do indivíduo (ALEXANDRE et al., 2014; GALLASCH et al., 2021; DUAN et al., 2022).

Diante do atual quadro pademico vivenciado, os estudos de Wang (2020) e Zukhra; Nauli; Konadi (2021) examinam a prevalência de ansiedade entre os alunos e identificam os fatores de risco relacionados que contribuem para a ansiedade, embora não se tenha

uma relação direta com as disfunções temporomandibulares Zukhra; Nauli; Konadi (2021) aponta, que mais de um em cada três alunos apresentavam ansiedade leve a grave, enquanto Wang et al. (2021) aponta uma prevalência de ansiedade entre alunos do ensino fundamental de 13,4% durante a pandemia de COVID-19 na China.

Diante dos dados apontados nesse estudo, percebe-se que boa parte da amostra apresenta algum traço de ansiedade. Os graus moderada e severa representam 28,92 % da população pesquisada. Segundo Szpak; Kameg (2013) cerca de 10% da população universitária apresentam esses graus semelhantes e o transtorno de ansiedade é o problema mais comum de saúde mental verificado entre os estudantes, promovendo a falta de interesse na aprendizagem, o mau desempenho nos exames e nos trabalhos acadêmicos.

Da mesma forma, Medeiros; Bittencourt (2017), analisando os fatores de ansiedade em alunos que ingressam no ensino superior, perceberam que a maioria dos alunos apresenta nível mínimo de ansiedade (62,7%), seguido de leve ansiedade (27,3%), ansiedade moderada (6,4%) e ansiedade severa (3,6%). No estudo realizado por Battistella et al. (2016) uma amostra de 71 pacientes, sendo 38 no grupo de estudo (GE) e 33 no grupo controle, a pesquisa foi desenvolvida através da aplicação do questionário da Academia Americana de Dor Orofacial e obteve como resultado respostas semelhantes sobre as dez perguntas do questionário.

Relação da dor na ATM com a ansiedade	DTM				TOTAL	
	SIM		NÃO		N	%
	N	%	N	%		
Grau mínimo de ansiedade	6	13,64%	38	86,36%	44	100,00%
Ansiedade leve	5	33,33%	10	66,67%	15	100,00%
Ansiedade moderada	4	40,00%	6	60,00%	10	100,00%
Ansiedade severa	5	35,71%	9	64,29%	14	100,00%

$p=0,12^*$

* = Diferença significativa a 5,0%; (1) = teste t-student

Tabela 3- Relação da dor na ATM com a ansiedade, onde foram verificados os graus de ansiedade e presença de dor na ATM.

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2020.

Como limitações do estudo, o n amostral pode dificultar a validação externa, a ausência do dado relacionado ao tempo de sintomatologia e a falta de acompanhamento prospectivo da população analisada.

Espera-se que outros estudos sejam desenvolvidos para investigar e obter informações mais acuradas sobre a relação da dor na ATM com a ansiedade, o que poderia contribuir no desenvolvimento de estratégias para promover qualidade de vida e melhora do desempenho dos acadêmicos.

4 | CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu analisar a incidência de dor na articulação temporomandibular e sua relação com os diferentes níveis de ansiedade em acadêmicos do curso de Fisioterapia, demonstrando ser um campo diverso de ampla exploração para o meio científico, especificamente para a Fisioterapia, como forma de contribuição para o diagnóstico precoce.

Diante dos resultados encontrados, conclui-se que a prevalência de universitários participantes do estudo pertenceu ao sexo feminino, com idade de 22,39±2,793, o estado civil que prevaleceu foi o solteiro e o período com maior participação foi o 8º.

Os resultados do estudo podem ser levados em consideração sobre a presença de ansiedade nos indivíduos com dor na articulação temporomandibular, podendo futuramente estabelecer uma avaliação dinâmica sobre a sintomatologia da DTM e a saúde mental dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, T. da S. et al. Disability in instrumental activities of daily living among older adults: gender differences. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 379–389, 2014.

ALVES-REZENDE, M. C. R.; SINIBALDI, J.; BERTOZ, F. A. Prevalence Study of Temporomandibular Sintomatology in. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 30, n. 1, p. 9–14, 2009.

ARAUJO, L. C. de; ROMERO, B. Pain: evaluation of the fifth vital sign. A theoretical reflection. **Revista Dor**, v. 16, n. 4, p. 291–296, 2015.

BADARÓ, A. F. V.; GUILHEM, D. Perfil sociodemográfico e profissional de fisioterapeutas e origem das suas concepções sobre ética. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 3, p. 445–454, set. 2011.

BATTISTELLA, C. B. et al. Intubação orotraqueal e disfunção temporomandibular: estudo longitudinal controlado. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 66, n. 2, p. 126–132, mar. 2016.

BRITO, A. C. M. et al. Prevalência de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular em crianças. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 46, n. Especial, p. 0–0, 4 jan. 2018.

BUESCHER, J. J. Temporomandibular Joint Disorders. **American Family Physician**, v. 76, n. 10, p. 1477–1482, 15 nov. 2007.

CARDOZO, M. Q. et al. Fatores Associados à Ocorrência de Ansiedade dos Acadêmicos de Biomedicina. **Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 2, p. 251–262, 7 out. 2016.

DAHER, C. R. de M. et al. Pain threshold, sleep quality and anxiety levels in individuals with temporomandibular disorders. **Revista CEFAC**, v. 20, n. 4, p. 450–458, 2018.

DONNARUMMA, M. D. C. et al. Disfunções temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar. **Revista CEFAC**, v. 12, n. 5, p. 788–794, 23 abr. 2010.

DUAN, H. et al. Research on sleep status, body mass index, anxiety and depression of college students during the post-pandemic era in Wuhan, China. **Journal of Affective Disorders**, 3 jan. 2022.

GALLASCH, D. et al. Variable levels of stress and anxiety reported by physiotherapy students during clinical placements: a cohort study. **Physiotherapy**, 17 dez. 2021.

GOYATÁ, F. dos R. et al. Avaliação de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular entre os acadêmicos do curso de odontologia da Universidade Severino Sombra, Vassouras-RJ. **IJD. International Journal of Dentistry**, v. 9, n. 4, p. 181–186, 2010.

KADOYA, Y. et al. Knowledge, perception, and level of confidence regarding COVID-19 care among healthcare workers involved in cardiovascular medicine: a web-based cross-sectional survey in Japan. **Journal of Cardiology**, n. July, 2020.

KALLADKA, M.; YOUNG, A.; KHAN, J. Myofascial pain in temporomandibular disorders: Updates on etiopathogenesis and management. **Journal of Bodywork and Movement Therapies**, v. 28, p. 104–113, 1 out. 2021.

KARINO, C. A.; LAROS, J. A. Ansiedade em situações de prova: evidências de validade de duas escalas. **Psico-USF**, v. 19, n. 1, p. 23–36, abr. 2014.

KLEYKAMP, B. A. et al. The prevalence of comorbid chronic pain conditions among patients with temporomandibular disorders: A systematic review. **The Journal of the American Dental Association**, 21 dez. 2021.

LEMOS, G. A. et al. Correlação entre sinais e sintomas da Disfunção Temporomandibular (DTM) e severidade da má oclusão. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 44, n. 3, p. 175–180, 2015.

MADALOZZO, R.; MARTINS, S. R.; SHIRATORI, L. Participação no mercado de trabalho e no trabalho doméstico: homens e mulheres têm condições iguais? **Revista Estudos Feministas**, v. 18, n. 2, p. 547–566, maio 2010.

MANFREDI, A. P. S.; DA SILVA, A. A.; VENDITE, L. L. Avaliação da sensibilidade do questionário de triagem para dor orofacial e distúrbios temporomandibulares recomendado pela Academia Americana de Dor Orofacial. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 67, n. 6, p. 763–768, 2001.

MANFREDTI, A. P. S. et al. Environmental stress and temporomandibular disorder (TMD) among members of a public university in Brazil. **Brazilian Journal of Oral Sciences**, v. 5, n. 18, p. 1074–1078, 2006.

MARTINS, B. G. et al. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, n. 1, p. 32–41, 13 maio 2019.

MASSENA, P.; FRASSETTO, S. S. Psychological aspects associated to temporomandibular dysfunction: a systematic review of the literature. **Aletheia**, n. 47–48, p. 169–182, 2015.

MEDEIROS, P. P.; BITTENCOURT, F. O. Fatores Associados à Ansiedade em Estudantes de uma Faculdade Particular. ID on line. **Revista de psicologia**, v. 10, n. 33, p. 42–55, 18 dez. 2017.

- MOREIRA, A. F. et al. Impacto da má oclusão na detenção decidua e permanente na qualidade de vida de crianças e adolescentes: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 72, n. 1–2, p. 1–12, jan. 2015.
- MOREIRA, M. C. N. Imagens no espelho de Vênus: mulher, enfermagem e modernidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 55–65, 1999.
- PAULINO, M. R. et al. Prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em estudantes pré-vestibulandos: Associação de fatores emocionais, hábitos parafuncionais e impacto na qualidade de vida. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 173–186, 2018.
- PONTES, L. da S.; PRIETSCH, S. O. M. Bruxismo do sono: estudo de base populacional em pessoas com 18 anos ou mais na cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190038, 29 abr. 2019.
- PRIEBE, M.; ANTUNES, A. G. F.; CORRÊA, E. C. R. Estabilidade dos efeitos da fisioterapia na disfunção temporomandibular. **Revista Dor**, v. 16, n. 1, p. 6–9, 2015.
- SANTOS, F. A. de L. et al. Relação da ansiedade e estresse no desempenho acadêmico em avaliações sob metodologia ativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, p. e15810917843, 23 jul. 2021.
- SASSI, F. C. et al. Oral motor rehabilitation for temporomandibular joint disorders: a systematic review Tratamento para disfunções temporomandibulares: uma revisão sistemática. **Audiol Commun Res**, v. 23, p. 1871–1872, 2018.
- SZPAK, J. L.; KAMEG, K. M. Simulation Decreases Nursing Student Anxiety Prior to Communication With Mentally Ill Patients. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 9, n. 1, jan. 2013.
- TRELHA, C. S. et al. O fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família em Londrina (PR). *Espaço saúde (Online)*, v. 8, n. 2, p. 20–25, 2007.
- VASCONCELOS, I. G. da S.; VENÂNCIO, G. N.; SILVA, F. B. da. Tratamento de disfunção temporomandibular com placa oclusal: relato de caso. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 7, n. 6, p. 2018, 17 jul. 2018.
- WANG, J. et al. Prevalence and associated factors of anxiety among 538,500 Chinese students during the outbreak of COVID-19: A web-based cross-sectional study. **Psychiatry Research**, v. 305, p. 114251, 1 nov. 2021.
- WANG, S. Spatial patterns and social-economic influential factors of population aging: A global assessment from 1990 to 2010. **Social Science and Medicine**, v. 253, n. April, p. 112963, 2020.
- ZUKHRA, R. M.; NAULI, F. A.; KONADI, A. Anxiety among nursing students during the Covid-19 pandemic: A web-based cross-sectional survey. **Enfermería Clínica**, v. 31, p. 580–582, 1 dez. 2021.

INTERVENÇÕES COMUNITÁRIAS PROMOTORAS DE UM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Data de aceite: 03/10/2022

Ana Sobral Canhestro

Instituto Politécnico de Beja - Portugal

RESUMO: As intervenções promotoras de um envelhecimento saudável surgem como uma prioridade devido às transições demográfica e epidemiológica de ocorrerem na segunda metade do século XX, principalmente nos países desenvolvidos. Esta promoção deve ser desenvolvida ao longo da vida, porque uma infância e uma idade adulta saudáveis são um fator importante para um envelhecimento saudável. Este capítulo apresenta uma análise secundária de dados de um estudo qualitativo que investigou intervenções promotoras de um estilo de vida saudável no Baixo Alentejo, Portugal. A partir da análise das entrevistas, destaca-se que a promoção de estilos de vida saudáveis faz parte das práticas desenvolvidas nas intervenções comunitárias. Os profissionais de saúde e os municípios estão empenhados na implementação de intervenções comunitárias de promoção da saúde, baseadas em políticas dirigidas ao ambiente físico e cultural e ao processo educativo das comunidades, promovendo a participação ativa, a capacitação e a equidade. As parcerias, a participação ativa dos cidadãos e a avaliação da eficácia são consideradas essenciais no desenvolvimento de intervenções comunitárias, apesar das dificuldades encontradas. A maioria das intervenções tem como participantes as crianças e as pessoas idosas, evidenciando

dificuldades na participação de pessoas em idade ativa.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento saudável, estilos de vida saudáveis, Comunidade, Intervenção.

ABSTRACT: Healthy aging interventions emerge as a priority due to the demographic and epidemiological transitions in the second half of the twentieth century, mainly in the developed countries. This promotion should be developed throughout life, because a childhood and healthy adult ages are an important factor for a healthy aging. This article presents a secondary analyses of data from a qualitative study that investigates healthy lifestyle interventions in Baixo Alentejo, Portugal. From the analysis of the interviews, it is highlighted that healthy lifestyles promotion is part of the practices developed in community interventions. Health professionals and municipalities are committed to implementing community interventions to promote health, based in policies addressed to physical and cultural environment and to the educational process of communities, promoting active participation, empowerment and equity. Partnerships, active citizen participation and evaluation of effectiveness are considered essential in the development of community interventions, despite the difficulties encountered. The majority of the interventions have as participants the children and the elderly, evidencing difficulties in the participation of people in active age.

KEYWORDS: Healthy aging, Healthy lifestyles, Community, Intervention.

INTRODUÇÃO

As intervenções de promoção da saúde são uma prioridade tendo em conta as transições demográfica e epidemiológica. A esperança de vida aumentou progressivamente nas últimas décadas e espera-se que continue a aumentar. Comumente associadas ao envelhecimento demográfico, as doenças não transmissíveis, tais como as doenças cardíacas, a pressão arterial elevada, o cancro e a diabetes são as principais causas de morbidade e mortalidade, tendo como consequência o aumento dos gastos em saúde e a redução da vida das pessoas idosas. Muitos estudos atuais sugerem que as doenças não transmissíveis podem não ser uma consequência necessária do envelhecimento se um estilo de vida mais saudável for adotado ao longo da vida. É reconhecido atualmente que um estilo de vida saudável parece ser mais influente do que os fatores genéticos na manutenção da saúde durante todo o processo de envelhecimento e que, embora o risco de doença e incapacidade aumente com a idade, a saúde deficiente não deve ser um resultado necessário do envelhecimento (Nuñez *et al.*, 2003; Oxley, 2009).

Embora a promoção de estilos de vida saudáveis deva ser desenvolvida ao longo da vida, a idade adulta e, em particular, a meia-idade devem ser o foco de intervenções específicas para uma efetiva promoção do envelhecimento saudável e para reduzir os fatores de risco de doenças não transmissíveis. No entanto, por estarem ocupados com múltiplas tarefas profissionais e familiares, os adultos de meia-idade participam pouco em intervenções de promoção da saúde e, apesar dos grandes benefícios da adoção de comportamentos promotores da saúde, nem sempre são capazes de incorporar e manter comportamentos saudáveis no seu dia-a-dia.

ENQUADRAMENTO

Portugal integra no presente a lista dos países mais envelhecidos do mundo e a região do Alentejo constitui, desde há vários anos, a região mais envelhecida de todo o território nacional, e apresenta também a percentagem mais elevada de pessoas com declínio do nível de saúde, como consequência de doenças agudas e crónicas (Santana, 2000; Santana *et al.*, 2008; INE, 2012).

O envelhecimento progressivo das nossas sociedades deve ser visto como um fenómeno positivo e uma oportunidade para que haja uma promoção efetiva da saúde ao longo do curso de vida (Runciman *et al.*, 2006), no entanto esta nova realidade é também um desafio para muitos sectores da sociedade e as projeções recentes preveem um aumento global da despesa pública relacionada com o envelhecimento da população, existe, no entanto, um consenso geral de que o impacto destes custos pode ser minimizado mantendo pessoas saudáveis, autónomas e independentes durante o período mais longo possível (Oxley, 2009; Davim *et al.*, 2010; Drennan *et al.*, 2005; Ming *et al.*, 2006).

O quadro político da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre o envelhecimento

compreende uma abordagem ao longo do curso de vida para o envelhecimento saudável, reconhecendo que as ações para garantir a qualidade de vida na velhice devem começar muito antes de uma idade mais avançada ser atingida.

No centro da manutenção ou melhoria da saúde do indivíduo, das famílias, dos grupos e das comunidades estão as atividades de promoção da saúde e de prevenção da doença. A promoção da saúde é o processo de permitir às pessoas aumentar o controlo sobre os determinantes da saúde e, assim, melhorar a sua saúde (OMS, 1986; Nutbeam, 1998). As evidências crescentes mostram que, para que as comunidades sejam eficazes e sustentáveis necessitam de mais do que informação, precisam de estar efetivamente envolvidas nas decisões sobre a implementação de intervenções para promover a saúde ou prevenir a doença (Rifkin, 2016). A participação é essencial para a efetividade das ações de promoção da saúde (Nutbeam, 1998). A promoção da saúde abrange não só ações direcionadas para o reforço das competências e capacidades dos indivíduos, mas também ações direcionadas para a mudança das condições sociais, ambientais e económicas de forma a influenciar a saúde pública e individual. Inclui intervenções políticas e sociais destinadas a mudar políticas e serviços, bem como a promover a responsabilidade pela saúde (Nutbeam, 1998).

Os princípios dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) estão articulados, desde 1978, na declaração de Alma-Ata assinada pelos Estados-Membros da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1978). Portugal é um dos países que tem estado determinado a pôr em prática os princípios dos CSP com excelentes resultados na maioria dos indicadores de saúde. Os CSP são hoje o pilar central do sistema de saúde português, assente numa rede de centros de saúde que abrange todo o país. Em 2005, Portugal iniciou uma reforma dos Cuidados de Saúde Primários e foram criados cinco tipos diferentes de pequenas equipas, chamadas unidades funcionais dos grupos de centros de saúde, sendo uma delas a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) que é coordenada pelos enfermeiros e tem como uma das suas tarefas específicas: proporcionar intervenções comunitárias em resposta às necessidades da comunidade (Biscaia *et al.*, 2008).

A declaração de Helsínquia sobre saúde em todas as políticas (OMS, 2013) reforça a ideia da ação intersectorial e da política pública saudável como elementos centrais para a promoção da saúde, para uma efetiva equidade na saúde e a concretização da saúde como um direito humano. A saúde em todas as políticas é uma abordagem das políticas públicas em todos os sectores que, tem sistematicamente em conta as implicações das decisões para a saúde, procura sinergias e evita impactos nocivos para a saúde, a fim de melhorar a saúde da população e a equidade em saúde. Implica a responsabilidade dos decisores políticos pelos impactos que as decisões políticas têm na saúde das populações, a todos os níveis. Inclui uma ênfase nas consequências das políticas públicas nos sistemas de saúde, determinantes da saúde e do bem-estar (OMS, 2013).

Para o desenvolvimento de intervenções comunitárias de promoção da saúde, é

fundamental construir parcerias entre os CSP e a administração local, bem como com as instituições da comunidade (por exemplo, escolas). O papel fundamental da administração local no combate aos determinantes sociais da saúde e nas intervenções de promoção da saúde tem sido cada vez mais reconhecido porque os municípios oferecem ambientes de apoio para uma vida saudável e também porque são por excelência os parceiros de outras organizações comunitárias e dos CSP, para a realização de intervenções de promoção da saúde (Loureiro & Miranda, 2010). Em Portugal, o envolvimento dos municípios em questões tradicionalmente relacionadas com o sector da saúde não é muito expressivo, e apenas desde a década de 1990, um número relativamente reduzido de municípios se começou a envolver explicitamente neste aspeto da vida dos cidadãos (Loureiro *et al.*, 2013).

A promoção da saúde em geral, e a promoção de um envelhecimento saudável em particular, é um processo em que a enfermagem comunitária desempenha um papel importante, garantindo sempre a participação ativa dos cidadãos e o envolvimento de todos os intervenientes relevantes. O trabalho dos enfermeiros comunitários está cada vez mais a dar ênfase à promoção de estilos de vida saudáveis ao longo da vida, a fim de um envelhecimento saudável. Trabalhar em parceria com grupos para alcançar uma compreensão profunda dos contextos locais pode ajudar os enfermeiros na construção de imagens das necessidades e pontos de vista relacionados com a saúde das pessoas (Manthorpe *et al.*, 2004; Runciman *et al.*, 2006; Ming *et al.*, 2006).

METODOLOGIA

Este capítulo apresenta uma análise secundária de dados de um estudo qualitativo (Canhestro, 2018) destinado a compreender, na perspetiva dos profissionais de saúde e representantes dos municípios, como a promoção de estilos de vida saudáveis é efetivada no Baixo Alentejo, Portugal. Foi desenvolvido com recurso a uma metodologia qualitativa: análise de conteúdo qualitativo das catorze entrevistas semi-estruturadas realizadas. Os principais entrevistados foram selecionados intencionalmente, com base no método de amostragem em bola de neve, sendo profissionais de saúde e representantes dos municípios, que foram identificados como tendo um papel importante no desenvolvimento de intervenções comunitárias de promoção da saúde.

As entrevistas semi-estruturadas foram conduzidas pela investigadora. Todas as entrevistas foram gravadas, após o consentimento dos participantes, e transcritas posteriormente. Foi utilizado o método de análise de conteúdo temático proposto por Bardin, resultando no processo de categorização (Bardin, 2009). Este método baseia-se na análise dos conteúdos descritos com base nas entrevistas, de forma a identificar as divergências e convergências dos sujeitos definidos e agrupá-los em categorias. Esta trajetória metodológica é organizada em três fases: Pré-análise; Exploração do material; e,

finalmente, Tratamento dos resultados: inferência e interpretação (Bardin, 2009).

A investigadora que conduziu as análises familiarizou-se com os dados transcritos, lendo várias vezes as transcrições com o objetivo de identificar os principais temas e subtemas. As questões-guia também auxiliaram na identificação de temas no processo de análise.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foi obtida a aprovação pela Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. A autora forneceu informações sobre o estudo a todos os participantes. Foi obtido o consentimento informado de todos os participantes, a quem foi garantido o sigilo e o seu direito de se recusarem a responder a qualquer pergunta ou a retirarem-se do estudo a qualquer momento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise das entrevistas, destaca-se que a promoção de estilos de vida saudáveis faz parte das práticas desenvolvidas tanto no contexto clínico nos CSP (consultas de Medicina e de Enfermagem) como no contexto das intervenções comunitárias. As escolas são o principal contexto comunitário onde essas intervenções são desenvolvidas, muitas vezes integradas no programa de saúde escolar e especialmente com o objetivo da promoção de uma alimentação saudável e da prevenção da obesidade infantil, como é amplamente recomendado (George, 2014). Estes resultados destacam a tradicional parceria entre Escolas e Centros de Saúde já referida por Loureiro *et al.* (2011), que salientam que o papel dos municípios na saúde tem sido residual, no entanto o alargamento das suas competências ao nível da Educação, possibilita um maior investimento dos municípios na promoção da saúde das comunidades, aspeto que é reforçado pelas conclusões do nosso estudo. Os profissionais de saúde da comunidade são os principais promotores de intervenções comunitárias para promover estilos de vida saudáveis, no entanto os municípios também desempenham um papel importante na promoção de atividades maioritariamente para a promoção da atividade física, atividades que implicam maiores investimentos em recursos humanos qualificados, espaços e equipamentos adequados, sendo reconhecido pelos profissionais entrevistados que a existência de condições que favorecem a prática da atividade física é, hoje, uma realidade em todos os concelhos do Baixo Alentejo.

A maioria das intervenções desenvolvidas pelos municípios são para crianças e pessoas idosas. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos portugueses (Loureiro *et al.*, 2011; Bárrios & Fernandes, 2014), sublinha-se que o envelhecimento da população, a complexidade e a natureza multidisciplinar da saúde estão a levar, cada vez mais, os municípios a intervir na área da promoção da saúde e da prevenção da doença.

As intervenções de promoção da saúde para pessoas de meia-idade e outros

adultos em idade ativa são menos frequentes e os profissionais reconheceram que este grupo populacional participa menos porque estão ocupados e, portanto, menos disponíveis e que, muitas vezes, o *timing* das intervenções não é compatível com a sua disponibilidade. As intervenções para promover a saúde das pessoas de meia-idade são consideradas cruciais, uma vez que se trata de um período importante na idade adulta, reconhecido como uma fase transacional dinâmica de desenvolvimento, com importantes mudanças de funções e do estado de saúde e onde são tomadas decisões importantes que terão impacto na vida posterior (Grossbaum & Bates, 2002; Fagulha, 2005; Papalia *et al.*, 2006), sendo importante um efetivo apoio profissional e acesso a informação que ajude na tomada de decisão (Manthorpe *et al.*, 2004). A meia-idade é onde, muitas vezes, têm início as doenças não transmissíveis tais como as condições cardíacas, a pressão arterial elevada, o cancro e a diabetes que são as principais causas de morbidade e mortalidade (Lachman, 2004), tornando-se numa etapa-chave para a prevenção e controlo dessas doenças (Darnton-Hill *et al.*, 2004). As intervenções preventivas e as intervenções de promoção de saúde podem direcionar-se para pessoas que estão de boa saúde, mas também para pessoas já com doença crónica e embora, a promoção da saúde e a prevenção da doença tenham origem em diferentes campos teóricos, na prática, as intervenções tendem a sobrepor-se (Wosinski *et al.*, 2016).

No que diz respeito ao género, neste estudo verificou-se que os homens participam menos do que as mulheres em intervenções comunitárias, aspeto que é corroborado por estudos internacionais (OMS, 2007; Papalia *et al.*, 2006; Zhang *et al.*, 2011).

Os inquiridos referem ainda as questões culturais, económicas e educativas como determinantes importantes da participação nas intervenções comunitárias. As questões económicas (muitas vezes relacionadas com o nível educacional) influenciam drasticamente os comportamentos de saúde e saúde das pessoas (Bicudo, 2009; Loureiro & Miranda, 2010; Pender *et al.*, 2011) e também a procura de cuidados de saúde (Loureiro & Miranda, 2010). Não é possível afirmar que existe uma relação direta entre a saúde e o nível educacional em todas as situações, pois nem sempre o conhecimento é sinónimo de adoção de estilos de vida saudáveis (Loureiro & Miranda, 2010), no entanto, reconhece-se que o nível educacional influencia a escolha dos comportamentos a adotar porque *“a capacidade de um indivíduo obter, processar e compreender a informação é essencial para ser um consumidor informado e para que possa tomar decisões adequadas para o autocuidado, a saúde e o bem-estar”* (Pender *et al.*, 2011, p. 267) mas também porque competências educacionais limitadas têm sido associadas a comportamentos de saúde negativos (por exemplo, pessoas com o nível mais baixo de educação consomem mais tabaco, álcool e substâncias ilícitas, efetuam menos atividade física, usam menos o cinto de segurança); a uma menor disponibilidade e acesso a serviços de saúde e a rastreios preventivos de saúde (por exemplo, vacinas contra a gripe, mamografias, colonoscopias), bem como uma menor adesão à terapêutica para o controlo de doenças crónicas e

consequentemente pior saúde e mortalidade mais elevada (Loureiro & Miranda, 2010; Pender *et al.*, 2011; Crisp *et al.*, 2014).

Os participantes no nosso estudo, descreveram uma gama interessante de parcerias colaborativas intersectoriais nas intervenções de promoção da saúde, maioritariamente iniciadas pelas equipas dos CSP. Os municípios e outras organizações comunitárias também procuram o sector da saúde como parceiro preferencial nas intervenções de promoção da saúde. Estas conclusões sugerem que os profissionais estão conscientes de que as intervenções desenvolvidas em parceria alcançam resultados de saúde ou resultados intermédios de saúde de uma forma mais eficaz, eficiente ou sustentável do que poderiam ser alcançados apenas pelo sector da saúde (Nutbeam, 1998; WHO, 2013). Resultados semelhantes foram encontrados por Runciman *et al.* (2006) que reforçam o importante papel que os enfermeiros comunitários têm nestas parcerias, que surgem como uma resposta estratégica às políticas, e como uma resposta pragmática por parte dos enfermeiros comunitários para partilhar a carga e desenvolver trabalho. No entanto, temos de salientar, que estas parcerias também devem considerar o cidadão como um parceiro e um membro ativo no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de saúde e das atividades de promoção de saúde (Manthorpe *et al.*, 2004; Runciman *et al.*, 2006; Guedes *et al.*, 2012). Refira-se ainda que estas parcerias, nomeadamente no que diz respeito aos municípios, estão normalmente integradas em rede, uma área onde os municípios têm grande experiência (Loureiro *et al.*, 2013). Apesar das vantagens mencionadas, são também referidas pelos nossos participantes algumas dificuldades no trabalho em parceria, referindo dificuldades de articulação com as Escolas e na articulação entre o sector da saúde e os municípios.

No que diz respeito à participação ativa dos cidadãos no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de saúde, os inquiridos estão conscientes desta importância e procuram promovê-la, o que é coerente com as recomendações da OMS: *“as atividades de promoção da saúde devem ser participativas, envolvendo todos aqueles com interesse na iniciativa; interdisciplinares, envolvendo uma variedade de perspetivas disciplinares; integradas em todas as fases do desenvolvimento e implementação de uma iniciativa de promoção da saúde; e ajudarem na capacitação de indivíduos, comunidades, organizações e governos para resolver problemas de saúde importantes”* (Nutbeam, 1998, p. 22). Esta perspetiva dos profissionais entrevistados é também corroborada por Rifkin (2016) que refere que há cada vez mais indícios de que, para termos intervenções mais eficazes, as comunidades e os cidadãos precisam de ter mais do que informação, precisam de estar envolvidos nas decisões sobre a implementação dessas intervenções. A identificação e envolvimento dos líderes comunitários no processo de planeamento de intervenção é uma das estratégias, mencionadas pelos entrevistados, para promover a participação ativa dos cidadãos. Esta estratégia já tinha sido referida por Davim *et al.* (2006) como fundamental para aumentar a participação ativa dos cidadãos. O papel proeminente dado pelos

entrevistados ao estabelecimento de uma parceria entre os profissionais e os participantes durante o planeamento e execução das intervenções, está em consonância com o que é considerado essencial por vários autores (Nuñez *et al.*, 2003; Davim *et al.*, 2006; Ming *et al.*, 2006; Runciman *et al.*, 2006) no entanto são relatadas dificuldades: alguns entrevistados relatam uma falta de cultura de participação, considerando que as pessoas continuam a deixar importantes decisões de saúde nas mãos de profissionais de saúde. Este aspeto está em linha com alguma passividade da população portuguesa nas suas relações com os profissionais de saúde e com o sistema de saúde, referido no relatório *Um futuro para a saúde - todos nós temos um papel a desempenhar* (Crisp *et al.*, 2014) e não parece ser exclusivo da população portuguesa uma vez que, também num estudo realizado em Espanha, as dificuldades na participação ativa dos cidadãos foram reconhecidas como uma ameaça à intervenção comunitária (Adella *et al.*, 2016).

Sendo de referir que os serviços de saúde, por si só, nunca podem criar uma grande participação comunitária autossustentável, uma vez que as pessoas e as comunidades têm outras prioridades no seu dia-a-dia e não será realista definir e seguir modelos padrão de participação comunitária, uma vez que podem colidir com aspetos culturais e históricos fortemente enraizados nas comunidades, assim é muito importante que a participação ativa dos cidadãos seja vista como um processo e se estenda a outros aspetos da vida comunitária numa perspetiva inclusiva de desenvolvimento comunitário (Rifkin, 2009). *“Programas que mobilizam comunidades só em torno de questões de saúde provaram ter vidas curtas”* (Rifkin, 2009, p. 33). Embora não existam muitas evidências científicas para ligar diretamente a participação da comunidade a melhores resultados em saúde (Rifkin, 2009), esta é cada vez mais reconhecida como fundamental para melhorar e manter as intervenções que trazem contribuições significativas para a sua melhoria (Rifkin, 2014), particularmente nos grupos vulneráveis (Rifkin, 2009). Recomendam-se iniciativas práticas específicas para capacitar os cidadãos e começar a alterar os aspetos culturais que funcionam como entraves à sua participação em decisões relacionadas com a sua saúde (Crisp *et al.*, 2014).

O nosso estudo também relatou dificuldades inerentes aos profissionais, que muitas vezes assumem o papel de liderança no planeamento e implementação de intervenções sem tentarem envolver os cidadãos. A saúde é uma área em que as principais decisões se baseiam no conhecimento de peritos, é por isso uma área tradicionalmente mais hermética na participação dos cidadãos, o que justifica de alguma forma as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde e pelos cidadãos, ou seja, é importante que os cidadãos queiram participar ou expressar a sua opinião sobre o planeamento e organização dos cuidados de saúde, por outras palavras, a participação deve depender da vontade dos cidadãos e não de uma obrigação previamente estipulada (Serapioni & Matos, 2013). Parece também claro que muitas das dificuldades dos profissionais de saúde surgem do facto de os profissionais de saúde continuarem a ter uma formação e uma prática centradas no modelo

biomédico, que, sendo essencial para a prevenção e controlo da doença, tem limitações quando direcionada para a promoção da saúde (OMS, 2008). Neste modelo biomédico, a participação dos cidadãos é vista como a sua mobilização para responder à informação que lhes é prestada pelos profissionais de saúde e não como o seu envolvimento ativo na tomada de decisões (Bhatia & Rifkin, 2013), sendo os peritos profissionais que assumem o papel de protagonista e os cidadãos que têm um papel mais passivo.

Os resultados do nosso estudo mostram que os profissionais consideram importante a avaliação de que as intervenções promotoras da saúde são eficazes gerando ganhos na saúde dos envolvidos. Para avaliar a eficácia das intervenções os profissionais procuram utilizar indicadores objetivos, mas nem sempre é fácil encontrar indicadores fiáveis e válidos (Nutbeam, 1999) com o conseqüente relato de algumas dificuldades sendo, por vezes, adotada uma avaliação subjetiva baseada na percepção que os profissionais têm da melhoria da saúde e dos estilos de vida, após as intervenções. A resolução deste aspeto parece ser crucial, uma vez que a avaliação das intervenções é muito importante, permitindo modificar ou adaptar o planeamento ou as estratégias, podendo mesmo influenciar as políticas de promoção da saúde e de redução das desigualdades (Lopes *et al.*, 2014).

De forma a aumentar a eficácia das intervenções, os participantes mencionam algumas estratégias, enfatizando um planeamento de saúde adequado que parta da avaliação das necessidades de saúde, e que considere as características da comunidade ou do grupo, e as oportunidades e recursos existentes. Este planeamento deve ser realizado com a participação ativa da comunidade, aspetos corroborados por vários autores (Nuñez *et al.*, 2003; Manthorpe *et al.*, 2004; Ming *et al.*, 2006; Runciman *et al.*, 2006; Pender *et al.*, 2011; Bárrios & Fernandes, 2014). Outra estratégia que é considerada essencial, pelos entrevistados, é a capacitação e responsabilização das pessoas pela sua saúde, em linha com o recomendado pela OMS, reforçado em várias Conferências Internacionais para a Promoção da Saúde, e esta estratégia está fortemente ligada à anterior porque a participação ativa requer cidadãos empoderados, que expressam as suas opiniões e os seus conhecimentos experienciais para que se planeiem intervenções mais adequadas (Serapioni e Matos, 2013). O início precoce de intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis é também considerado estratégico e cumpre as recomendações internacionais (OMS, 2003; WHO, 2005a; WHO, 2005b; WHO, 2009; CDSS, 2010; Marmot, 2014), sendo amplamente reconhecida que uma infância saudável e a idade adulta são determinantes importantes do envelhecimento saudável (Oxley, 2009; Sanders, 2006; Hartman-Stein e Potkanowicz, 2003; Nuñez *et al.*, 2003; Marmot, 2014).

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo não podem ser generalizados, uma vez que se referem a particularidades relacionadas com os catorze participantes e expressam a sua perspetiva

a partir do seu envolvimento em intervenções de promoção da saúde e consequentemente promotoras do envelhecimento saudável no Baixo Alentejo – Portugal, os resultados podem, no entanto, ser comparados com os de outros estudos desenvolvidos ou que se venham a desenvolver.

As intervenções comunitárias para promover estilos de vida saudáveis são desenvolvidas maioritariamente por profissionais de saúde que trabalham na comunidade e também por profissionais dos municípios. As parcerias, a participação ativa dos cidadãos e a avaliação da eficácia são consideradas essenciais no desenvolvimento de intervenções comunitárias, pelos inquiridos, apesar de algumas dificuldades assinaladas.

Crianças, jovens e pessoas idosas são os principais participantes dos programas de promoção de estilos de vida saudáveis. As intervenções de promoção da saúde para pessoas de meia-idade e outros adultos em idade ativa são menos frequentes. A idade e o sexo são considerados como o principal fator relacionado com os participantes que influenciam o desenvolvimento de intervenções para promover estilos de vida saudáveis.

A maioria das intervenções comunitárias para promover intervenções de estilos de vida saudáveis não são avaliadas refletindo a falta de ferramentas e métodos de avaliação padronizados.

Uma das estratégias mais mencionadas para aumentar a eficácia das intervenções de promoção da saúde é o envolvimento da comunidade e dos parceiros no planeamento, implementação e avaliação de intervenções, no entanto existem dificuldades na capacitação comunitária e falta de cultura de participação nas pessoas e comunidades.

As nossas descobertas sugerem que pode haver mérito em:

- Consultoria e envolvimento ativo de pessoas e comunidades em intervenções de promoção da saúde.
- Encontrar estratégias para permitir uma maior participação de adultos em idade ativa e particularmente em pessoas de meia-idade.
- Fortalecendo uma abordagem ao longo da vida para a promoção do envelhecimento saudável.
- Reforço das parcerias intersectoriais e multiprofissionais.
- Promover mecanismos de avaliação da eficácia das intervenções que promovem estilos de vida saudáveis.
- Considerar formas eficazes de desenvolver e avaliar a mudança de prática.
- Valorização do trabalho de promoção da saúde na comunidade pelos CSP e pelos municípios.
- Continuar a conceber intervenções com base na avaliação das necessidades de saúde das populações.
- Estar atento às tendências e mudanças em todos os sectores da sociedade e

compreender como estes podem afetar a saúde da população.

AGRADECIMENTOS

A investigadora agradece a ajuda recebida dos participantes neste estudo e do painel consultivo.

REFERÊNCIAS

Adella, C., Ruab, M., Solerc, J., Alvarez, C., & Farga, A. (2016). La salud comunitaria en los equipos de atención primaria: objetivo de dirección. *Atención Primaria*. 48(10): 642-648.

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. (5ª Ed. Revista e atualizada). Lisboa: Edições 70.

Bárrios, M., & Fernandes, A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 32(2), 188-196.

Bhatia, M., & Rifkin, S. (2013). Primary health care, now and forever? A case study of a paradigm change. *International Journal of Health Services*. 43(3), 459-71.

Bicudo, M. (2009). *Do envelhecimento saudável à longevidade com qualidade - contributos de enfermagem*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Tese de doutoramento. <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/1844>.

Biscaia, A., Martins, J., Carreira, M., Gonçalves, I., Antunes, A., & Ferrinho, P. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reformar para novos sucessos*. (2ª Ed. Revista e atualizada). Lisboa: Padrões Culturais Editora.

Canhestro, A. S. (2018). *Envelhecer com saúde: Promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Tese de doutoramento. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/34565/1/ulsd731954_td_Ana_Canhestro.pdf.

Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde [CDSS]. (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*. Portugal, Organização Mundial da Saúde.

Crisp, L. (coord.), Berwick, D., Kickbush, I., Bos, W., Antunes, J., Barros, P., & Soares, S. (2014). *Um futuro para a saúde - todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Davim, R., Araújo, M., Nunes, V., Alchieri, J., Silva, R., & Carvalho, C. (2010). Aspects related to healthy aging human. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*. 4(4): 2018-2024.

Darnton-Hill, I., Nishida, C., & James, W.P.T. (2004). A life course approach to diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *Public Health Nutrition*. 7(1A): 101-121.

Drennan, V., Iliffe, S., Haworth, D., Tai, S., Lenihan, P., & Deave, T. (2005). The feasibility and acceptability of a specialist health and social care team for the promotion of health and independence in 'at risk' older adults. *Health and Social Care In The Community*. 13(2): 136-144.

Fagulha, T. (2005). A meia idade da mulher. *Psicologia*. 19(1-2): 13-17.

George, F. (2014). Sobre Determinantes da Saúde. Lisboa: DGS. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx>.

Grossbaum, M., & Bates, G. (2002). Correlates of psychological well-being at midlife: The role of generativity, agency and communion, and narrative themes. *International Journal of Behavioral Development*. 26 (2): 120-127.

Hartman-Stein, P., & Potkanowicz, E. (2003). Behavioral determinants of healthy aging: good news for the baby boomer generation. *Online Journal of Issues in Nursing*. 8(2): 17 p.

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012). Censos 2011 Resultados definitivos – Portugal. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Guedes, N., Moreira, R., Cavalcante, T., Araújo, T., Lopes, M., Ximenes, L., & Vieira, N. (2012). Nursing interventions related to health promotion in hypertensive patients. *Acta Paulista de Enfermagem*. 25(1): 151-156.

Lachman, M. (2004). Development in Midlife. *Annual Review of Psychology*. (55): 305-331.

Lopes, M., Mendes, F., Nunes, L., Ruivo, A., & Amaral, A. (2015). Respostas de Enfermagem para a saúde no futuro - Saúde-doença: a proximidade de cuidados num mundo sem fronteiras e com rápida mobilidade. Encontro Nacional de Enfermagem. Organizado pela Direção-Geral da Saúde e a Fundação Calouste Gulbenkian. (8 de abril 2015). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15264/1/Sa%C3%BAde-doen%C3%A7a_a%20proximidade%20de%20cuidados%20num%20mundo_abril%202015.pdf.

Loureiro, I., & Miranda, N. (2010). Promover a Saúde – dos fundamentos à ação. Coimbra: Almedina.

Loureiro, I., Gomes, J., & Santos, M. (2011). A Investigação participada de base comunitária na construção da saúde: Projeto de Capacitação em promoção da Saúde (PROCAPS). Resultados de um estudo exploratório. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge [INSA].

Loureiro, I., Miranda, N., & Miguel, J. (2013). Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 31 (1): 23-31.

Manthorpe, J., Maim, N., & Stubbs, H. (2004). Older people's views on rural life: a study of three villages. *Journal of Clinical Nursing*. 13 (6B): 97-104.

Marmot, M. (2014). Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Ming, L., Gao, R., & Pusari, N. (2006). Using Participatory Action Research to Provide Health Promotion for Disadvantaged Elders in Shaanxi Province, China. *Public Health Nursing*. 23 (4): 332-338.

Núñez, D., Armbruster, C., Phillips, W., & Gale, B. (2003). Community-based senior health promotion program using a collaborative practice model: the Escalante Health Partnerships. *Public Health Nursing*. 20 (1): 25-32.

Nutbeam, D. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO.

- Nutbeam, D. (1999). Eficácia de la promoción de la salud – las preguntas que debemos responder. In: Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Parte 2. (pp. 1-11). Madrid: Ministerio de la Salud y Consumo.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (1978). Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Alma-Ata: OMS.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2007). Envelhecer com saúde: um desafio para a Europa – versão reduzida. The Swedish National Institute of Public Health.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2008). Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais do que Nunca (versão portuguesa). Geneva: OMS.
- Oxley, H. (2009). Policies for Healthy Ageing: An Overview. OECD Health Working Papers. 42, OECD Publishing.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2006). Desenvolvimento humano. (8ª Ed.). Porto Alegre: Artmed Editora, SA.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). Health Promotion in Nursing Practice. (6th Edition). New Jersey: Pearsons Education, Inc.
- Rifkin, S. (2009). Lessons from the community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. *International Health*. 1: 31-6.
- Rifkin, S. (2014). Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. *Health Policy and Planning*. 29: ii98-ii106.
- Rifkin, S. (2016). Pursuing Primary Health Care: Community Participation in Practice, Doing Participatory Research. *JSM Health Education & Primary Health Care*. 1(2): 1018.
- Runciman, P., Watson, H., McIntosh, J., & Tolson, D. (2006). Community nurses' health promotion work with older people. *Journal of Advanced Nursing*. 55 (1): 46-57.
- Sanders, K. (2006). Developing practice for healthy ageing. *Nursing Older People*. 18(3): 18-25.
- Santana, P. (2000). Ageing in Portugal: regional inequities in health and health care. *Social Science and Medicine*. 50: 1025-1036.
- Santana, P. [Coord.], Alves, I., Couceiro, L., and Santos, R. (2008). Envelhecimento e saúde em Portugal. *PNS em foco - Boletim informativo n.º 2*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde – Gabinete de Informação e Prospectiva.
- Serapioni, M., & Matos, A. (2013). Participação em saúde: entre limites e desafios, rumos e estratégias. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 31(1): 11-22.
- World Health Organization [WHO]. (1986). First International Conference on Health Promotion, Ottawa: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series N° 916. Geneva: WHO.

World Health Organization [WHO]. (2005a). European strategy for child and adolescent health and development. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization [WHO]. (2005b). The European Health Report 2005: Public health action for healthier children and populations. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization [WHO]. (2009). A Snapshot of the Health of Young People in Europe. Copenhagen: WHO.

World Health Organization [WHO]. (2013). The Helsinki Statement on Health in All Policies. The 8 th Global Conference on Health Promotion. Helsinki: WHO.

Wosinski, J., Cordier, S., Bachmann, A., Gagnon, M., & Kiszio, B. (2016). Effectiveness of nurseled healthy aging strategies for older adults living in the community: a systematic review protocol. The JBI database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 14 (2): 1-7.

Zhang, S., Wei, C., Fukumoto, K., Harada, K., Ueda, K., Minamoto, K., & Ueda, A. (2011). A comparative study of health-promoting lifestyles in agricultural and non-agricultural workers in Japan. Environmental Health and Preventive Medicine. 16: 80-89. 16: 80-89.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E CUIDADO AO IDOSO NAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS ESPECIALIZADAS: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Data de aceite: 03/10/2022

Data de submissão: 31/08/2022

Rayana Gonçalves de Brito

Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz
Amazônia)
Manaus – Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/2374808116003764>

Denise Machado Duran Gutierrez

Universidade Federal do Amazonas (UFAM)
Manaus – Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/5137661928193717>

RESUMO: No amplo entendimento sobre a Promoção da Saúde e seus determinantes dentro do processo saúde-doença é essencial que haja métodos eficazes e direcionados para o público idoso, principalmente na assistência especializada, buscando deixá-los ativos, saudáveis e com uma melhor qualidade de vida. **Objetivos:** Identificar como a promoção da saúde dos idosos estão sendo praticadas nas instituições públicas especializadas. **Metodologia:** Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura. Foram utilizados 18 artigos científicos das bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) entre 2018 a 2022. Descritores: “Promoção da Saúde”, “Qualidade de Vida”, “Saúde do Idoso”, “Assistência Integral à Saúde do Idoso” e “Serviços de Saúde para Idosos”. **Resultados:** O material encontrado foi

dividido em 4 categorias temáticas: Promoção da Saúde 17% (n=3), Qualidade de Vida/Saúde do Idoso 22% (n=4), Assistência Integral à Saúde do Idoso 28% (n=5) e Serviços de Saúde para Idosos 33% (n=6). **Discussão:** A promoção da saúde é uma estratégia importante para o enfrentamento dos problemas de saúde pública da população idosa. É fundamental buscar meios adequados para lidar com os déficits biológicos e socioculturais acerca do envelhecimento do indivíduo em relação ao risco do adoecimento e/ou comorbidades inerentes do processo natural da vida em idade avançada. É necessária atenção especializada nos aspectos fisiológicos, biológicos, sociais, mentais, físicos e, não apenas, centralizado no modelo hegemônico biomédico. **Considerações Finais:** Dentro da saúde coletiva, é notório que ainda exista certo descaso em relação ao atendimento ideal para os idosos. A idade avançada exige cuidados integrais e integralizados através de equipes de saúde que atuam na promoção da saúde, sendo fundamental que elas estejam devidamente qualificadas para prestar assistência multidisciplinar, segura, qualificada e individualizada, buscando estimular a vida ativa e saudável por meio de práticas de atividades sociais interativas. **PALAVRAS-CHAVE:** Promoção da Saúde; Qualidade de Vida; Saúde do Idoso; Serviços de Saúde para Idosos; Assistência Integral à Saúde do Idoso.

HEALTH PROMOTION AND ELDERLY CARE IN SPECIALIZED PUBLIC INSTITUTIONS: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: In the broad understanding of Health Promotion and its determinants within the health-disease process, it is essential that there are effective and targeted methods for the elderly, especially in specialized care, seeking to make them active, healthy and with a better quality of life. **Objectives:** To identify how the health promotion of the elderly is being practiced in specialized public institutions. promotion of the elderly is being practiced in specialized public institutions. **Methodology:** This is an Integrative Literature Review. Eighteen scientific articles were used from the databases: Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences. (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SCIELO) between 2018 and 2022. Descriptors: “Health Promotion”, “Quality of Life”, “Health of the Elderly”, “Comprehensive Health Care for the Elderly” and “Health Services for the Elderly”. **Results:** The material found was divided into 4 thematic categories: Health Promotion 17% (n=3), Quality of Life/Health of the Elderly 22% (n=4), Comprehensive Health Care for the Elderly 28% (n=5) and Health Services for the Elderly 33% (n=6). **Discussion:** Health promotion is an important strategy to face the public health problems of the elderly population. It is essential to seek adequate means to deal with the biological and sociocultural deficits regarding the aging of the individual in relation to the risk of illness and/or comorbidities inherent in the natural process of life at an advanced age. Specialized attention is needed in the physiological, biological, social, mental, physical aspects and, not only, centered on the hegemonic biomedical model. **Final Considerations:** Within collective health, it is clear that there is still a certain disregard for the ideal care for the elderly. Advanced age requires comprehensive and integrated care through health teams that work in health promotion, and it is essential that they are properly qualified to provide multidisciplinary, safe, qualified and individualized care, seeking to stimulate an active and healthy life through practices of interactive social activities.

KEYWORDS: Health promotion; Quality of life; Elderly Health; Health Services for the Elderly; Comprehensive Health Care for the Elderly.

1 | INTRODUÇÃO

É notório perceber a existência de inúmeros fatores que influenciam direta e indiretamente a saúde em relação à qualidade de vida e bem-estar humano. No decorrer da evolução histórica, a saúde pública e os aspectos da dita medicina social buscam desenvolver e praticar a promoção da saúde em meio às turbulências desafiadoras contemporâneas (BUSS et al., 2020; BORGES et al., 2022).

Nessa concepção, a promoção da saúde enfrenta os empecilhos advindos ocasionalmente do processo saúde-doença e seus fatores determinantes e condicionantes. A “*Promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 30-35 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os problemas de saúde que afetam as populações humanas*” (BUSS et al., 2020, p. 4725).

É necessário que estratégias inovadoras e adaptativas ao público-alvo sejam implementadas e/ou adaptadas de acordo com os cuidados individualizados essenciais

aos usuários; assim como a melhoria dos serviços prestados dentro das instituições especializadas na assistência integral e integralizada à pessoa idosa, por exemplo, buscando favorecer a qualidade de vida (BUSS et al., 2020; FRANCISCO, 2022b).

O processo de envelhecimento é contínuo, complexo e natural do ser humano. Em paralelo, doenças crônicas e comorbidades podem surgir ao longo da vida, através das mudanças biológicas, sociais, bioquímicas, morfológicas, funcionais (CORRÊA et al., 2019) e psicológicas ao indivíduo. Além disso, mesmo sem a ocorrência de doenças neurodegenerativas, a rapidez de raciocínio, a fluidez da memória, capacidade laboral e a atenção sustentada podem declinar de modo prejudicial na capacidade de comunicação através de linguagens e emoções (FRANCISCO et al., 2022).

No Brasil, os dados apontam um importante crescimento do público idoso, resultante de mudanças sociais constantes associado ao crescimento e transição da população. Os dados mais recentes apontam que esse público com idade acima dos 60 anos continuará crescendo no país continuará. Em nível global, dentro dessa faixa etária, há a perspectiva que até 2050, serão dois bilhões de indivíduos, configurando assim a necessidade de maiores investimentos na saúde com assistência especializada para atendimento multidisciplinar adequado e integralizado (MACHADO et al., 2020).

Dentro das instituições de assistência ao idoso, é preciso acompanhar de modo fidedigno e prolongado às demandas desse cuidado de longa duração, uma vez que pode torná-lo cada dia mais vulnerável, doente e dependente de terceiros para a prática das atividades diárias (DAMACENO; CHIRELLI; LAZARINI, 2019; CORRÊA et al., 2019), uma vez que buscar o desenvolver as atividades diárias são fundamentais para estimular a autonomia e preservação da qualidade de vida e bem-estar (LEMES et al., 2021).

Diversos estudos apontam a importância do cuidado integral às pessoas idosas através de políticas públicas, do uso das diretrizes nacionais e órgãos de gestão pública para que implementem condutas que busquem a promoção da saúde e da autonomia individual por meio do estímulo da prevenção de doenças incapacitantes, assim como incentivo ao envelhecimento ativo e saudável, abraçando um modelo de saúde que ultrapasse a perspectiva hegemônica, centrada apenas no modelo biomédico, serviços de saúde e hospital (MONTEIRO; MARTINS; SCHOELLER, 2022; MALTA, 2022). O objetivo desse texto é identificar e refletir criticamente sobre como a promoção da saúde de idosos está sendo praticada nas instituições públicas especializadas?

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo Revisão Integrativa de Literatura (RIL) que procura destacar o embasamento científico já existente, derivado de pesquisas realizadas, gerando resultados efetivos sobre o tema proposto (SOUSA et al., 2017). Permite ainda agrupar os dados e desvendar possíveis lacunas e/ou ideias ainda não discutidas,

gerando novos resultados a partir de pesquisas com dados primários, possibilitando a discussão e aprofundamento de diversos temas (MARINUS et al., 2014).

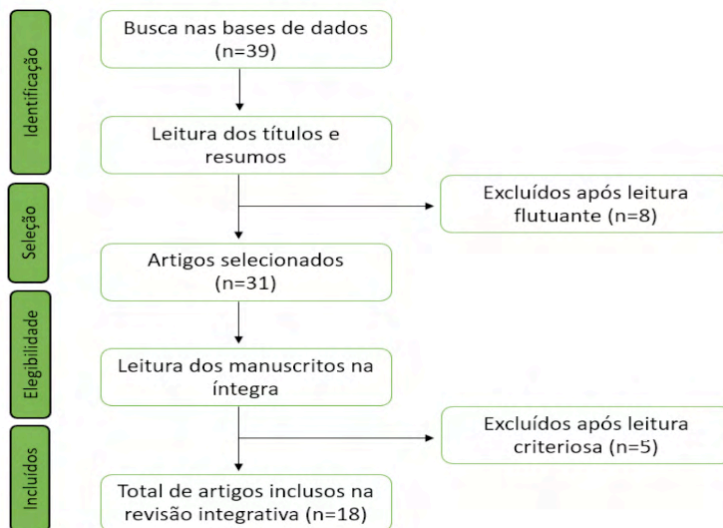
Foram utilizados artigos científicos das bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO). As pesquisas por dados ocorreram no mês de agosto de 2022. Foram excluídos manuscritos repetidos, incompletos, *preprints* e resumos. Os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) utilizados para a busca foram: “Promoção da Saúde”, “Qualidade de Vida”, “Saúde do Idoso”, “Assistência Integral à Saúde do Idoso” e “Serviços de Saúde para Idosos”.

Para a combinação destes descritores nas bases foi usado o operador booleano “AND”. Por fim, para compor a RIL, dos 3.317 trabalhos encontrados na SCIELO e 2.365 na LILACS, foram criteriosamente pré-selecionados um total de 39 artigos científicos publicados no período de 2018 a 2022, sendo 18 usados para o estudo (Quadro 1).

Estratégia de busca	Descritores selecionados		Pré-seleção das bases de dados	
	Descritores controlados	Descritores não controlados	SCIELO	LILACS
1	"Promoção da Saúde" OR "Promoção da Saúde"	(Promoção da Saúde) OR (Promoção do Bem Estar)	992	739
2	"Qualidade de Vida" OR "Qualidade de Vida"	(Qualidade de Vida) OR (Qualidade de Vida Relacionada à Saúde)	1076	949
3	"Saúde do Idoso" OR "Saúde do Idoso"	(Saúde do Idoso) OR (Saúde da Terceira Idade)	819	332
4	"Assistência Integral à Saúde do Idoso" OR "Assistência Integral à Saúde do Idoso"	(Assistência Integral à Saúde do Idoso) OR (Assistência Integral à Saúde)	221	227
5	"Serviços de Saúde para Idosos" OR "Assistência Integral à Saúde do Idoso"	(Serviços de Saúde para Idosos) OR (Assistência Social para Idoso)	209	118
6	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5		26	13

Quadro 1 - Estratégias de buscas realizadas nas bases de dados SCIELO e LILACS, 2022.

Para melhor seleção e interpretação das informações coletadas, foi adotada o método de sistematização de Lawrence H. Ganong (1987) *apud* Monteiro et al. (2019) que é dividida em 6 etapas (Figura 1): 1) Definição da pergunta da pesquisa; 2) Definição dos critérios de inclusão e exclusão dos itens da amostra selecionados; 3) Apresentação dos estudos escolhidos de maneira organizados e forma de tabelas; 4) Análise crítica dos artigos buscando identificar conflitos e/ou diferenciação no conteúdo selecionado; 5) Interpretação dos resultados e; 6) Exposição das evidências encontradas.



Fluxograma 1 - Etapas de seleção dos artigos de acordo com as bases de dados.

Fonte: Ganong (1987 *apud* Monteiro et al., 2019 - adaptado).

3 | RESULTADOS

Após o aprofundamento das temáticas através da seleção e aplicação do método de Ganong (1987 *apud* Monteiro et al., 2019), a tabela abaixo apresenta a síntese dos resultados obtidos após a seleção final dos manuscritos.

Título Autor(es)/Ano	Objetivos	Método	Conclusão
Estratégias para promoção da saúde e seus impactos na qualidade de vida de adultos hipertensos: revisão integrativa. BORGES et al. (2020)	Investigar as estratégias desenvolvidas para a promoção da saúde e seus impactos na qualidade de vida de adultos hipertensos.	Revisão integrativa por meio de consulta às bases de dados Lilacs, Medline, SciELO, Scopus e Web of Science.	As estratégias para a promoção da saúde são fundamentais para possibilitar aos adultos hipertensos a capacidade de analisar seu estado de saúde e tomar decisões para o planejamento e a manutenção do autocuidado.
Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). BUSS et al. (2020)	Analisar as estratégias mais promissoras para o incremento da qualidade de vida propostas pelo setor saúde, sobretudo em formações sociais com alta desigualdade sócio sanitária.	Este artigo atualiza o texto anterior do autor principal publicado em 2000, revisitando as evidências científicas que reafirmam a contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos e populações	Mais do que o acesso a serviços de saúde de qualidade, é necessário enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população.

<p>Proposta de instrumento para admissão de idosos em Instituições de Longa Permanência: elaboração e validação.</p> <p>CORRÊA et al. (2019)</p>	<p>Elaborar e validar um instrumento para admissão de idosos em Instituições de Longa Permanência.</p>	<p>Estudo metodológico, fragmentado: elaboração do instrumento a partir de revisão de literatura de pesquisas publicadas em periódicos indexados (SciELO, Medline, LILACS e IBICS)</p>	<p>O instrumento foi elaborado e mostrou-se consistente para sua aplicabilidade por diferentes profissionais da área, com o intuito de promover uma assistência geriátrica voltada à integralidade da saúde do paciente institucionalizado</p>
<p>A prática do cuidado em instituições de longa permanência para idosos: desafio na formação dos profissionais.</p> <p>DAMACENO; CHIRELLI; LAZARINI (2019)</p>	<p>Analisar como o cuidado é realizado, compreender as contribuições das experiências anteriores para a prática profissional em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).</p>	<p>Abordagem qualitativa exploratória, realizada em duas etapas com 33 profissionais e gestores de uma instituição de longa permanência de um município do interior paulista.</p>	<p>Os resultados evidenciam a necessidade de revisitar os cursos da área da saúde no intuito de compreender suas abordagens sobre a formação para o cuidado à pessoa idosa.</p>
<p>Associação entre linguagem e o reconhecimento de expressões faciais de emoções em idosos.</p> <p>FRANCISCO et al. (2022)</p>	<p>Verificar a associação entre o bom desempenho de linguagem e o reconhecimento de expressões faciais de emoções em idosos.</p>	<p>Estudo transversal realizado com 118 idosos dos serviços de atenção primária à saúde de um município paulista.</p>	<p>O reconhecimento de expressões faciais das emoções surpresa e nojo mostraram-se importantes fatores associados ao bom desempenho da linguagem</p>
<p>Associação entre autoavaliação de saúde e tipos de atividades de vida diária em idosos.</p> <p>LEMES et al. (2021)</p>	<p>Identificar a prevalência de autoavaliação de saúde ruim de idosos e sua associação com a dependência para cada tipo de atividade da vida diária.</p>	<p>Estudo transversal de base populacional, com amostra probabilística de 890 idosos residentes em Goiânia.</p>	<p>A relação entre incapacidade e percepção negativa de saúde sinaliza a importância de incluí-las na avaliação de idosos em diferentes contextos da atenção à saúde, uma vez que a dependência pode refletir em alterações nas condições reais de saúde e qualidade de vida dos idosos.</p>
<p>Experiências e expectativas de idosos com obesidade sobre a assistência na atenção primária à saúde.</p> <p>MACHADO et al. (2020)</p>	<p>Compreender as experiências e expectativas de pessoas idosas com obesidade relacionadas à assistência prestada no âmbito da Atenção Primária à Saúde.</p>	<p>Pesquisa fenomenológica que entrevistou 16 idosos com obesidade de um município de Minas Gerais, Brasil.</p>	<p>O atendimento integral e longitudinal ao idoso com obesidade na Atenção Primária à Saúde é dificultoso, existindo instabilidade na consolidação de políticas públicas, sinalizando a necessidade de vínculos efetivos entre os serviços da rede de atenção à saúde e entre profissionais e usuários.</p>
<p>Hipertensão arterial autorreferida, uso de serviços de saúde e orientações para o cuidado na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.</p> <p>MALTA et al. (2022)</p>	<p>Descrever a prevalência de hipertensão arterial (HA), segundo características sociodemográficas, no Brasil, e analisar os indicadores relacionados ao acesso aos serviços de saúde e orientações para controle do agravo no país.</p>	<p>Estudo transversal descritivo utilizando a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019. Estimou-se a prevalência de HA com intervalo de confiança de 95% (IC95%), além das proporções dos indicadores da HA.</p>	<p>A prevalência de HA na população brasileira foi alta, com a maioria das pessoas que autorreferiram o agravo sendo atendidas em serviços do SUS, onde receberam orientações sobre promoção da saúde.</p>

<p>Avaliação do nível de saúde dos idosos: olhares da equipe de assistência ao paciente.</p> <p>MONTEIRO; MARTINS; SCHOELLER (2022)</p>	<p>Compreender as diferenças dos médicos, enfermeiros e assistentes sociais na avaliação do nível de saúde dos idosos.</p>	<p>Estudo quantitativo transversal, com uso de estatística descritiva.</p>	<p>A avaliação dos idosos tem por base uma diversidade de instrumentos e apresenta-se como área em que os profissionais de saúde e sociais necessitam compartilhar informações.</p>
<p>A importância da porta de entrada no sistema: o modelo integral de cuidado para o idoso.</p> <p>OLIVEIRA; VERAS; CORDEIRO (2018)</p>	<p>Melhorar a qualidade e a coordenação do atendimento desde a porta de entrada do sistema e ao longo do cuidado.</p>	<p>Revisão bibliográfica e descrição de modelo para o cuidado ao idoso no Brasil, em especial na saúde suplementar.</p>	<p>É possível envelhecer com saúde e qualidade de vida, desde que todos os atores do setor se percebam responsáveis pelas mudanças necessárias e se permitam inovar.</p>
<p>Sintomas depressivos em idosos da atenção básica à saúde de um município do noroeste paranaense – estudo transversal.</p> <p>OLIVEIRA et al. (2022)</p>	<p>Investigar os fatores associados aos indicativos de sintomas depressivos de idosos da atenção básica à saúde de um município do noroeste paranaense.</p>	<p>Estudo epidemiológico, de corte transversal e base populacional realizado em 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 654 homens e mulheres idosos.</p>	<p>Os idosos com pior autopercepção de saúde demonstraram maior razão de prevalência de apresentar indicativos de depressão</p>
<p>Fatores associados à qualidade de vida de pessoas idosas com dor crônica.</p> <p>PAZ et al. (2021)</p>	<p>Analisar os fatores associados à qualidade de vida (QV) em idosos com dor crônica.</p>	<p>Estudo transversal realizado com 239 idosos em atendimento ambulatorial no estado de Goiás, Brasil. O World Health Organization Quality of Life – Old (WHOQOL-OLD) contém 6 domínios e foi aplicado para avaliar a qualidade de vida.</p>	<p>O tempo de convívio com a dor crônica e a localização dessa experiência, assim como a depressão, diabetes e HAS foram fatores que influenciaram com maior magnitude os domínios de QV dos idosos.</p>
<p>Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária.</p> <p>PLACIDELI et al. (2020)</p>	<p>Avaliar o desempenho da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo, Brasil.</p>	<p>Total de 157 serviços de atenção primária de 5 regiões de saúde do centro-oeste paulista respondeu o Questionário de Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica 2014.</p>	<p>Os serviços avaliados apresentaram implementação incipiente da atenção integral ao idoso. O quadro avaliativo pode contribuir para processos de melhoria da qualidade da atenção primária à saúde.</p>
<p>O cuidado da pessoa idosa em dor no campo de práticas da Saúde Coletiva.</p> <p>SANTOS; GIACOMIN; FIRMO (2020)</p>	<p>Compreender o significado atribuído por idosos ao cuidado da pessoa na velhice que vivencia processo algíco e discuti-lo a partir da abordagem conferida à dor nas práticas de saúde coletiva.</p>	<p>A metodologia de Signos, Significados e Ações orientou a coleta e análise dos dados possibilitando a investigação das representações e comportamentos concretos associados à experiência da dor.</p>	<p>O cuidado da dor na atenção à saúde não se prende ao orgânico, mas mobiliza toda a existência da pessoa idosa, interfere no processo comunicativo e produz sofrimento. O cuidado à dor precisa incluir o usuário no processo terapêutico.</p>
<p>Comparação dos aspectos da autoimagem e domínios da qualidade de vida em idosos praticantes e não praticantes de pilates em Curitiba, Paraná.</p> <p>SILVA et al. (2021a)</p>	<p>Comparar os aspectos da autoimagem e domínios da qualidade de vida em idosos praticantes e não praticantes de pilates na cidade de Curitiba, Paraná, Brasil.</p>	<p>Estudo quantitativo, descritivo, comparativo e com delineamento transversal. A população foi formada por 93 idosos, após cálculo amostral com tamanho de efeito $f(0,43)$.</p>	<p>Os resultados sugerem que a prática de atividade física pode beneficiar os idosos na questão da qualidade de vida, porém não isoladamente.</p>

Qualidade de vida e quedas em idosos: estudo de método misto.	Avaliar a qualidade de vida dos idosos, compreendendo as representações sociais sobre quedas.	Método misto convergente, realizada em domicílio, tendo como amostra 134 idosos.	Prejuízos na qualidade de vida podem contribuir no aumento do número de quedas, que se mostrou um evento presente na vida do idoso através das evocações.
SILVA et al. (2021b)			
Idosos cuidando de idosos: a espiritualidade como alívio das tensões.	Investigar as formas de enfrentamento utilizadas para alívio de tensões por cuidadores idosos de familiares idosos e conhecer o tipo de apoio que recebem do serviço de Atenção Primária à Saúde no domicílio.	Estudo qualitativo, com aporte teórico metodológico da Grounded Theory, realizado com 10 cuidadores idosos entrevistados, entre agosto de 2014 e janeiro de 2015.	Recomenda-se que o serviço de Atenção Primária à Saúde proporcione maior apoio a esses cuidadores e que esteja atento à dimensão espiritual como elemento auxiliar no processo de assistência integral e inclusiva à saúde desses cuidadores idosos.
SILVA; MOREIRA-ALMEIDA; CASTRO (2018)			
Ações de promoção e proteção à saúde mental do idoso na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa.	Analisar ações de promoção e proteção à saúde mental do idoso no contexto da atenção primária à saúde.	Estudo bibliográfico. As bases de dados foram: LILACS, Scopus, IBECs, Medline, CINAHL, BDNF e Index Psicologia.	O momento é de ampliação do escopo de ações oferecidas aos idosos em sofrimento psíquico. Detectam-se esforços para a produção do cuidado na direção da integralidade, mas ainda incipientes.
SOUZA et al. 2022			

Tabela 1 – Descrição geral da síntese dos artigos científicos da RIL. Manaus-AM (2022).

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

A partir dos 3.317 manuscritos encontrados na base de dados da SCIELO e 2.365 na LILACS, gerando o total de 5.682 artigos, foram criteriosamente pré-selecionados um total de 39 artigos científicos publicados entre os anos de 2018 a 2022, sendo 18 criteriosamente selecionados, após leitura flutuante, definitivamente para a Revisão Integrativa da Literatura (RIL). Os resultados foram divididos conforme os achados em quatro categorias principais, sendo: Promoção da Saúde, Qualidade de Vida/Saúde do Idoso, Assistência Integral à Saúde do Idoso e Serviços de Saúde para Idosos (Tabela 2).

Categorias	Autor(es) / Ano	Bases de dados
Promoção da Saúde	BUSS et al. (2020); BORGES et al. (2020); SOUZA et al. 2022	SCIELO LILACS
Qualidade de Vida/Saúde do Idoso	MONTEIRO; MARTINS; SCHOELLER (2022); PAZ et al. (2021); SILVA et al. (2021a); SILVA et al. (2021b)	SCIELO LILACS
Assistência Integral à Saúde do Idoso	FRANCISCO et al. (2022); OLIVEIRA; VERAS; CORDEIRO (2018); OLIVEIRA et al. (2022); PLACIDELI et al. (2020); SILVA; MOREIRA-ALMEIDA; CASTRO (2018)	SCIELO LILACS
Serviços de Saúde para Idosos	CORRÊA et al. (2019); DAMACENO; CHIRELLI; LAZARINI (2019); LEMES et al. (2021); MACHADO et al. (2020); MALTA et al. (2022); SANTOS; GIACOMIN; FIRMO (2020);	SCIELO LILACS

Tabela 2 – Principais categorias encontradas nos artigos científicos. Manaus-AM (2022).

Promoção da Saúde

Na categoria da Promoção da Saúde, 17% (n=3) dos autores concordam que se deve buscar meios convenientes de enfrentar os desafios biológicos e socioculturais acerca do envelhecimento do indivíduo em relação ao risco do adoecimento e/ou comorbidades inerentes ao processo natural da vida em idade avançada. É meta também criar condições favoráveis ao controle da saúde, assim como considerar os fatores externos que influenciam direta ou indiretamente a qualidade de vida e bem-estar dos idosos. Estimular atividades diárias e diversificadas é de fundamental importância para manter a autonomia, identidade, cidadania e bem-estar dos idosos que são acompanhados por instituições públicas especializadas.

Qualidade de Vida/Saúde do Idoso

Sobre a Qualidade de Vida (QV) relacionada à Saúde do Idoso, 22% (n=4) dos pesquisadores concordam que os profissionais que se dedicam ao cuidado do idoso precisam de reciclagem e atualização. Sendo que a QV é *“a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive [...] nas expectativas, padrões e preocupações”* (OMS, 1995 *apud* BORGES et al., 2022, p. 151).

Da mesma forma entendem ser fundamental maiores investimentos na área de geriatria e gerontologia, para que a população idosa possa desfrutar de um envelhecimento ativo com vida social, cultural, familiar e psicoemocional plena, que possa desfrutar de autonomia e uma longevidade saudável, uma vez que os modelos atuais são insuficientes.

Assistência Integral à Saúde do Idoso

Referentes aos achados nessa categoria, destaca-se dentre os principais resultados obtidos, considerando como 100% os 18 artigos selecionados para a RIL, 28% (n=5) dos estudos indicaram em seu contexto que as políticas de saúde do idoso precisam de diretrizes que se preocupem melhor com a autonomia, vida ativa e saudável dessa população a partir da assistência especializada por parte da equipe de saúde, buscando métodos que reduzam as discrepâncias entre as necessidades identificadas e os cuidados atualmente implementados.

Muito do cuidado ao idoso acontece de modo fragmentado, pautado exclusivamente no modelo biomédico de tratamento e/ou acompanhamento em saúde. O Cuidado Integral considera o *“indivíduo submetido a diversas situações de vida necessita de múltiplos cuidados e está vinculado a um sistema de saúde onde o cuidado deve ser transversal, ou seja, obtido em rede”* (PLACIDELI et al., 2020, p. 3).

Serviços de Saúde para Idosos

Nessa categoria, 33% (n=6) dos estudos demonstrou a importância de haver um acolhimento estruturado e avaliação multidisciplinar integral e integralizada dentro dos

serviços de saúde especializados, uma vez que a descoberta precoce dos riscos e fatores determinantes para a promoção da saúde são essenciais para prevenir declínios decorrentes do processo saúde-doença em idosos. Esse monitoramento permite não apenas traçar o perfil individual, mas, também o nível contínuo da saúde e bem-estar condicionantes para a qualidade de vida biopsicossocial.

4 | DISCUSSÃO

No Brasil, as constantes e significativas mudanças epidemiológicas, principalmente com a alta das demandas oriundas das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a rotina diária de idosos tem sido impactada (SILVA; MOREIRA-ALMEIDA; CASTRO, 2018). O avanço progressivo dessas doenças desencadear várias dificuldades, desde sutis mudanças na capacidade física, até doenças incapacitantes de natureza cognitiva e/ou neurodegenerativas que comprometem a qualidade de vida dos longevos (BORGES et al., 2020).

Essa qualidade constantemente piora quando há dor crônica, seja de natureza biológica, psicológica, social e/ou emocional, aumentando o sofrimento do idoso (PAZ et al., 2021; SANTOS; GIACOMIN; FIRMO, 2020; MONTEIRO, 2022; OLIVEIRA; VERAS; CORDEIRO, 2018). É necessário que haja mais investimentos da prevenção da saúde dos mais velhos. A expectativa é que até 2050, os idosos representem até 24% da população mundial, sendo que, segundo o IBGE, até 2060 no Brasil, haverá cerca de 25,5% de pessoas acima dos 65 anos de idade (SILVA et al., 2021a; SILVA et al., 2021b).

É preciso refletir de modo responsável sobre a maneira que a sociedade e as instituições públicas de saúde estão se preparando para vivenciar a experiência de tratar as pessoas mais envelhecidas em um país com desigualdades que impactam negativamente no atendimento à saúde (SOUZA et al., 2022).

Para buscar manter a qualidade de vida das pessoas mais idosas, é fundamental que sejam estimuladas as práticas da promoção da saúde, especialmente para os indivíduos acima dos 80 anos de idade, pois a falta de atividades diárias, sedentarismo, alta dependência de terceiros, assim como privações de interações sociais e isolamento, podem desencadear doenças que poderiam ser evitadas, como a depressão, ansiedade, dentre outras (OLIVEIRA et al., 2022).

Nesse contexto, sabe-se que a uma das prioridades da gestão pública deve ser a atenção voltada à saúde da pessoa idosa através da Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que é considerada a porta de entrada para atendimento de saúde em geral que almeja a promoção e prevenção da saúde, monitorando continuamente o bem-estar e, em se tratando dos longevos, um envelhecimento mais saudável possível (PLACIDELI et al., 2020).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade do impacto causado pelo acelerado envelhecimento populacional no Brasil traz à tona um alerta acerca do manejo da saúde pública, sendo que o processo de envelhecimento é desafiador, principalmente pela configuração dos quadros de incidência e prevalência de doenças e/ou comorbidades, oriundas da idade avançada. Hoje sabemos que muitas delas poderiam ser evitadas através de ações de políticas públicas que direcionem o atendimento primário para a promoção e prevenção de saúde desse grupo.

É importante entender que o processo do envelhecimento é um fenômeno inevitável, contínuo e natural, que necessita de atenção especializada em diversos aspectos como fisiológico, biológico, social, mental, físico e, não apenas, centralizado no modelo hegemônico biomédico.

Dentro da saúde coletiva, é notório que se tem dado pouca atenção em relação ao atendimento adequado para os idosos. A idade avançada, especialmente acima dos 80 anos, exige cuidados integrais e integralizados através de equipes de saúde que atuem na promoção da saúde estejam devidamente qualificadas para prestar assistência multidisciplinar segura e individualizada, buscando estimular a vida ativa e saudável por meio de práticas de atividades sociais interativas que possa envolver todas as dimensões do desenvolvimento humano.

REFERÊNCIAS

BORGES, F. M. et al. Estratégias para promoção da saúde e seus impactos na qualidade de vida de adultos hipertensos: revisão integrativa. **Cad. saúde colet.** v.30, n.1, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/M5JfVQNB64gjs8R44DF35H/?lang=pt>. Acesso em 18 de ago. de 2022.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciênc. saúde coletiva**, v.25, n.12, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>. Acesso em 18 de ago. de 2022.

CORRÊA, E. S. M. et al. Proposal for an instrument for the admission of the elderly to long-term care facilities: elaboration and validation. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v.22, n.3, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/CfdkWSGN9WwgyGpq7T7GFFk/?lang=en>. Acesso em 12 de ago. de 2022.

DAMACENO, D. G.; CHIRELLI, M. Q.; LAZARINI, C. A. The practice of care in long-term care facilities for the elderly: a challenge for the training of professionals. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v.22, n.1, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/L7v5rPFLM3G9JtQSf7rcCJs/?lang=en>. Acesso em 18 de ago. de 2022.

FRANCISCO, H. C. et al. Associação entre linguagem e o reconhecimento de expressões faciais de emoções em idosos. **Rev. Codas**, v. 34, n. 6, São Paulo, 2022a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/r49sPbQg5qtRLQ7DVDqpJhF/?lang=pt>. Acesso em 18 de ago. de 2022.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Prevalência de doenças crônicas em octogenários: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Ciênc. saúde coletiva**, v.27, n.7, Rio de Janeiro, 2022b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6pN8zZYJcY34dcRL5pmxW6j/?lang=pt>. Acesso em 18 de ago. de 2022.

LEMES, J. S. et al. Associação entre autoavaliação de saúde e tipos de atividades de vida diária em idosos. **Cad. saúde colet.** v.29, n.2, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/B5NGB94H4rhjzdb7R56cGhd/?lang=pt>. Acesso em 18 de ago. de 2022.

MACHADO, R. E. T. et al. Experiences and expectations of obese older people on the care received in the primary health care network. **Rev. Bras. Enferm.** v.73, n.3, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/cHw6YSs8VFpF6gNBNHy8mFf/?lang=en>. Acesso em 18 de ago. de 2022.

MALTA, D. C. et al. Hipertensão arterial autorreferida, uso de serviços de saúde e orientações para o cuidado na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 31, Brasília-DF, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/RjTZyD7WLyQqthLsv4vC4s/?lang=pt>. Acesso em 18 de ago. de 2022.

MARINUS, M. et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p.1356-1369, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/v4qzCcwMMwyyz5TtztQ9sMg/>. Acesso em 16 de ago. de 2022.

MONTEIRO, L. et al. Assédio moral no trabalho: uma abordagem multidisciplinar. **Rev. de Enfermagem UFPE On Line**, v.13, Pernambuco, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1052563>. Acesso em 16 de ago. de 2022.

MONTEIRO, M. C. D.; MARTINS, M. M. F. P. da S.; SCHOELLER, S. D. Evaluation of the health level of the elderly: patient care team considerations. **Rev. Bras. Enferm.** v.75, n.1, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/bPRt4cdS7rBjFGVTxzvZM9L/?lang=en>. Acesso em 18 de ago. de 2022.

OLIVEIRA, D. V. et al. Sintomas depressivos em idosos da atenção básica à saúde de um município do noroeste paranaense – estudo transversal. **Cad. saúde colet.** v.30, n.1, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/4jSmFsjpDPHLzhPbT8thkMn/?lang=pt>. Acesso em 18 de ago. de 2022.

OLIVEIRA, M. R. de; VERAS, R. P.; CORDEIRO, H. de A. A importância da porta de entrada no sistema: o modelo integral de cuidado para o idoso. **Physis** v.28, n.04, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Wqg78RCQc7LTzdrdn8fm45k/?lang=pt>. Acesso em 18 de ago. de 2022.

PAZ, M. G. da. Factors associated with quality of life of older adults with chronic pain. **Rev. Bras. Enferm.** v.74, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/WDRM3Wy3KNjxDYBCzxk4Ltm/?lang=en>. Acesso em 12 de ago. de 2022.

PLACIDELI, N. et al. Evaluation of comprehensive care for older adults in primary care services. **Rev. Saúde Pública**, v. 54, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/6fvB85XLLv6m3fgzp6zhzWQ/?lang=en>. Acesso em 18 de ago. de 2022.

SANTOS, W. J. dos S.; GIACOMIN, K. C.; ARAÚJO, J. O. O cuidado da pessoa idosa em dor no campo de práticas da Saúde Coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, v.25, n.11, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XSQQvHRQsPwjpxm5BHgGqxr/?lang=pt>. Acesso em 18 de ago. de 2022.

SILVA, C. F. da F. et al. Comparação dos aspectos da autoimagem e domínios da qualidade de vida em idosos praticantes e não praticantes de pilates em Curitiba, Paraná. **Rev. Fisioter. Pesq.**, v.28, n.2, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/rVX5fMtZd5TgFwDDjw4zyqs/?lang=pt>. Acesso em 12 de ago. de 2022.

SILVA, T. L. da et al. Quality of life and falls in elderly people: a mixed methods study. **Rev. Bras. Enferm.** v.74, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/q4fj8QwV3F3dm8TN8gFkxkz/?lang=en>. Acesso em 12 de ago. de 2022.

SILVA, M. C. M. da; MOREIRA-ALMEIDA, A.; CASTRO, E. A. B. Elderly caring for the elderly: spirituality as tensions relief. **Rev. Bras. Enferm.** v.71, n.5, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ntX8ZQYGVtRCZhSdMMh7Cnw/?lang=en>. Acesso em 12 de ago. de 2022.

SOUSA, L. et al. A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. **Rev. Investigação Enfermagem**, v.21, 2017. Disponível em: <http://hd1.handle.net/20.500.12253/1311>. Acesso em 12 de ago. de 2022.

SOUZA, A. P. de et al. Ações de promoção e proteção à saúde mental do idoso na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, v.27, n.5, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2022.v27n5/1741-1752/>. Acesso em 15 de ago. de 2022.

CAPÍTULO 12

CONSTRUÇÃO DE PODCAST PARA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: RELATO DE EXPERIENCIA

Data de aceite: 03/10/2022

Isael Cavalcante Silva

Acadêmicos de enfermagem do Centro Universitário - UniAteneu Fortaleza - Ce

Ivanete Silva De Sousa

Acadêmicos de enfermagem do Centro Universitário - UniAteneu Fortaleza - Ce

Vitoria Kisla Brasil Barros

Acadêmicos de enfermagem do Centro Universitário - UniAteneu Fortaleza - Ce

Natalia Barbosa De Sousa

Acadêmicos de enfermagem do Centro Universitário - UniAteneu Fortaleza - Ce

Otaline Silva Abreu

Acadêmicos de enfermagem do Centro Universitário - UniAteneu Fortaleza - Ce

Paloma Ferreira Rodrigues

Acadêmicos de enfermagem do Centro Universitário - UniAteneu Fortaleza - Ce

Elisabeth Soares Pereira da Silva

Docente Mestre do curso de enfermagem do Centro Universitário –UniAteneu Fortaleza - Ce

RESUMO: Introdução: O idoso é definido quando o individuo chega aos 60 anos, independentemente de seu estado biológico, psicológico e social. **Objetivo:** Relatar a construção de podcast para promoção da qualidade de vida do idoso. **Metodologia:** Trata – se de um estudo metodológico, do tipo relato

de experiência, elaborado por acadêmicos de enfermagem do 8º semestre durante a disciplina “Práticas integradas – Saúde do idoso” do curso de enfermagem, no período agosto de 2021, em Fortaleza – Ce. **Resultados e discussão:** O podcast com o titulo “Promoção da qualidade de vida do idoso” inicia com uma breve apresentação do que o podcast foi abordado, objetivo e apresentação dos autores, curso, disciplina e instituição em seguida, resultaram-se em quatro partes que abordam em quatros domínios: sono, alimentação saudável, sexualidade e exercício físico com duração de trinta e oito minutos e trinta e um segundo (38:31). **Considerações finais:** O estudo pôde contribuir positivamente para evidência científica na área de gerontologia, é de suma importância o profissional de enfermagem como educador que incentiva os idosos a ter hábitos saudáveis, ter conhecimentos sobre eles e além, mas que eles favorecem a qualidade de vida. O presente estudo possibilita uma futura aplicação desse material para a população idosa, e que contribuirá para futuros estudos sobre a qualidade de vida do idoso, que é de grande relevância na atuação profissional de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Enfermagem. Promoção.

CONSTRUCTION OF A PODCAST TO PROMOTE THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Introduction: The elderly is defined when the individual reaches the age of 60, regardless of their biological, psychological and

social status. **Objective:** To report the construction of a podcast to promote the quality of life of the elderly. **Methodology:** This is a methodological study, of the experience report type, prepared by nursing students of the 8th semester during the discipline “Integrated Practices - Health of the elderly” of the nursing course, in the period August 2021, in Fortaleza - Ce . **Results and discussion:** The podcast with the title “Promotion of the quality of life of the elderly” begins with a brief presentation of what the podcast was addressed, objective and presentation of the authors, course, discipline and institution, then resulted in four parts covering four domains: sleep, healthy eating, sexuality and physical exercise lasting thirty-eight minutes and thirty-one seconds (38:31). **Final considerations:** The study could contribute positively to scientific evidence in the area of gerontology, the nursing professional is of paramount importance as an educator who encourages the elderly to have healthy habits, to have knowledge about them and beyond, but that they favor the quality of life. The present study enables a future application of this material to the elderly population, which will contribute to future studies on the quality of life of the elderly, which is of great importance in the professional practice of nursing.

KEYWORDS: Elderly. Nursing. Promotion.

1 | INTRODUÇÃO

O idoso é definido quando o indivíduo chega aos 60 anos, independentemente de seu estado biológico, psicológico e social (SCHNEIDER, 2008). A faixa etária para considerar uma pessoa idosa é estabelecida conforme o nível socioeconômico de cada nação. Em países em desenvolvimento, é considerado idoso aquele que tem 60 ou mais anos de idade. Nos países desenvolvidos, a idade se estende para 65 anos (WHO, 2002).

Em 2050, a perspectiva de vida nos países desenvolvidos será de 87,5 anos para os homens e 92,5 para as mulheres. Já nos países em desenvolvimento, será de 82 anos para homens e 86 para mulheres, ou seja, 21 anos a mais do que os 62,1 e 65,2 atuais (BARNASKI, 2020).

No Brasil, a transição demográfica mostra que a partir de 1960 tem tido uma redução no crescimento da população, isto é as mulheres estão tendo menos filhos. E esse número nascimentos só tende a cair. Significando que a população esta cada vez mais velha. Temos e teremos cada vez mais, menos jovens/crianças e mais idosos (sendo no Brasil considerada a pessoa idosa com 60 anos) (MIRANDA, 2016).

A qualidade de vida é entendida a multidisciplinaridade do conhecimento por abranger diversas formas de ciência e o conhecimento da população, além dos conceitos que permeiam a vida das pessoas como um todo. Envolve inúmeros elementos do cotidiano do ser humano: desde a percepção e a expectativa subjetiva sobre a vida até questões como o enfrentamento de doenças e enfermidades (KAGAWA, 2015)

A avaliação da qualidade de vida deve ser fundamental na população idosa, devido séries de complicações que podem ocorrer no processo de saúde-doença, além de auxiliar o idoso no processo do envelhecimento, se adaptando a novos hábitos sociais, perdas

emocionais e físicas (CORRENTE 2010).

As doenças degenerativas (diabetes, hipertensão) acometidas em grande escala nessa faixa etária, ocasionam má qualidade de vida devida algumas incapacidades que podem ocorrer devido as patologias, desenvolvendo transtornos psicológicos, físicos e emocionais (CAMPOS, 2017).

O enfermeiro tem papel importante no processo de efetivação da promoção da saúde, já que o mesmo se encontra em constante contato com o público, podendo, dessa forma, reconhecer suas necessidades, e assim usar tecnologias adequadas para a qualificação da prática (SOUSA, et al., 2012).

A tecnologia é definida como o campo de conhecimento que faz referência ao desenho de artefatos e à planificação da sua realização, operação, ajuste, manutenção e monitoramento, à luz do conhecimento científico (LORENZETTI, 2012).

O podcast é um programa de compartilhamento de conteúdo, na forma de áudio, é possível criar conteúdo de diversos assuntos e destinados a vários públicos. Similar a um canal de rádio, sendo que gravado, permite aos ouvintes decidirem o tema e o horário que desejam ouvir (LENHARO e CRISTÓVÃO, 2016).

Diante, a temática que foi abordado anteriormente surgiu a pergunta norteadora: uma construção de uma tecnologia educativa para promoção da qualidade de vida para os idosos, pode transmitir orientações e conhecimentos para essa população? O interesse do presente estudo surgiu no decorrer da disciplina de Práticas Integradas a saúde do idoso

O objetivo é relatar a construção de podcast para promoção da qualidade de vida do idoso.

2 | METODOLOGIA

Trata – se de um estudo metodológico, do tipo relato de experiência, elaborado por acadêmicos de enfermagem do 8º semestre durante a disciplina “Práticas integradas – Saúde do idoso” do curso de enfermagem, no período agosto a novembro de 2021, em Fortaleza – Ce.

O estudo metodológico corresponde na construção, validação, e avaliação de tecnologia e técnicas de pesquisa que possam ser empregados pro outros pesquisadores. Sua finalidade é o desenvolvimento, implementação a validação e enriquecimento de instrumentos e planejamentos metodológicos (POLIT, BECK, HUNGLER, 2011).

Utilizou quatro roteiros que contem informação para melhorar a condição de saúde e orientações para ajudar essa população, construídos pelos os acadêmicos de enfermagem, sobre qualidade de sono, atividade sexual, exercício físicos e alimentação saudável para promoção da qualidade do idoso e construção do podcast.

A Construção do podcast ocorreu em cinco etapas com os integrantes da pesquisa. A primeira etapa da construção do podcast foi a decisão de quais variáveis que os autores

irá abordar que irá abordar o podcast que os autores decidiram abordar sono, alimentação, sexualidade e exercício físico.

Segunda etapa: à divisão das variáveis entre os autores para elaboração dos roteiros para o podcast.

Terceira etapa: a pesquisa e construção do roteiro que ocorreu na biblioteca virtual de saúde (BVS), livros e relato de experiência.

Quarta etapa: a gravação do áudio que foi com dois autores da pesquisa, um autor foi o entrevistador e o segundo foi o entrevistado.

Quinta etapa: a edição do áudio que foi no aplicativo Anchor.

Anchor é uma plataforma gratuita e fácil para pessoas fazerem sua criação de podcast, contendo ferramentas que permitem aos usuários gravar e editar áudio organizá-lo em episódios de podcast.

A edição das gravações ocorreu no aplicativo, colocando em ordem as gravações que ficou na seguinte ordem: Abertura, Sono, Alimentação saudável, Sexualidade e por fim Exercício físico, no aplicativo em seguida adicionou uma musica com o nome “Glass Beads” de fundo na abertura e nos intervalos de cada parte do episodio foi inserido um tom “A Litter Power”.

E no final da edição foi adicionada uma imagem da internet pesquisada pelos autores como capa do podcast que tem uns idosos felizes, foi feito uma descrição no podcast que contém nomes dos autores, objetivo e o que foi abordado no podcast, e seguida esse podcast foi publicado no próprio Aplicativo Anchor

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O podcast com o titulo “Promoção da qualidade de vida do idoso” inicia com uma breve apresentação do que o podcast foi abordado, objetivo e apresentação dos autores, curso, disciplina e instituição em seguida resultou-se em quatro partes que abordam em quatros domínios: sono, alimentação saudável, sexualidade e exercício físico, com duração de trinta e oito minutos e trinta e um segundo (38:31).

Domínio 1: Um sono de qualidade!

Nessa parte foi relatado: o que é o sono, quantas horas de sono que precisamos ter por dia, explicar o que acontecer quando a pessoa dorme menos horas que é necessário por dia, explicar alguns hábitos que pode interferir no sono e no final sugere algumas medidas que pode estar melhorando o sono

O sono tem uma função fundamental nos processos de renovação necessários à vida, de forma a influenciar atividades biológicas dos indivíduos, variando desde consolidação da memória e termorregulação, até restauração do metabolismo energético cerebral (CARONE et al., 2020)

Domínio 2: Alimentação saudável

Nessa parte foi abordado: a importância de uma alimentação saudável, o que deve ser evitado, os benefícios de uma alimentação saudável, como tornar a alimentação saudável agradável e como funcionar a pirâmides alimentar do idoso.

A alimentação saudável é fundamental para manter a saúde e é indispensável para o sistema imunológico em excelentes condições e ajudando na prevenção de doenças cardiovasculares e obesidades (NUNES, 2020).

Domínio 3: Sexualidade

Nessa parte foi relatado: O que é vida sexual, a importância para se manter uma vida sexual saudável, perder a vergonha de falar sobre o assunto, como evitar que algo atrapalhe esse momento, sobre a importância das medidas de prevenção de IST's, quais são essas medidas de proteção e por final foi focado no jeito correto de como colocar o preservativo feminino e masculino.

A sexualidade do idoso é um assunto deixado em segundo plano por pesquisadores, sendo que a grande parte dos estudos acerca deste assunto são direcionados aos aspectos fisiológicos negativos da sexualidade na velhice (AGUIAR,2020). Deixando essa população vulnerável a IST's/ HIV sem conhecimento sobre os métodos de prevenção.

Domínio 4: Exercício físico

Nessa ultima parte foi abordado: a importância da pratica de exercício físico quais atividades físicas são recomendadas para os idosos, quais os benefícios da pratica de atividades físicas e como iniciar atividades físicas.

O idoso que tem a prática regular de exercício físico proporciona melhora de todos os sistemas do corpo humano, desde a capacidade cognitiva e funcional, a habilidades físicas. Os benefícios para o idoso como um todo, pois a melhora destes sistemas o capacitam a realizar da melhor forma as atividades diárias, e conseqüentemente os possibilitam a viverem com qualidade. (SILVA, 2021).

Diante dos quatro presentes domínios que foram abordados no podcast, sono, alimentação saudável, sexualidade e exercício físicos serviram para melhorar a qualidade de vida do idoso, visto que o envelhecimento interfere na qualidade de vida, portanto é importante o idoso tem conhecimentos sobre hábitos saudáveis para que possa ter qualidade de vida.

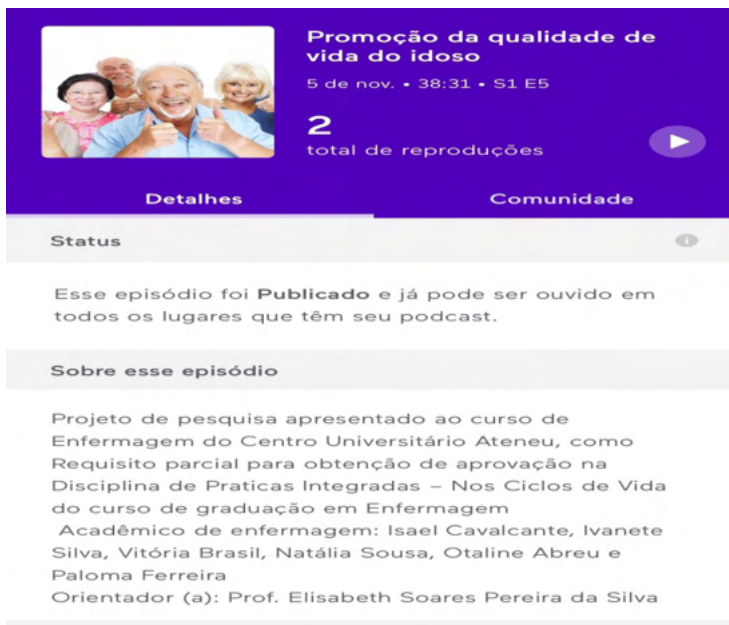


Figura 1: Podcast - Promoção da qualidade de vida do idoso

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante a experiência da construção de um podcats “Promoção da qualidade de vida do idoso” vivenciada pelos os autores demonstraram que o material tem uma contribuição valiosa para se torna um instrumento de educação em saúde. É importante criar, desenvolver e produzir um material de qualidade que alcance a promoção de hábitos saudáveis para a população idosa ou ate mesmo para os cuidadores ou familiares do idoso.

Conclui – se que este estudo pôde contribuir positivamente para evidência científica na área de gerontologia, é de suma importância o profissional de enfermagem como educador que incentiva os idosos a ter hábitos saudáveis, ter conhecimentos sobre eles e além, mas que eles favorecem a qualidade de vida. O presente estudo possibilita uma futura aplicação desse material para a população idosa, e que contribuirá para futuros estudos sobre a qualidade de vida do idoso, que é de grande relevância na atuação profissional de enfermagem.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, R. B. ; LEAL, MÁRCIA CARRERA CAMPOS ; MARQUES, A. P. O. ; TORRES, K. M. S. ; TAVARES, M. T. D. B. . Idosos vivendo com HIV - comportamento e conhecimento sobre sexualidade: revisão integrativa. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 25, p. 575-584, 2020

BARNASKI, MRO, DESSBESELL. CC, et, AL. O uso das tecnologias em tempos de pandemia pelos idosos. XXV Seminário interinstitucional de ensino, pesquisa e extensão. Cruz alta/RS. Novembro 2020

CARONE, C. M. M. et al. Fatores associados a distúrbios do sono em estudantes universitários. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v. 36, n. 3, 2020.

CAMPOS DE OLIVEIRA, BEATRIZ; MOREIRA BARBOSA, NAIANE; SAINT-CLAIR MATTIODA DE LIMA, MARINA; SILVA GUERRA, HELOÍSA; MAGNAS NEVES, CARLOS; BOAVENTURA AVELAR, JULIANA. Avaliação da qualidade de vida em idosos da comunidade **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, vol. 30, núm. 3, 2017, Julho-Setembro Universidade de Fortaleza Brasil

CORRENTE JE, MACHADO ABC. Avaliação da qualidade de vida da população idosa numa estância turística do interior do Estado de São Paulo: aplicação da escala de Flanagan. **Rev APS**. 2010;13(2):156-63.

KAGAWA, CARLOS ALEXANDRE; CORRENTE, JOSÉ EDUARDO . Análise da capacidade funcional em idosos do município de Avará-SP: fatores associados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, p. 577-586, 2015.

LENHARO, RAYANE ISADORA; CRISTOVÃO, VERA LÚCIA LOPES. Podcast, participação social e desenvolvimento. **Educ. rev., Belo Horizonte**, v. 32, n. 1, pág. 307-335, março de 2016.

LORENZETTI, J.; TRINDADE, L. L. ; PIRES, D. E. P. ; RAMOS, F. R. S. . Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto & Contexto Enfermagem (UFSC. Impresso)**, v. 21, p. 432-439, 2012.

MIRANDA, GABRIELLA MORAIS DUARTE; MENDES, ANTONIO DA CRUZ GOUVEIA ; SILVA, ANA LUCIA ANDRADE DA . Envelhecimento populacional no Brasil: desafios sociais atuais e futuros e consequências. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, p. 507-519, 2016.

NUNES, ANA CRISTINA OLIVEIRA; ALVES, MARCOS RAFAEL ; CAVICHIOLI, FABIO ALEXANDRE . Estudo de viabilidade da implantação de uma loja de produtos naturais em taquaritinga/sp. **Interface tecnológica (são paulo)**, v. 17, p. 590-602, 2020.

POLIT D. F; BECK C. T. Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem. 7a ed. **Porto Alegre (RS): Artmed**; 2011.

SCHNEIDER, RODOLFO HERBERTO; IRIGARAY, TATIANA QUARTI . O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia (PUCCAMP. Impresso)**, v. 25, p. 585-593, 2008.

SILVA, GENIVALDA SANTOS ; DOS SANTOS, NÚBIA CECÍLIA DA CONCEIÇÃO ; BATISTA, THAIS DOS SANTOS ; DA CONCEIÇÃO, JAQUELINE SANTOS ; LIRA, CINTHIA RAVENA FIGUEIREDO ; MOURA, LUNA VITÓRIA CAJÉ . Impactos da prática de exercícios físicos na qualidade de vida da pessoa idosa: revisão integrativa. **REVISTA ELETRÔNICA ACERVO EM SAÚDE**, 2021.

SOUSA, C. P. M. et al. Uso de Tecnologias do Cuidar na Promoção da Saúde do Adolescente. **Crato, Ceará: Grupo de Pesquisa de Saúde Coletiva – GRUPESC/ URCA**, 2012.

WHO (2002) Active Ageing – A Policy Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid, Spain, April, 2002.

CAPÍTULO 13

ESTILO DE VIDA, RELIGIÃO, MORTALIDADE E EXPECTATIVA DE VIDA

Data de aceite: 03/10/2022

Data de submissão: 20/08/2022

Estêfano de Lira Fernandes

M.Sc. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Presidente Prudente e Enfermeiro no Hospital Estadual de Presidente Prudente, SP
<https://orcid.org/0000-0002-7855-8448>

Lanny Cristina Burlandy Soares

Ph.D. Coordenadora e docente do Programa de Doutorado em Liderança da Andrews University at UNASP – Engenheiro Coelho. UNASP - Centro Universitário Adventista de São Paulo

Natália Cristina de Oliveira

Ph.D. Docente do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do UNASP - Centro Universitário Adventista de São Paulo, e pesquisadora no LAFEX - Laboratório de Fisiologia do Exercício
<https://orcid.org/0000-0002-0747-9478>

Márcia Cristina Teixeira Martins

Ph.D. Docente da Universidade Del Plata, Argentina
<https://orcid.org/0000-0002-9565-954X>

José Lázaro Vieira dos Passos

MSc. Pesquisador do LAFEX-UNASP – Laboratório de Fisiologia do Exercício, UNASP – Centro Universitário Adventista de São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/7899032400379153>

Leslie Andrews Portes

M.Sc. Docente UNASP – Centro Universitário Adventista de São Paulo e pesquisador do LAFEX-UNASP – Laboratório de Fisiologia do Exercício
<https://orcid.org/0000-0003-0537-4725>

RESUMO: A religiosidade e a espiritualidade exercem impacto sobre vários aspectos da saúde física e mental. Assim, o objetivo deste capítulo foi resumir e apresentar dados sobre longevidade e mortalidade por várias doenças em relação a aspectos do estilo de vida. Trata-se de uma revisão narrativa baseada em estudos científicos publicados em periódicos internacionais, envolvendo populações que professam o cristianismo, principalmente a população adventista do sétimo dia (ASD), tratando dos efeitos do estilo de vida peculiar desse público sobre aspectos de saúde, longevidade e mortalidade. Quase 470 estudos científicos com ASD já foram publicados, especialmente na população norte-americana, e sabe-se que esta população apresenta maior expectativa de vida, menor mortalidade e menores taxas de doenças crônicas não transmissíveis. As principais causas não violentas de óbitos no Brasil e no mundo estão relacionadas ao estilo de vida, e, portanto, poderiam ser evitadas. Apesar disso, ainda são muito escassas as informações a respeito da saúde, longevidade e mortalidade de brasileiros relacionadas à religião. Presume-se que quanto maior o tempo de afiliação religiosa, maior o tempo de exposição às orientações de estilo de vida e saúde e, conseqüentemente, maior a

influência da religiosidade e/ou espiritualidade na saúde. A religiosidade e a espiritualidade se associam positivamente à expectativa de vida e reduzem a mortalidade por várias causas. Entre os mecanismos que explicam esta relação destacam-se as orientações de estilo de vida fornecidas pela igreja, bem como aqueles inerentes às atividades religiosas organizacionais e às de cunho pessoal ou espirituais.

PALAVRAS-CHAVE: Estilo de vida; Religiosidade; Espiritualidade; Expectativa de vida; Mortalidade.

LIFESTYLE, RELIGION, MORTALITY AND LIFE EXPECTANCY

ABSTRACT: Religiosity and spirituality have an impact on various aspects of physical and mental health. Thus, the purpose of this chapter was to summarize and present data on longevity and mortality from various diseases in relation to aspects of lifestyle. This is a narrative review based on scientific studies published in international journals, involving populations that profess Christianity, mainly the Seventh-day Adventist population (SDA), dealing with the effects of the peculiar lifestyle of this public on aspects of health, longevity, and mortality. Almost 470 scientific studies on ASD have been published, especially in the North American population, and it is known that this population has a longer life expectancy, lower mortality, and lower rates of chronic non-communicable diseases. The main non-violent causes of death in Brazil and in the world are related to lifestyle and, therefore, could be avoided. Despite this, there is still very little information about the health, longevity and mortality of Brazilians related to religion. It is assumed that the longer the time of religious affiliation, the longer the exposure to lifestyle and health guidelines and, consequently, the greater the influence of religiosity and/or spirituality on health. Religiosity and spirituality are positively associated with life expectancy and reduce mortality from various causes. Among the mechanisms that explain this relationship, the lifestyle guidelines provided by the church, as well as those inherent to organizational religious activities and to those of a personal or spiritual nature, stand out.

KEYWORDS: Lifestyle; Religiosity; Spirituality; Life expectancy; Mortality.

1 | INTRODUÇÃO

O estudo de revisão do Prof. Dr. Harold G. Koenig (Koenig, 2012), com 601 referências apenas de estudos quantitativos, revelou o positivo impacto da religiosidade e da espiritualidade sobre vários aspectos de saúde física, mental, estilo de vida e várias doenças. Seus achados estão em franca oposição a outros grandes cientistas. Por exemplo, em 1927, Freud escreveu em seu livro “O Futuro de uma Ilusão” (Freud, 1927) que “...a religião seria a neurose obsessiva universal da humanidade; tal como a neurose obsessiva das crianças, ela surgiu do complexo de Édipo, do relacionamento com o pai. A ser correta essa conceituação, o afastamento da religião está fadado a ocorrer com a fatal inevitabilidade de um processo de crescimento, e nos encontramos exatamente nessa junção, no meio dessa fase de desenvolvimento. Nosso comportamento, portanto, deveria modelar-se no de um professor sensato que não se opõe a um novo desenvolvimento

iminente, mas que procura facilitar-lhe o caminho e mitigar a violência de sua irrupção. Decerto nossa analogia não esgota a natureza essencial da religião. Se, por um lado, a religião traz consigo restrições obsessivas, exatamente como, num indivíduo, faz a neurose obsessiva, por outro, ela abrange um sistema de ilusões plenas de desejo juntamente com um repúdio da realidade, tal como não encontramos, em forma isolada, em parte alguma, senão na amênia (deficiência mental, desordem mental), num estado de confusão alucinatória beatífica (devoto, religioso, fanático)”. Parece claro que a ideia que Freud tinha da Religião era negativa e não saudável.

Mais recentemente, Deus e, conseqüentemente, a religião, foram tratados com bastante hostilidade por Richard Dawkins (2006), em seu livro “Deus, um delírio”. Embora o livro trate sobre um Deus que não existe e que é desnecessário para sermos pessoas boas e morais, o que desperta a pergunta “como alguém que não existe pode ser tão odiado?”, Dawkins também não vê qualquer benefício na religião ou nas crenças religiosas.

O presente texto é uma revisão narrativa baseada em estudos científicos publicados em vários periódicos internacionais, envolvendo populações que professam o cristianismo, principalmente a população adventista do sétimo dia (ASD), tratando sobre os efeitos do estilo de vida peculiar desses religiosos sobre vários aspectos de saúde, longevidade e mortalidade. Por isso, o objetivo da presente revisão foi resumir e apresentar dados sobre longevidade e mortalidade por várias doenças em relação a aspectos do estilo de vida.

2 | CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

Quase 470 estudos científicos com Adventistas do Sétimo Dia (ASD) já foram publicados, especialmente na população norte-americana (EUA e Canadá), e vários aspectos interessantes têm servido como representativos dos potenciais benefícios de um estilo de vida saudável (<https://adventisthealthstudy.org/researchers/scientific-publications>), tais como, maior expectativa de vida (Singh et al., 2003), menor mortalidade por todas as causas e por doenças do aparelho circulatório e cânceres (Fonnebo, 1992; Fraser, 2003), e menores taxas de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (Fraser, 2003). Essas características tornam a população ASD apropriada para estudos sobre os efeitos de distintos padrões dietéticos e outros comportamentos do estilo de vida sobre os principais fatores de risco de mortalidade (Fraser et al., 2015).

A Igreja Adventista do Sétimo Dia (IASD) surgiu em decorrência do movimento adventista do grande despertamento de 1840 a 1844, seguido pelo grande desapontamento de 22 de outubro de 1844. Os ASD compõem um grupo religioso que têm a Bíblia como sua única regra de fé e recomenda aos seus membros a prática de um estilo de vida saudável (Phillips, 1975; Phillips et al 1978; GCSDA, 2015). Seus membros são orientados a se absterem completamente do tabaco, das bebidas alcoólicas, das bebidas contendo cafeína, como os chás estimulantes e o café, e a se absterem de alimentos considerados

impróprios para consumo, listados na Bíblia, no livro de Levítico 11, como o porco e peixes de couro, entre outros. Em relação à alimentação, são orientados a adotarem uma dieta com ênfase em alimentos *in natura* e de origem vegetal, evitando produtos condimentados e refinados, com uso abundantemente frutas, hortaliças, cereais integrais, castanhas e água. Ainda enfatizam a educação de qualidade, relacionamentos familiares duradouros e relacionamento profundo com Deus por meio da oração, estudo da Bíblia e do testemunho pessoal (Fraser, 2003). Essas características distintivas têm sido amplamente relacionadas à saúde física, mental e espiritual.

3 | PRINCIPAIS CAUSAS-MORTIS

A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª edição, conhecida também como CID-10 (OMS, 1994), permite avaliar, de forma sistemática, as informações sobre a causa de morte, possibilitando a interpretação e comparação de dados coletados em diferentes locais e períodos.

As principais causas não violentas de óbitos no Mundo e no Brasil estão relacionadas ao estilo de vida: 1) doenças do aparelho circulatório, 2) cânceres (neoplasias), 3) doenças do aparelho respiratório e 4) doenças nutricionais, metabólicas e endócrinas (WHO, 2011; WHO, 2014). Juntas, essas doenças contam com quase 70% de todos os óbitos no mundo e 78% no Brasil (WHO, 2018). Essas causas são coletivamente chamadas de DCNT (MOURA et al., 2009; VICTORA et al., 2011; SCHMIDT et al., 2011; WHO, 2013), ou Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), ou ainda, de Doenças do Estilo de Vida (PAPPACHAN, 2011). Os relatórios estatísticos da Organização Mundial da Saúde (OMS) também indicam que essas são as principais causas de anos de vida perdidos devido à mortalidade prematura (WHO, 2018). Adicionalmente, a taxa de os óbitos por DCNT podem alcançar 80% nos países de baixa a média renda (WHO, 2018). Tendo em conta que grande parte desses óbitos poderia ser evitada com mudanças no estilo de vida (EV), e que esses óbitos ocorrem em fase produtiva da vida, tal contingente impõe pesado custo social e econômico a esses países.

4 | ESTILO DE VIDA

O EV é a maneira de viver, com base em padrões de comportamento identificáveis que são determinados pela interação entre as características pessoais de um indivíduo, as interações e condições socioeconômicas e ambientais de vida (WHO, 1998). Quanto maior o número de fatores do EV saudável, menor o risco relativo para a mortalidade por todas as causas (Belloc, 1973; Loef e Walach, 2012; Li et al., 2018). Quanto mais componentes do EV são praticados (não fumar, peso adequado, atividade física, dieta saudável e consumo moderado de álcool) maior a redução (66% ou RR = 0,34, IC95%: 0,27–0,44) no risco de morte. As características enfatizadas de EV dos ASD podem ser resumidas

em oito princípios, que têm como acrônimo a expressão em inglês *NEW START* (HENRY; KALYNOVSKYI, 2004; SLAVÍČEK et al., 2008; WHO, 2008): nutrição (dieta vegetariana), exercício físico, água, exposição adequada ao sol, abstinência de tabaco, álcool, cafeína e de outros produtos nocivos à saúde, ar puro, repouso adequado e confiança em Deus. Henry e Kalynovskyi (2004) recomendaram o *NEW START* como programa de EV para reverter o diabetes e a obesidade naturalmente. Slavíček et al. (2008) aplicaram o *NEW START* por uma semana em 1.349 voluntários, sendo 76% mulheres, com idade média de 51 ± 15 anos. Esses autores avaliaram os efeitos agudos (ao longo da semana de tratamento) e crônicos (após um ano) do Programa *NEW START* e verificaram significantes reduções ($P < 0,001$) de 0,8% no peso corporal em 91% dos sujeitos, de 1,2% no índice de massa corporal (IMC) em 78% deles, de 5% na pressão sistólica e de 3% na pressão diastólica em 90% deles, de 11% no colesterol sérico em 74% dos avaliados e de 10% na glicemia em 40% dos sujeitos, na primeira semana. Após um ano de seguimento de uma pequena amostra, os autores observaram manutenção desses efeitos alcançados. Os autores concluíram que o EV proposto pelo *NEW START* foi capaz de reduzir agudamente os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

Adicionalmente, a OMS listou o *NEW START* como um dos programas mais bem-sucedidos no mundo para a promoção de EV fisicamente ativo (WHO, 2008). O documento (p. 25) relata os resultados do *NEW START* para 80 crianças de 5 a 16 anos da rede escolar das Ilhas Cook, como projeto piloto, e indicou melhoras no EV, incluindo aumento dos níveis de atividade física, que foram sustentados ao longo de todo o programa. Outros estudos com amostras representativas de suas respectivas populações têm contribuído enormemente para o entendimento das relações entre o EV, mortalidade e expectativa de vida (FRASER, 2003; BERKEL; WAARD, 1983; FONNEBO, 1992).

5 | ESTILO DE VIDA E MORTALIDADE

Estudos com ASD americanos (KAHN et al., 1984; SNOWDON, 1988), holandeses (BERKEL; WAARD, 1983) e noruegueses (FONNEBO, 1992) sustentam a noção de que o EV se associa a menores taxas de mortalidade decorrentes de doença cardíaca coronariana (PHILLIPS et al., 1978; FONNEBO, 1992), da maioria dos cânceres (PHILLIPS, 1975; FONNEBO, 1992) e por doenças nutricionais, metabólicas e endócrinas (ORLICH et al., 2013). Há sólidas indicações de que a dieta tem importante impacto nas taxas de mortalidade (KAHN et al, 1984; SNOWDON, 1988; FRASER, 1999; ORLICH et al., 2013). Esses estudos mostraram que o consumo de carne foi positivamente associado à mortalidade por todas as causas (em homens), por doença cardíaca coronariana (em homens e mulheres) e por diabetes mellitus (em homens). Além desses produtos, há indicações de que o consumo de ovos está positivamente associado à mortalidade por todas as causas e por doença cardíaca coronariana (mulheres) e cânceres do cólon (homens e mulheres), do ovário e

de próstata (KAHN et al, 1984; SNOWDON, 1988). Mais recentemente, estudando 96.469 ASD norte-americanos e canadenses, Orlich et al. (2013) identificaram menores taxas de mortalidade por doença cardiovascular, renal, endócrina e por causas não relacionadas ao sistema cardiovascular ou ao câncer, entre vegetarianos, em comparação aos não vegetarianos, especialmente entre os homens. Fomodu et al (1998) associaram a dieta vegetariana a menores níveis de fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Mesmo entre pessoas muito idosas (FRASER e SHAVLIK, 1997), alguns hábitos de EV, tais como a prática de atividade física vigorosa pelo menos três vezes por semana e o consumo de castanhas pelo menos cinco vezes por semana, se associaram a menor mortalidade por doença cardíaca coronariana, diabetes e por todas as causas. Por outro lado, hábitos como o consumo de “donuts” e de carne vermelha aumentaram o risco de morte.

A prática do vegetarianismo está entre os mecanismos relacionados à menor mortalidade. Fraser (1999) mostrou que a mortalidade entre ASD vegetarianos era 20% menor (0,80, IC95%: 0,74-0,87) que entre os que consumiam quaisquer carnes. Fraser (1999) observou também que o risco de doença cardíaca isquêmica fatal e não fatal era aproximadamente 50% menor entre os que consumiam nozes e castanhas quatro a cinco vezes por semana em comparação aos que consumiam uma vez ou menos. O consumo de pão integral reduziu o risco de morte por doença cardíaca isquêmica em 11%. Por outro lado, entre os homens, o consumo de carne menos de três vezes e três vezes ou mais por semana aumentou o risco de morte em 93% e 131%, respectivamente, em relação aos que não consumiam. O mesmo efeito não foi observado entre as mulheres.

Outros aspectos interessantes incluem as relações entre frequentar uma Igreja, participar em atividades religiosas e professar religiosidade e/ou espiritualidade. Lucchetti e colaboradores (2011) revisaram a relação entre espiritualidade e/ou religiosidade sobre a mortalidade. Os autores selecionaram 25 intervenções de saúde bem conhecidas e realizaram busca por estudos de 1994 a 2009. No geral, as pessoas com maiores níveis de religiosidade e/ou espiritualidade exibiram 18% de redução da mortalidade. Participar de serviços religiosos (redução de 25%), ter envolvimento ativo na Igreja (redução de 22%) e exibir elevado nível de religiosidade e/ou espiritualidade (redução de 18%) foram tão importantes quanto consumir frutas e verduras (redução de 26%) para reduzir a mortalidade cardiovascular, e foram mais efetivas, por exemplo, do que o uso de baixas doses de aspirina (redução de 13%), drogas para o tratamento da hipertensão de idosos (redução de 12%) e terapia por estatinas (redução de 12%).

Outros pesquisadores estiveram interessados em avaliar o impacto do tempo de filiação à Igreja, por exemplo, por meio do batismo, sobre a mortalidade. Heuch e colaboradores (2005) acompanharam 29.871 membros da Igreja ASD por 12 anos e, nesse período, registraram 5.109 óbitos. Entre os homens, os que se uniram a Igreja ASD desde a infância exibiram menor mortalidade do que os que se uniram entre 40 e 70 anos de

idade. Além disso, quanto maior o tempo como membro da Igreja, menor foi a mortalidade. Entre as mulheres, as que se uniram a Igreja antes dos 40 anos experimentaram menor mortalidade. Fonnebo (1992) acompanharam 7.173 ASD da Noruega, de 1962 a 1986, e verificaram que os que se filiaram a Igreja antes dos 19 anos de idade, provavelmente levados pelos familiares, exibiram 31% (homens) e 41% (mulheres) menor mortalidade que a população em geral. A principal causa dessa redução foi a diminuição da prevalência de doença cardiovascular (56% em homens e 48% em mulheres). Adicionalmente, entre aqueles que entraram na Igreja após os 19 anos de idade, observou-se que quanto maior o tempo de afiliação (batismo), menor a mortalidade.

6 | ESTILO DE VIDA E EXPECTATIVA DE VIDA

Expectativa de vida é o número de anos restantes a uma pessoa, em uma idade em particular, baseada nas taxas de mortalidade específicas da população (WHO, 2004). A expectativa de vida média no Brasil, em 1940, era de 45,5 anos (homens: 42,9 anos e mulheres: 48,3 anos) desde o nascimento, e passou para 76,6 anos (homens: 73,1 anos e mulheres: 80,1 anos), segundo o IBGE (2022). Em relação aos ASD, Fraser (2001) divulgou dados indicativos de que nos Estados Unidos da América, entre os que praticavam a maioria dos princípios de EV propostos pela Igreja (dieta vegetariana, exercícios físico, índice de massa corporal adequado e não fumavam), a expectativa de vida poderia ser de até 10 anos a mais que a população em geral. Em 2005, o jornalista Dan Buettner publicou um artigo na *National Geographic* que repercutiu mundialmente, apontando as três populações com maior expectativa de vida no mundo, entre as quais estavam os ASD da Califórnia, EUA, e sugeriu que havia relação direta entre a elevada expectativa de vida e seus distintivos aspectos do EV (BUETTNER, 2005). O jornalista chamou essas comunidades longevas de “Blue Zones”. Hoje em dia, são reconhecidas cinco principais Blue Zones, incluindo os ASD de Loma Linda na Califórnia, os japoneses da ilha de Okinawa, os italianos da ilha da Sardenha, a comunidade de Nicoya na Costa Rica (ROSETO-BIXBY, 2013) e Ikaria na Grécia (PANAGIOTAKOS, 2011). Verificou que as Blue Zones tinham em comum os seguintes hábitos: não fumavam, permaneciam fisicamente ativos, tinham importante envolvimento social, desfrutavam de carinho familiar e tinham dieta baseada em vegetais. Os ASD chamaram a atenção por suas características distintivas de EV, tais como fortes vínculos religioso e espiritual, guarda do sábado, consumo de derivados da soja, como o leite de soja, e elevado consumo de castanhas e legumes.

O estudo de Belloc (1973) ilustra bem a relação entre EV e expectativa de vida. Ele avaliou a influência de sete hábitos: 1) sono de 7h à 8h, 2) peso adequado, 3) não comer entre as refeições, 4) tomar o desjejum, 5) envolver-se frequentemente ou algumas vezes por semana em alguma atividade esportiva, ou nadar, caminhar longamente, realizar jardinagem ou exercícios físicos, 6) ingerir menos de 4 doses de bebida alcoólica por

semana e 7) não fumar. A expectativa de vida de homens e mulheres que tinham pelo menos seis desses hábitos era de 11 anos e 7 anos maior, respectivamente, que aqueles que tinham quatro hábitos ou menos.

Fonnebo (1992) seguiram 7.173 ASD da Noruega, de 1962 a 1986, e observaram que a expectativa de vida de homens e mulheres da população norueguesa, no período de 1961 a 1985, era de 53,4 anos (homens) e 59,0 anos (mulheres) a partir de 20 anos. Analisando-se toda a população ASD, as expectativas de vida foram de 56,4 anos e 59,7 anos, respectivamente, mas, entre os que se afiliaram antes dos 19 anos, as expectativas de vida eram de 58,6 anos e 64,2 anos, respectivamente. Os acréscimos às expectativas de vida foram de 4,0 e 0,7 anos, respectivamente, com respeito a todos os ASD, e de 5,2 anos para homens e mulheres entre os que se tornaram ASD antes dos 19 anos de idade.

Recentemente, Li e colaboradores (2018) avaliaram os dados de dois grandes estudos prospectivos, o *Nurses' Health Study* e o *Health Professionals Follow-up Study*, totalizando 123.219 homens e mulheres, os quais foram comparados a adultos do estudo NHANES. Eles avaliaram apenas cinco componentes do estilo de vida: nunca ter fumado, IMC entre 18,5 kg/m² e 24,9 kg/m², 30 minutos ou mais de atividade física diária de moderada a vigorosa intensidade, consumo moderado de álcool e elevado escore dietético. A mortalidade diminuiu com o aumento do número de hábitos saudáveis. Em relação aos que não praticavam qualquer um dos cinco hábitos saudáveis, o risco de morte (razões de risco ajustadas) por todas as causas, por cânceres e por doenças cardiovasculares, respectivamente, foram reduzidos em 21%, 17% e 25% para os que praticavam um hábito saudável, de 39%, 32% e 46% para os que praticavam dois hábitos saudáveis, de 53%, 47% e 60% entre os que praticavam três hábitos, de 65%, 56% e 72% entre os que praticavam 4 hábitos e de 74%, 65% e 82% para os que praticavam os cinco hábitos (LI et al., 2018). Esses benefícios ocorreram em todas as faixas etárias, de 50 anos a 85 anos, entre os homens e as mulheres. As expectativas de vida dos homens e mulheres que praticavam os cinco hábitos foram 14,0 anos e 12,2 anos, respectivamente, maiores do que os que não praticavam qualquer um desses cinco hábitos (LI et al., 2018).

7 | ESTUDOS COM BRASILEIROS

São muito escassas as informações a respeito da saúde, longevidade e mortalidade de brasileiros relacionadas à religião. Apenas quatro estudos estão disponíveis com ASD do Brasil (NAVARRO et al., 2006; TEIXEIRA et al., 2007; FERREIRA et al., 2011; SILVA et al., 2012 e VELTEN et al., 2016).

Navarro et al. (2006) estudaram 136 ASD com diferentes padrões alimentares: vegetarianos, semi-vegetarianos e não vegetarianos. Os autores observaram que, os que praticavam a dieta vegetariana exibiam valores significativamente menores de pressão arterial sistólica e diastólica, de colesterol total, e menores prevalências de

hipercolesterolemia e de hipertensão arterial.

Teixeira et al. (2007) compararam 67 ASD vegetarianos das cidades de Vitória e Vila Velha, no Espírito Santo, Brasil, a 134 onívoros (não vegetarianos) do Projeto MONICA/Vitória. Após pareamento por classe socioeconômica, sexo, idade e raça, os ASD vegetarianos exibiram significativamente menores valores de IMC, relação cintura/quadril, pressão arterial, ureia, ácido úrico, sódio urinário, glicemia de jejum, colesterol total, LDL-Colesterol e triglicérides que os não vegetarianos.

Ferreira et al. (2011) estudaram 244 indivíduos semivegetarianos e 364 não vegetarianos, membros da maior IASD do estado de São Paulo, avaliando a prevalência de DCNT e uso de produtos recomendáveis e não recomendáveis à saúde. Os semivegetarianos exibiram significativamente menores valores de peso corporal e IMC que os não vegetarianos, e baixas prevalências de doença cardíaca, hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia em relação à população brasileira, (entre 2% e 10%). Adicionalmente, os semivegetarianos consumiam significativamente menos açúcar, arroz branco, café, doces em geral, margarina e refrigerantes, e significativamente mais alimentos integrais, amêndoas, amendoim, castanha de caju, castanha do Pará, frutas frescas, leite de soja, proteína vegetal texturizada e saladas.

Silva et al. (2012) determinaram a prevalência de hipertensão arterial de 264 ASD da capital e do interior do Estado de São Paulo, com alto nível de religiosidade, avaliada pelo DUREL - Duke Religious Index (ALMEIDA et al., 2008). As prevalências de hipertensão arterial dos ASD da capital (15%) e do interior (27,4%) foram significativamente inferiores às verificadas na população brasileira.

Velten et al. (2016) não ofereceram informações sobre a existência ou não de diferenças estatisticamente significantes, mas a reanálise dos dados mostrou que os ASD exibiram maior taxa de óbitos por cânceres (20% *versus* 15%) e menor taxa de mortes por causas externas de morbidade e de mortalidade (10% *versus* 19%).

8 | INFLUÊNCIA DO TEMPO DE BATISMO

O ingresso de uma pessoa em uma determinada Igreja geralmente ocorre por meio do batismo. Alguns estudos avaliaram o tempo decorrido desde o batismo como indicador de exposição às orientações da Igreja, por exemplo, em relação aos hábitos de saúde (PHILLIPS, 1975, MILLS *et al.*, 1988). Presume-se que quanto mais tempo de afiliação, maior o tempo de exposição às orientações de estilo de vida e saúde e, por isso, maior a influência da religiosidade e/ou espiritualidade (HEUCH *et al.*, 2005). Mills e colaboradores (1988) notaram que as razões de chance para o câncer de mama tenderam a ser inversamente associadas ao tempo de exposição ao estilo de vida proposto pela IASD ($0,09 < P < 0,20$).

9 | CONCLUSÕES

A religiosidade e a espiritualidade influenciam positivamente diversos aspectos de saúde, se associam positivamente à expectativa de vida e reduzem a mortalidade por várias causas. Entre os mecanismos destacam-se as orientações de estilo de vida fornecidas pela Igreja, bem como aquelas inerentes às atividades religiosas organizacionais e às de cunho pessoal ou espirituais.

REFERÊNCIAS

BELLOC, N. B. Relationship of Health Practices and Mortality. **Preventive Medicine**, v. 2, n. 1, p. 67-81, 1973. [https://doi.org/10.1016/0091-7435\(73\)90009-1](https://doi.org/10.1016/0091-7435(73)90009-1).

BERKEL, J.; WAARD, F. Mortality pattern and life expectancy of Seventh-Day Adventists in the Netherlands. **International Journal of Epidemiology**, v. 12, n. 4, p.455-9, 1983. <https://doi.org/10.1093/ije/12.4.455>.

BUETTNER, D. Os segredos da longa vida. **National Geographic**, nov. 2005.

DAWKINS, R. **Deus, um delírio**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

FAMODU, A. A.; OSILESI, O.; MAKINDE, Y. O.; OSONUGA, O. A. Blood pressure and blood lipid levels among vegetarian, semi-vegetarian, and non-vegetarian native Africans. **Clinical Biochemistry**, v. 31, n. 7, p. 545-9, 1998. [https://doi.org/10.1016/s0009-9120\(98\)00067-8](https://doi.org/10.1016/s0009-9120(98)00067-8).

FERREIRA, G. M. F.; STAUT, T. C. P.; ARAÚJO, S.P.; OLIVEIRA, N. C.; PORTES, L. A. Estilo de vida entre brasileiros Adventistas do Sétimo Dia. **Lifestyle Journal**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 15-23, 2011.

FONNEBO, V. Mortality in Norwegian Seventh-day Adventists 1962-1986. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 45, n. 2, p. 157-67, 1992. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(92\)90008-b](https://doi.org/10.1016/0895-4356(92)90008-b).

FRASER, G. E. Associations between diet and cancer, ischemic heart disease, and all-cause mortality in non-Hispanic white California Seventh-day Adventists. **American Journal Clinical Nutrition**, v. 70, n. 3, p. 532S-8S, 1999. <https://doi.org/10.1093/ajcn/70.3.532s>.

FRASER, G. E. **Diet, life expectancy and chronic disease**: studies of seventh-day Adventists and other vegetarians. Oxford University Press Oxford, 2003.

FRASER, G. E. Ten years of life: Is it a matter of choice? **Archives of Internal Medicine**, v. 161, n.13, p. 1645-52, 2001. <https://doi.org/10.1001/archinte.161.13.1645>.

FRASER, G. E.; ORLICH, M. J.; JACELDO-SIEGL, K. Studies of chronic disease in Seventh-day Adventists (Letter to the Editor). **INTERNATIONAL JOURNAL OF CARDIOLOGY**, v. 184, p. 573, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.03.015>.

FRASER, G. E.; SHAVLIK, D. J. Risk factors for all-cause and coronary heart disease mortality in the oldest-old. **Archives of Internal Medicine**, v. 157, n. 19, p. 2249-58, 1997.

FREUD, S. **O Futuro de uma Ilusão**. Londres: Hogarth Press e Instituto de Psicanálise, 98 págs, 1928 (Trad. de W. D. Robson-Scott).

GCSDA. General Conference of Seventh-Day Adventists. **Seventh-Day Adventist Church Manual**. 19th edition, Pacific Press Publishing Association: Nampa, Idaho, 2015.

HENRY, B.; KALYNOVSKYI, S. Reversing Diabetes and Obesity Naturally: A NEWSTART® Lifestyle Program. **The Diabetes Educator**, v. 30, n.1, p. 48-59, 2004. <https://doi.org/10.1177/0145721704030010109>.

HEUCH, I.; JACOBSEN, B. K.; FRASER, G. E.; A cohort study found that earlier and longer Seventh-day Adventist church membership was associated with reduced male mortality. **Journal Clinical Epidemiology**, v. 58, n.1, p. 83-91, 2005. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2004.04.014>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Expectativas de vida em idades exatas, variação em ano do período e tempo médio de vida – Brasil – 1940/2019. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29502-em-2019-expectativa-de-vida-era-de-76-6-anos>. Acesso feito em 10 de Agosto de 2022.

KAHN, H. A.; PHILLIPS, R. L.; SNOWDON, D. A.; CHOI, W. Association between reported diet and all-cause mortality: twenty-one-year follow-up on 27,530 adult seventh-day Adventists. **American Journal Epidemiology**, v. 119, n. 5, p. 775-87, 1984. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a113798>.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, v. 2012, p. 278730, 2012. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>.

LI, Y.; PAN, A.; WANG, D. D.; LIU, X.; DHANA, K.; FRANCO, O. H.; KAPTOGE, S.; DI ANGELANTONIO, E.; STAMPFER, M.; WILLETT, W. C.; HU, F. B. Impact of Healthy Lifestyle Factors on Life Expectancies in the US Population. *Circulation*. 2018; v. 138, n. 4, p. 345-355. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.032047>. Erratum in: *Circulation*. 2018; 138(4): e75.

LOEF, M.; WALACH, H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis. **Preventive Medicine**, v. 55, n. 3, p. 163-70, 2012. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.06.017>.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L.; KOENIG, H. G. Impact of spirituality/religiosity on mortality: comparison with other health interventions. **Explore (N. Y.)**, v. 7, n. 4, p. 234–238, 2011. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2011.04.005>.

MILLS, P. K.; ANNEGERS, J. F.; PHILLIPS, R. L. Animal product consumption and subsequent fatal breast cancer risk among Seventh-Day Adventists. **American Journal of Epidemiology**, v. 127, n. 3, p. 440-53, 1988. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a114821>.

MOURA, E. C.; SILVA, S. A.; MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L. Prevalence and social distribution of risk factors for chronic noncommunicable diseases in Brazil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 26, n. 1, p. 17-22, 2009. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892009000700003>.

NAVARRO, J. C. A.; PRADO, S. C.; GUIMARÃES, G.; MARTINS, M.; CAMELLI, B. Vegetarians and semi-vegetarians are less exposed to cardiovascular risk factors. **International Journal of Atherosclerosis**, v. 1, n. 1, p. 48-54, 2006.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **CID-10 – Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10.ed. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1994.

ORLICH, M. J.; SINGH, P. N.; SABATÉ, J.; JACELDO-SIEGL K.; FAN, J.; KNUTSEN, S.; BEESON, W. L.; FRASER, G. E. Vegetarian Dietary Patterns and Mortality in Adventist Health Study 2. **Journal of the American Medical Association**, v. 173, n. 13, p. 1230-8, 2013. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.6473>.

PANAGIOTAKOS, D. B.; CHRYSOHOOU, C.; SIASOS, G.; ZISIMOS, K.; SKOUMAS, J.; PITSAVOS, C.; STEFANADIS, C. Sociodemographic and lifestyle statistics of oldest old people (>80 years) living in Ikaria island: the Ikaria study. **Cardiology Research and Practice**, v. 2011, p. 679187, 2011. <https://doi.org/10.4061/2011/679187>.

PAPPACHAN, M. J. Increasing prevalence of lifestyle diseases: high time for action. **Indian Journal of Medical Research**, v.134, n.2, p. 143-145, 2011.

PHILLIPS, R. L. Role of Life-style and Dietary Habits in Risk of Cancer among Seventh-Day Adventists. **Cancer Research**, v. 35, n.11, p. 3513-22, 1975.

PHILLIPS, R. L.; LEMON, F. R.; BEESON, W. L.; KUZMA, J. W. Coronary heart disease mortality among Seventh-Day Adventists with differing dietary habits: a preliminary report. **American Journal Clinical Nutrition**, v. 31, n.10, p.S191-S8, 1978. <https://doi.org/10.1093/ajcn/31.10.S191>.

ROSETO-BIXBY, L. DOW, W. H.; REHKOPF, D. H. The Nicoya region of Costa Rica: a high longevity island for elderly males. **Vienna Yearbook of Population Research**, v. 11, p. 109-36, 2013. <https://doi.org/10.1553/populationyearbook2013s109>.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, n.9781, p. 1949-61, 2011. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9).

SILVA, L. B.; SILVA, S. S.; MARCÍLIO, A. G.; PERIM, A. M. Prevalence of arterial hypertension among Seventh-Day Adventists of the São Paulo state capital and inner área. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 98, n. 4, p. 329-37, 2012. <https://doi.org/10.1590/s0066-782x2012005000026>.

SINGH P. N.; SABATÉ, J.; FRASER, G. E. Does low meat consumption increase life expectancy in humans? **American Journal Clinical Nutrition**, v. 78, n.3, p. 526S-32S, 2003. <https://doi.org/10.1093/ajcn/78.3.526S>.

SLAVÍČEK, J.; KITTNAR, O.; FRASER, G. E.; MEDOVÁ, E.; KONECŇA, J.; ZIZKA, R.; DOHNALOVÁ, A.; NOVÁK, V. Lifestyle Decreases Risk Factors for Cardiovascular Diseases. **Central European Journal of Public Health**, v. 16, n.4, p. 161-4, 2008. <https://doi.org/10.21101/cejph.a3474>.

SNOWDON, D. A. Animal product consumption and mortality because of all causes combined, coronary heart disease, stroke, diabetes, and cancer in Seventh-day Adventists. **American Journal Clinical Nutrition**, v. 48, n.3, p. 739-48, 1988. <https://doi.org/10.1093/ajcn/48.3.739>.

TEIXEIRA, R.; MOLINA, M.; ZANDONADE, E.; MILL, J. G. Cardiovascular risk in vegetarians and omnivores: a comparative study. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 89, n. 4, p. 237-244, 2007. <https://doi.org/10.1590/s0066-782x2007001600005>.

VELTEN, A. P. C.; OLIVEIRA, E. R. A.; OLIVEIRA, C. S.; CADE, N. V. Perfil de mortalidade de adventistas e da população geral do estado do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 18, v.3, p. 6-16, 2016.

VICTORA, C. G.; BARRETO, M. L.; LEAL, M. C.; MONTEIRO, C. A.; SCHMIDT, M. I.; PAIM, J.; BASTOS, F. I.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; TRAVASSOS, C.; REICHENHEIM, M.; BARROS, F. C. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **Lancet**, v. 377, n. 9782, p. 2042-53, 2011. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60055-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60055-X).

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health promotion glossary**. Geneva; 1998.

WHO. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018. World Health Organization, 2018. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A glossary of terms for community health care and services for older persons**. Geneva; 2004.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2013-2020**. Geneva; 2013.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva; 2011.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Review of best practice in interventions to promote physical activity in developing countries**. China; 2008.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2014**. Geneva; 2014.

O PATRIMÔNIO NATURAL À LUZ DA ABORDAGEM ONE HEALTH

Data de aceite: 03/10/2022

Rodolfo Nunes Bittencourt

Universidade da Região de Joinville

Fábio Luiz Quandt

Universidade da Região de Joinville

Ana Carenina Gheller Schaidhauer

Universidade da Região de Joinville

João Carlos Ferreira de Melo Júnior

Universidade da Região de Joinville

RESUMO: Este texto, caracterizado como um ensaio teórico, objetiva problematizar a condição de interdependência entre a natureza e as culturas humanas num sistema dinâmico, na qual a primeira é capaz de imprimir sua dimensão de suporte à vida ou da sua própria derrocada ao passo que se intensificam os processos erosivos provocados pela sociedade humana. A nova realidade de constituição das sociedades traz inúmeros desafios capazes de influenciar as relações entre seres humanos, animais e meio ambiente, requisitando olhares amplos e que sejam estratégicos e transversais. Para tanto, reflexiona-se o conceito de patrimônio natural à luz do atual paradigma expresso pelo conceito da saúde única (*One Health*), destacando-o como uma maneira possível de integração destes cenários.

PALAVRAS-CHAVE: Patrimônio natural, natureza, patrimônio cultural, saúde única.

ABSTRACT: This text, characterized as a

theoretical essay, aims to problematize the condition of interdependence between nature and human cultures in a dynamic system, in which the former is capable of imprinting its dimension of support for life or its own overthrow, while erosive processes provoked by human society are intensified. The new reality of the constitution of societies brings countless challenges capable of influencing the relationships between human beings, animals and the environment, requiring broad perspectives that are strategic and transversal. Therefore, the concept of natural heritage is reflected in the light of the current paradigm expressed by the concept of One Health, highlighting it as a possible way of integrating these scenarios.

KEYWORDS: Natural heritage, nature, cultural heritage, one health.

1 | OS (DES)CAMINHOS DO PATRIMÔNIO NATURAL

O conceito de patrimônio natural, definido pela Convenção do Patrimônio Mundial, abarca as formações físicas, biológicas, geológicas e fisiográficas, as zonas de hábitat de espécies ameaçadas e, também, os lugares notáveis dos pontos de vista cênico e estético (SCIFONI, 2006). Neste contexto, o valor universal expresso pelo patrimônio natural é alicerçado por três critérios: a) estético – relacionado à beleza natural das paisagens notáveis; b) ecológico – vinculado à conservação da biodiversidade e de sistemas detentores de processos ecológicos

importantes; e c) científico – associado às áreas que contém formações ou fenômenos naturais que impactam sobre o conhecimento da história natural do planeta (SCIFONI, 2006).

É fato que a própria definição de patrimônio natural, tal qual o pensamento ambiental, sofreu uma modificação conceitual, desde a sua vinculação à ideia de grandes monumentos (UNESCO, 1972) até a sua incorporação em normativas das mais distintas esferas administrativas e o reconhecimento da sua real importância ecológica, estética, científica (PELEGRINI, 2006) e social (ZANIRATO e RIBEIRO, 2006). As discussões mundiais acerca do ambiente natural e do patrimônio cultural, nascidas nos idos de 1972, fomentaram o debate sobre a proteção e a restauração ambiental nas esferas governamental e econômica. Este debate traz à luz o conceito de ecodesenvolvimento, o qual imprimi a ideia de compatibilizar preservação ambiental e desenvolvimento socioeconômico (SACHS, 1993), e que foi absorvido pela Convenção Rio 92 pelo princípio do desenvolvimento sustentável (PEYERL *et al.*, 2022).

A preocupação com a qualidade ambiental e a influência degenerativa de determinadas das culturas humanas sobre os ambientes naturais não são recentes (SIRVINSKAS, 2011) e alertam para a transformação de um sentido de admiração e, até por vezes, de temor para uma ideia de dominação e de superexploração dos recursos naturais (POINTING, 1995) numa perspectiva de inesgotabilidade, gerando grande preocupação quanto ao futuro do planeta.

A falsa perspectiva em relação à inesgotabilidade dos recursos naturais, tal qual o hídrico fundamental ao desenvolvimento das culturas sedentárias e a produção de alimentos, fortaleceu a cultura do desperdício e do descaso em sua utilização (FERREIRA e FERREIRA, 2006). Em adição, considerando que a principal fonte de energia no Brasil é a hidrelétrica e, que para tal, grandes obras de infraestrutura com conseqüente modificação das paisagens naturais são necessárias. A construção dos reservatórios e a alocação dos moradores produz males à saúde que na maioria das vezes não é calculado ou estimado pelos idealizadores dos projetos. Dentre os possíveis danos destacam-se a febre amarela, doença de Chagas, filariose, malária, esquistossomose e doenças sexualmente transmissíveis (GRISOTTI, 2016). Em detrimento da urgência em se romper com a ideia da inesgotabilidade do patrimônio natural e dos recursos dele advindos, além das múltiplas sequelas e processos erosivos às próprias sociedades humanas, somente na metade do século passado é que começaram a surgir questionamentos sobre ser a interferência humana como fator de desequilíbrio ambiental (DEAN, 2004), retardando a criação de condutas e políticas públicas dirigidas à gestão e conservação dos recursos naturais.

Não obstante, na esfera cultural, o papel de destaque do patrimônio cultural em relação ao natural, evidenciado pela acirrada disputa entre os países para a inscrição de seus bens culturais na lista do Patrimônio Mundial da Unesco, delega à natureza o seu papel secundário e até mesmo marginal de menor importância nas práticas institucionais e

nos processos de tombamento capazes de contribuir com a conservação da biodiversidade e das paisagens naturais (SCIFONI, 2006). Nos centros urbanos, a existência de áreas naturais relictuais integra o chamado patrimônio ambiental urbano, para além dos conjuntos arquitetônicos, espaços urbanísticos e equipamentos públicos (YÁZIGI, 2012). Da sua interação, regulada por relações sociais, econômicas, culturais e ecológicas, relaciona-se a qualidade de vida e a possibilidade de uma vida sadia vinculada, dentre outros fatores, à boa qualidade da água e do ar atmosférico e da própria natureza como parte da infraestrutura urbana (TOURINHO e RODRIGUES, 2016).

2 | O CONCEITO ONE HEALTH

As mudanças na vida da sociedade associaram-se, no último século, ao crescimento populacional, à urbanização não planejada, ao desmatamento e à ocupação ou uso ilegal de áreas florestais. Juntamente com a globalização e o livre comércio, acentuam a redução das fronteiras entre o ser humano e os demais organismos vivos em estado silvestre, o que conseqüentemente afeta os sistemas naturais (ONU, 2016; OMS, 2020). Essa nova realidade de constituição da sociedade traz inúmeros desafios, sendo capazes de influenciar nas relações do homem, animais e meio ambiente e requerendo conceitos e olhares amplos e que sejam estratégicos e transversais. Neste tocante, a Saúde Única (*One Health*) é posta como uma possível integração destes cenários tão diversos e ao mesmo tempo interligados (SOUZA *et al.*, 2022).

Atualmente o termo “One Health” tem sido utilizado em muitos contextos que envolvem a relação da saúde humana com a animal partindo de perspectivas diversas e tornando o tema transdisciplinar. Muito embora a discussão da temática já tenha surgido nos anos 90 entende-se hoje a necessidade de manter a discussão desta abordagem visto os diversos cenários que a temática é capaz de abranger (ZULAUF, 2021; UBIRAJARA *et al.*, 2022).

Os esforços interdisciplinares diminuíram no século 20, à medida que Medicina e Ciência se tornaram cada vez mais especializadas e reducionistas na abordagem da saúde e da doença. Contudo, o crescimento das populações humanas, a diminuição da biodiversidade, as doenças infecciosas emergentes, a agricultura intensiva, o desmatamento, as mudanças climáticas, a contaminação ambiental com produtos químicos tóxicos, entre outros, exige que este novo paradigma fosse usado para abordar este modelo (KAHN, 2021).

Neste sentido, é singular a contribuição da reforma sanitária que os movimentos sociais promoveram no Brasil no fim da década de 1980. A década de 1980 foi o ápice dos movimentos reformistas constitucionais do Estado. Diversos atores sociais brasileiros debateram a necessidade de um sistema público e universal de saúde, que garantisse atendimento integral a todos os cidadãos. O movimento da Reforma Sanitária questionava

o modelo assistencial vigente na época, que permitia o acesso apenas aos segurados da Previdência Social que, em geral, comprava os serviços do setor privado. O modelo de Seguridade Social adotado no Brasil preconiza que o Estado assumira o compromisso de certos padrões mínimos, no sentido de amparar sua população em relação aos males decorrentes das desigualdades sociais (ANDRADE *et al.*, 2012).

Frente ao princípio da universalidade, a necessidade de reorganização do aparelho estatal para provimento dos serviços de saúde induziu o Ministério da Saúde a estabelecer Programas e Estratégias para a efetivação do SUS. Assim, na década de 1990, estas questões se tornaram mais contundentes, as quais impulsionaram um processo de reformulação na operacionalização do SUS em contexto territorial, principalmente com relação à Atenção Básica (AB) e a organização da Vigilância Sanitária (VS) (ROLIN, 2013)

A partir do exposto observa-se que, com a crise atual de saúde pública causada pela pandemia pelo coronavírus, alertou-se o mundo para a intensificação das zoonoses (doenças humanas causadas por microrganismos que normalmente infectam animais), assim como, intensificou a obrigação de visualizar a saúde humana dentro de um contexto mais amplo para além do biológico (ZULAUF, 2021).

A interação entre seres vivos, incluindo homens, animais e microrganismos, compartilhando o mesmo ambiente, deve ser considerada como um sistema dinâmico único, no qual a saúde de cada componente está interligada e dependente dos demais. Essa nova abordagem integrada de Saúde Única está refletindo essa interdependência com uma visão holística do sistema ecológico pois trata-se de um esforço colaborativo e multidisciplinar em nível local, nacional e global para garantir um estado de saúde ideal para humanos, animais e meio ambiente. Sob este conceito, todos os esforços multidisciplinares devem ser empregados para manter a saúde tanto no plano individual, populacional e do ambiente ou ecossistema ou, com outras palavras, os componentes geográfico, ecológico, atividade humana e a agricultura alimentar na mesma sintonia (ZANG *et al.*, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2018, junto à Organização Mundial de Saúde Animal (OIE) e a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) foi lançado uma iniciativa chamada “Um Mundo, Uma Saúde”, onde o termo “One Health” foi o conceito trazido para traduzir a inseparabilidade da saúde humana, animal e ambiental. Além disso, as Nações Unidas destacaram recentemente que as medidas intersetoriais e interdisciplinares e a visão unificada dos cuidados de saúde são fundamentais para atingir os objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (OMS, 2020).

3 | QUALIFICAÇÃO AMBIENTAL DO CUIDADO À SAÚDE

O conceito vigente de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural de uma população, construindo-se sobre ideologias. Ou seja, a saúde não detém a mesma relevância para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar e da classe

social. Valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas transformarão o seu significado. O mesmo, aliás, pode ser dito do conceito de doença, uma vez que sujeito a variações decorrentes dos mesmos elementos (RAUCH, 1995).

O ser humano, assim como os outros seres vivos, esteve e permanecerá sempre em luta e em adaptação permanente às condições variáveis e aos riscos que o meio ambiente lhe proporciona. Isto é consequência da necessidade vital do indivíduo de assegurar a sua sobrevivência fisiológica ao meio circundante em que procura ou é forçado a viver (SAGAN, 1987). A fim de se alcançar máximo êxito em tal processo, estrutura-se a busca pelo saudável. Georges Canguilhem (1943) lembra os diferentes modos em que a saúde e a doença foram definidas no início do século XIX, mostrando que as categorias emergentes do que era normal e patológico estavam longe de ser objetivas e científicas. Ele demonstrou como os fundamentos epistemológicos da biologia moderna e da medicina estavam interligados com os imperativos políticos, econômicos e tecnológicos. Atrelado ao debate de Canguilhem (1943), observou-se no século XX, a construção do cuidado estatal à saúde, principalmente, durante o período pós-guerra (1948), quando os Estados de Bem-estar social se deflagraram (HELMAN, 1994).

Entretanto, não havia ainda um conceito “universalmente” aceito do que era saúde. Para tal, seria necessário um consenso entre as nações, possível de se obter somente através de um organismo internacional. A Liga das Nações, surgida após o término da Primeira Guerra Mundial, não alcançou este objetivo. Somente após o término da Segunda Grande Guerra e da criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), foi estabelecido um parâmetro universal de saúde.

No Brasil, frente ao princípio da universalidade, a necessidade de reorganização do aparelho estatal para provimento dos serviços de saúde induziu o Ministério da Saúde a estabelecer Programas e Estratégias para a efetivação do SUS. Assim, na década de 1990, estas questões se tornaram mais contundentes, as quais impulsionaram um processo de reformulação na operacionalização do SUS em contexto territorial, principalmente com relação à Atenção Básica (AB) e a organização da Vigilância Sanitária (VS).

Contudo, esta aproximação dos temas ambientais pode ser observada, nas duas últimas décadas, mediante a inserção do conceito “território” como uma variante de interesse na AB nacional (MIRANDA *et al.*, 2008). A sua inclusão é decorrente da construção do conceito de espaço no SUS. Os espaços são, institucionalmente, conjuntos de territórios e lugares onde os fatos acontecem. Assim, enxerga-se o território como o ambiente físico habitado e delimitado pelas relações humanas, que envolvem: cultura, política, poder e moral (BARCELLOS *et al.*, 2002). Conseqüentemente, a multiplicidade de territórios modifica a percepção das pessoas sobre os riscos distribuídos espacialmente.

Como exemplo desse movimento contemporâneo, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Divisão de Saúde e Ambiente, lançou em 1999 uma cartilha sobre o programa de qualidade ambiental para a AB. Neste documento, orientam-se os Estados

a compartilharem ações no respectivo escopo. Resumidamente, almeja-se: a) elaboração de diagnósticos ambientais participativos (incluindo a avaliação de impacto ambiental); b) apoio à fiscalização ambiental (cumprimento da legislação); c) vigilância ambiental (denúncia e fiscalização primária de indústrias contaminantes, lugares de venda a varejo de alimentos, etc.); d) programas de manejo de resíduos (reciclagem, eliminação de lixo, etc.); e) elaboração de planos estratégicos participativos; f) elaboração e execução de projetos; g) difusão de resultados; h) campanhas de saúde pública e de educação ambiental (reciclagem, economia de energia, controle de vetores, etc.); i) ações preventivas (desastres naturais e emergências químicas); j) ações de manejo ambiental (preservação de áreas protegidas, proteção e conservação de fauna e flora, etc.); k) campanhas de reflorestamento, construção e cuidado de áreas verdes e locais de lazer; l) planos e programas de conservação de espécies; e m) controle da erosão e uso do solo.

Deste modo, a questão da saúde e meio ambiente estatal no Brasil se encontra inserida na preocupação de espaços controlados e nos seus aperfeiçoamentos para o controle de doenças e vetores (MIRANDA et al., 2008). A saúde e o ambiente se produzem através do ponto de vista funcional daqueles que dependem dele. Esta conexão permite repertórios metodológicos e práticos interessantes na busca do aperfeiçoamento dos espaços. Nesse contexto histórico, podemos compreender as estratégias da saúde pública no presente. Com advento do discurso do Desenvolvimento Sustentável, governos são orientados e incentivados a promover melhorias nas condições de trabalho, moradia, alimentação, meio ambiente e lazer, dentre outros fatores, enfatizam a modificação das condições de vida, demandando uma abordagem multidisciplinar (CZERESNIA in CZERESNIA & FREITAS, 2003).

Um exemplo da importância desses conceitos na formulação de ações políticas é o movimento das Cidades Saudáveis. A sua implantação e implementação busca um compromisso das autoridades locais com a qualidade de vida. O movimento começou no Canadá em 1986 e desde então se difundiu rapidamente, até alcançar um caráter balizador para outras estratégias sustentáveis em ambientes citadinos. A disseminação da estratégia de cidades saudáveis foi acelerada pela criação de redes, que hoje já estão estabelecidas em diversos países. Estas redes possuem quatro funções básicas (SOTELO & ROCABALO, 1994): i) difundir os conteúdos do projeto entre as autoridades municipais, os promotores potenciais e a própria comunidade, estimulando desta maneira a criação e a ampliação do movimento; ii) ser uma instância de credenciamento e de incorporação dos municípios à rede; iii) acumular e trocar experiências e informações mediante reuniões periódicas e através da utilização de diferentes meios de comunicação; e iv) reconhecer e estimular os municípios que executam seus projetos com eficiência e eficácia.

Cabe destacar o esforço institucional para a regulação das ações e medidas de contenção e mitigação dos danos às comunidades biológicas. Assim como em outras áreas específicas de atenção do SUS, busca-se ainda a consolidação deste movimento político

no Brasil. Neste esforço, em 2007, o Conselho Nacional de Saúde, em parceria com a Coordenação Geral e Vigilância em Saúde ambiental (CGVAM) e a Comissão Permanente de Saúde Ambiental do Ministério da Saúde (COPESA), lançou o documento Subsídios para a construção da Política Nacional de Saúde Ambiental (BRASIL, 2007). Constituiu objetivo da Política Nacional de Saúde Ambiental (PNSA) proteger e promover a saúde humana e colaborar na proteção do meio ambiente, por meio de um conjunto de ações específicas e integradas com instâncias de governo e da sociedade civil organizada, para fortalecer sujeitos e organizações governamentais e não-governamentais no enfrentamento dos determinantes socioambientais e na prevenção dos agravos decorrentes da exposição humana a ambientes adversos, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população sob a ótica da sustentabilidade. Pode ser considerado, igualmente, como propósito da PNSA (BRASIL, 2007), a promoção da saúde humana e ambientes saudáveis por meio da integração de políticas públicas.

Atualmente, o campo de atuação da saúde ambiental, segundo o MS e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), concentra-se na área da vigilância em saúde. Definida como um conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, a vigilância em saúde tem como finalidade identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde (BRASIL, 2007).

O Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST) foi instituído no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS pelo Decreto nº 6.860/2009, possibilitando maior integração das ações de vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador nos territórios. A publicação da Portaria MS/GM nº 3965/2010 e do Decreto nº 7.530/2011 atualizaram as competências da Secretaria de Vigilância em Saúde, quanto à responsabilidade nacional da gestão da vigilância em saúde ambiental, por meio do DSAST, ao qual compete: a gestão do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA), incluindo ambiente de trabalho; a coordenação da implementação da política e o acompanhamento das ações de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador; a proposição e desenvolvimento de metodologias e instrumentos de análise e comunicação de risco em vigilância ambiental; o planejamento, coordenação e avaliação do processo de acompanhamento e supervisão das ações de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador; e a gestão do Sistema de Informação em Vigilância Ambiental em Saúde.

As áreas de atuação do SINVSA foram regulamentadas pela Instrução Normativa da Secretaria de Vigilância em Saúde nº 01/2005. São elas: água para consumo humano, ar, solo, contaminantes ambientais e substâncias químicas, desastres naturais, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos e ambiente de trabalho. Além disso, foram incluídos os procedimentos de vigilância epidemiológica das doenças e agravos decorrentes da

exposição humana a agrotóxicos, benzeno, chumbo, amianto e mercúrio.

Deste modo, através de uma liga estratégica de instituições, chamada Comitê Temático Intersectorial de Saúde e Ambiente da Rede Interagencial de Informação para a Saúde - CTI-SA/RIPSA, tem-se desenvolvido planejamentos e modos de operacionalizar ações em prol da saúde ambiental nacional. O CTI-SA/RIPSA é composto pelas seguintes instituições: Ministério da Saúde (Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde [DATASUS], Agência Nacional de Vigilância Sanitária [ANVISA] e FIOCRUZ), Ministério do Meio Ambiente (Secretaria de Mudanças Climáticas e Qualidade Ambiental, Secretaria de Recursos Hídricos e Ambiente Urbano, Secretaria Nacional de Articulação Institucional e Cidadania Ambiental e Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis [IBAMA]), Ministério das Cidades (Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental), Ministério do Trabalho e Emprego (Departamento de Saúde e Segurança no Trabalho e FUNDACENTRO), OPAS/OMS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE) e Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP).

Também, a Coordenação de Gestão de Ações Estratégicas de Saúde Ambiental (COGAE), inserida na estrutura organizacional do Departamento de Saúde Ambiental (DESAM), por meio da Portaria da Fundação Nacional de Saúde nº 200/2012, tem como propósito planejar e estruturar as ações de resposta aos desastres ocasionados por inundações e apoiar os gestores de sistema de abastecimento de água ou de solução alternativa coletiva na implementação do Plano de Segurança da Água (PSA), dentro do âmbito de atuação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

Outro marco, no sentido de qualificar as ações públicas, foi a implementação dos ODS no Brasil ocorreu com a criação da Comissão Nacional para os ODS, por meio do Decreto Presidencial nº 8.892/16. A Comissão tinha por finalidade reforçar, disseminar e dar transparência ao processo de implementação da Agenda 2030 além de ser responsável por conduzir o processo de articulação, a mobilização e diálogo com os entes federativos e a sociedade civil (CARVALHO, 2020).

Entretanto, em abril de 2019, o atual presidente da república extinguiu a comissão por meio do Decreto nº 9.759, relativo a diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Contudo, o veto do não encerrou a participação do Brasil no cumprimento das metas, alegando estabelecer e definir melhores estratégias a serem adotadas para a nova Governança da Agenda 2030. Dessa forma, a partir do Decreto nº 9.980/2019, ficou definido que a implementação da Agenda 2030 no Brasil seria competência da Secretaria Especial de Articulação Social (SEAS) da Secretaria de Governo da Presidência da República (SEGOV-PR).

4 | FRAGILIDADES DAS SOCIEDADES HUMANAS

Dentre as pautas de discussão da saúde única se destacam temas emergentes que incluem o aumento das doenças zoonóticas, a resistência antimicrobiana, segurança e proteção alimentar, a transmissão de doenças relacionadas a vetores, contaminação ambiental o que consequentemente ameaçam a saúde humana, animal e ambiental (MCEWEN E COLIGNON, 2018; NADDEO, 2021).

Estima –se que aproximadamente 60% dos microorganismos causadores de doenças são de origem zoonótica, impondo através de sua alta patogenicidade altos custos sociais e financeiros globalmente. O exemplo mais recente desta repercussão negativa desta interação é a COVID -19, causada pelo SARS –COV-2. Este vírus é proveniente de uma fonte desconhecida e causou a maior pandemia global da história (LIMONGI E OLIVEIRA, 2020).

Entre os principais causadores do desequilíbrio da Saúde Única, encontra-se a poluição atmosférica, capaz de causar efeitos nocivos tanto à saúde humana quanto à ambiental (CARNEIRO, 2019). Nos seres humanos, do ponto de vista cardiovascular, os poluentes atmosféricos têm sido associados à disfunção endotelial, vasoconstrição, aumento da pressão arterial (PA), alterações protrombóticas, respostas de estresse oxidativo e inflamatório sistêmico, desequilíbrio autonômico, arritmias e progressão da aterosclerose (BROOK *et al.*, 2010). Ao se avaliar a saúde ambiental, sabe-se que as plantas são mais sensíveis para se estimar a injúria causada pelos poluentes do que os animais (inclusive o homem), fornecendo um importante subsídio para o controle da poluição do ar e o monitoramento da qualidade ambiental (ALVES *et al.*, 2001).

Podemos trazer como exemplos de conexão e que exigem destaque a importância na atuação da implementação de políticas que avaliem e atuem sobre as doenças zoonóticas, a resistência bacteriana e os alimentos inócuos. Estima –se que aproximadamente 60% dos microorganismos causadores de doenças são de origem zoonótica, impondo através de sua alta patogenicidade altos custos sociais e financeiros globalmente. O exemplo mais recente desta repercussão negativa desta interação é a COVID -19, causada pelo SARS –COV-2. Este vírus é proveniente de uma fonte desconhecida e causou a maior pandemia global da história (LIMONGI E OLIVEIRA, 2020).

A resistência antimicrobiana e a produção e consumo de alimentos insalubres são outros exemplos de ameaças à saúde de alto impacto no tripé homem-animal-ambiente. Só a resistência antimicrobiana causa aproximadamente 700.000 mortes por ano no mundo, e de acordo com o banco mundial até 2050 mesmo que o número de mortes e o impacto financeiro diminuísse ainda assim haveria redução do produto interno bruto global (SILVA *et al.*, 2020).

Neste mesmo raciocínio os alimentos insalubres provocam aproximadamente 420.000 mortes por ano em todo o mundo. A perda total de produtividade associada com

doenças transmitidas por alimentos em países de renda baixa e média sendo estimada em 95,2 bilhões por ano, com custo anual do tratamento de doenças transmitidas por alimentos chegando a 15 bilhões de dólares (OMS, 2020; SAMPAIO, 2022).

Entende-se que o número total de animais produtores de alimentos incluindo bovinos, suínos, aves e caprinos na Coréia por exemplo chega a aproximadamente 20 milhões e 950.000kg de antibióticos foram utilizados apenas em um ano. Devido ao uso prolongado de exposição a antibióticos em animais que são os promotores de crescimento, as bactérias presentes nestes reservatórios tornam-se resistentes e conseqüentemente após o consumo de sua carne transmitem essa resistência direta ou indiretamente ao homem (RYU et al, 2017).

Assim, a contenção da RAM não é apenas uma questão que envolve humanos. Na Coréia por exemplo, apesar de algumas iniciativas terem sido realizadas a prevalência da resistência antimicrobiana em humanos permanece alta e ainda está aumentando. Associado a esta situação somam –se a falta de conhecimento adequado no uso de antibióticos na medicina humana e veterinária, bem como fragilidade nos aspectos de vigilância acarretando uma crescente piora da situação descrita (RYU et al, 2017).

O desmatamento e a fragmentação dos ambientes naturais estão entre as principais causas do aumento da incidência de zoonoses. Sabe-se que o vírus da febre amarela é transmitido pelos primatas aos humanos através de um vetor, o mosquito *Aedes aegypti*. De dezembro de 2016 a fevereiro de 2017, um surto de febre amarela acometeu o Brasil, com mais de 200 óbitos em diversos estados. (GOLDANI,2017).

O deslocamento das populações mundiais também é responsável pela disseminação dos arbovírus (vírus transmitidos por meio de insetos). Em 2014 houve o primeiro registro oficial de doença causada pelo vírus Chikungunya no Brasil e em 2015, casos de Zika vírus, ambas as zoonoses originárias de países africanos, trazendo importante repercussão na saúde pública, considerando que o Brasil já é uma área endêmica para a Dengue (LIMA-CAMARA, 2016).

Além das zoonoses já descritas, vários outros problemas de saúde podem acontecer a partir da interferência humana nos ecossistemas naturais, em especial, o desmatamento na floresta amazônica (ELLWANGER, 2020). As mudanças climáticas resultantes favorecem o surgimento de infecções parasitárias, fúngicas, virais e bacterianas através de alguns mecanismos: interferência na manutenção de patógenos em seus ambientes naturais e hospedeiros; por favorecer a presença, distribuição e proliferação de vetores de doenças em áreas florestais e urbanas, e por fim, por mudanças nos padrões de temperatura e chuva que favorecem a sobrevivência e reprodução dos patógenos e/ou sua capacidade de infectar o hospedeiro humano (ELLWANGER, 2020).

Dentro do contexto do uso de áreas de mata nativa para o agronegócio, sabe-se que a remoção do solo aumenta a exposição aos esporos do fungo *Paracoccidioides spp* causando uma grave doença pulmonar (BARROZO, 2010). Outra importante causa de

doenças respiratórias é a decorrente da liberação de material particulado a partir da queima de biomassa durante as queimadas (OLIVEIRA ALVES, 2017).

O crescimento desordenado das cidades com ausência de saneamento básico e consequente contaminação das águas da bacia hidrográfica amazônica condiz com o fato de haver um aumento no número de casos de gastroenterite aguda notificados no período das cheias (VIEIRA *et.al.* 2017). Da mesma forma, a dinâmica dos helmintos transmitidos pelo solo (parasitas intestinais) também é fortemente influenciada (SOUZA *et. al.* 2016).

A fiscalização das práticas agrícolas na Amazônia é falha e vem permitindo a transformação da floresta em áreas de agricultura e pastagem (CARVALHO, 2019). A incidência de malária está associada às atividades de extração e assentamentos agrícolas, assim como ao desmatamento e ao desenvolvimento não planejado (GUIMARAES *et al.*, 2016). Outra atividade relacionada ao aumento da incidência de malária é a mineração, que também é responsável pelo aumento na incidência de outras patologias como, intoxicação por mercúrio, diarreia e diversas doenças zoonóticas, além de poluir as águas e o solo (ELLWANGER, 2020).

5 | CONCLUSÃO

A discussão conceitual aqui apresentada constitui uma reflexão quanto à interação da saúde humana, animal e ambiental, problematizando a natureza e seus domínios dentro do campo do patrimônio natural. Tal panorama evidencia os impactos causados nessa interação e a importância de reconhecer as estratégias propostas pela *One Health*, refletindo-se também no papel da espécie humana para gerenciar os recursos necessários à sobrevivência de todo o patrimônio natural e o quanto este desequilíbrio pode ser prejudicial a toda forma de vida na Terra.

É fato que apesar da progressiva tentativa de enquadrar ou mesmo de classificar a natureza a partir dos pressupostos do campo patrimonial, em que se reforça a ideia da natureza e de suas paisagens como o resultado da ação das diferentes culturas humanas, mais do que nunca, os problemas ambientais mundiais ocorridos nos últimos anos e intensificados pelo contexto da pandemia por SARS-COVID19 mostram claramente que é a natureza que imprime a sua marca e a sua dinâmica sobre as populações humanas. Face à grandes eventos naturais, nenhuma classificação será capaz de conter o estado de fragilidade humana de frente à força da natureza. Os ambientes com alta biodiversidade abrigam, por exemplo, microrganismos com potencial patogênico desconhecido. Preservar esses ambientes reduzem a incidência das doenças infecciosas que podem até mesmo dizimar a espécie humana da vida terrena. Manter um ecossistema complexo íntegro não apenas promove saúde como evita o surgimento de novas infecções em seres humanos.

O conceito e a prática da Saúde Única nunca foram tão atuais e necessários. O cuidado à saúde sob o contexto ambiental e ecossistêmico, pode ser um recurso responsivo

que qualifique os programas e ações públicas para um desenvolvimento sustentável, integrador e multiverso. Isso sinaliza, portanto, a urgência de um repensar sobre a posição ocupada pela natureza dentro do campo patrimonial e, conseqüentemente, a necessidade de se reavaliar as políticas públicas que envolvem este cenário tão amplo, complexo e interdependente.

REFERÊNCIAS

ALVES, EDENISE SEGALA et al. Estudo anatômico foliar do clone híbrido 4430 de *Tradescantia*: alterações decorrentes da poluição aérea urbana. **Brazilian Journal of Botany**, v. 24, p. 567-576, 2001.

ANDRADE, Lucas Melo Biondi et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 3, n. 1, p. 18-31, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 56 p.

BROOK, Robert D. et al. Poluição do ar por partículas e doenças cardiovasculares: uma atualização da declaração científica da American Heart Association. **Circulação**, v. 121, n. 21, pág. 2331-2378, 2010.

CARNEIRO, Deolinda Maria Vieira Filha; PEREIRA, Thiago Tourinho; MIODUTZKI, Gabrielle Thais. O Médico Veterinário e as Zoonoses: Sensibilizando Crianças do Ensino Fundamental Para o Conceito Saúde Única. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 10, n. 1/2/3, p. 170-181, 2019.

CARVALHO WD, MUSTIN K, HILÁRIO RR, VASCONCELOS IM, EILERS V & FEARNSSIDE PM. 2019. Controle do desmatamento na Amazônia brasileira: Uma luta pela conservação sendo perdida à medida que acordos e regulamentações são subvertidos e contornados. *Perspect Eco Conser* 17: 122-130

CARVALHO, Luiz Guilherme et al. **A Universalização do acesso à água e saneamento básico e os indicadores do sexto objetivo de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 da ONU: Uma análise à luz do Novo Constitucionalismo Latino-Americano**. 2020.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 4, p. 701-709, 1999.

DEAN, W. **A ferro e fogo**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

DESA, ONU et al. Transformando nosso mundo: A agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. 2016.

ELLWANGER JH ET AL. 2020. Além da perda de diversidade e das mudanças climáticas: Impactos do desmatamento da Amazônia nas doenças infecciosas e na saúde pública. An **Acad Bras Cienc** 92: e20191375. DOI 10.1590/0001- <https://orcid.org/0000-0003-1154-6503> 3765202020191375.

ELLWANGER, Joel Henrique et al. Beyond diversity loss and climate change: Impacts of Amazon deforestation on infectious diseases and public health. **Anais da Academia Brasileira de Ciências**, v. 92, 2020. Primeira descrição de um cluster de casos de

FERREIRA, G. L. B. V.; FERREIRA, Natália Bonora Vidrih. Fundamentos da política nacional de recursos hídricos. **XIII SIMPEP-Bauru, SP, Brasil**, v. 6, 2006.

GOLDANI LZ. 2017. Surto de febre amarela no Brasil, 2017. **Braz J Infect Dis** 21: 123-124.

GRISOTTI M. 2016. The challenges of health care in relation to the Belo Monte Dam context. **Ambiente & Sociedade** 19: 287-304.

GUIMARÃES RM, VALENTE BC, FARIA PA, STEPHANELLI LL, CHAIBLICH JV & ARJONA FBS. 2016. Desmatamento e incidência de malária na Amazônia legal entre 1996 e 2012. **Cad Saúde Colet** 24: 3-8.

HELMAN, C. G. Cultura, saúde e doença. **Porto Alegre: Artes Médicas**, 1994

LIMA-CÂMARA TN. 2016. Arboviroses emergentes e desafios de saúde pública no Brasil. **Rev Saude Publica** 50: 36

LIMONGI, Jean Ezequiel; DE OLIVEIRA, Stefan Vilges. COVID-19 e a abordagem One Health (Saúde Única): uma revisão sistemática. *Vigilância Sanitária em Debate*: **Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v. 8, n. 3, p. 139-149, 2020.

MCEWEN, Scott A.; COLLIGNON, Peter J. Resistência antimicrobiana: uma perspectiva de saúde. **Espectro de microbiologia**, v. 6, n. 2, pág. 6.2. 10, 2018.

MIRANDA, Ary Carvalho et al. **Território, ambiente e saúde**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2008.

NADDEO, V. (2021), **Um planeta, uma saúde, um futuro: A perspectiva ambiental**. *Water Environ Res*, 93: 1472-1475. <https://doi.org/10.1002/wer.1624>

OLIVEIRA ALVES N *et al.* 2017. A queima de biomassa na região amazônica causa danos ao DNA e morte celular em células pulmonares humanas. **Sci Rep** 7: 10937

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE et al. **Ferramenta Operacional de Avaliação Conjunta de Riscos (JRA OT): Uma Ferramenta Operacional do Guia Tripartite de Zoonoses – Tomando uma Abordagem Multissetorial e de Saúde Única: Um Guia Tripartite para Abordar Doenças Zoonóticas nos Países: Uma Ferramenta Operacional do Guia Tripartite de Zoonoses – Tomando uma Abordagem Multissetorial, Uma Abordagem de Saúde: Um Guia Tripartite para Abordar as Doenças Zoonóticas nos Países**. Org. de Alimentação e Agricultura, 2020.

PELEGRINI, S. C. A. Cultura e natureza: os desafios das práticas preservacionistas na esfera do patrimônio cultural e ambiental. **Revista Brasileira de História**, v. 26, n. 51, 2006.

PETTAN-BREWER, Christina et al. Da aproximação ao conceito: Uma Saúde na América Latina - experiências e perspectivas no Brasil, Chile e Colômbia. **Fronteiras em saúde pública**, p. 1292, 2021.

PEYERL, D.C.; MELO JÚNIOR, J.C.F.; GUSSO, L.C.S. 2022. **Da floresta à cidade: a história ambiental de Rio Negro**, SC (1913-1953). Bagai: Curitiba. 104p.

POINTING, C. **Uma história verde do mundo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

RAUCH, A. Histoire de la santé. Paris: PUF, 1995.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em debate**, v. 37, p. 139-147, 2013.

RYU, S., KIM, B. I., LIM, J. S., TAN, C. S., & CHUN, B. C. (2017). One Health Perspectives on Emerging Public Health Threats. *Journal of preventive medicine and public health = Yebang Uihakhoe chi*, 50(6), 411–414. <https://doi.org/10.3961/jpmph.17.097>

SACHS, I. **Estratégias de transição para o século XXI**: desenvolvimento e meio ambiente. São Paulo: Studio Nobel; Fundação do Desenvolvimento Administrativo, 1993.

SAGAN, L. A. The health of nations. New York: Basic Books, 1987.

SAMPAIO, Aryele Nunes da Cruz Encide. **Uma abordagem em One Health para estabelecer as potenciais rotas de distribuição de resistência a antibióticos em uma cadeia de produção de carne suína**. 2022.

SCIFONI, S. Diferentes significados do patrimônio natural. **Diálogos**, v. 10, n. 3, p. 55-78, 2006.

SILVA, Rafael Almeida da et al. Resistência a Antimicrobianos: a formulação da resposta no âmbito da saúde global. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 607-623, 2020.

SIRVINSKAS, L. P. **Manual de Direito Ambiental**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

SOTELO, Juan Manuel; ROCABADO, Fernando. Salud desde el municipio: una estrategia para el desarrollo. **Salud Pública de México**, v. 36, n. 4, p. 439-446, 1994.

SOUZA, Aline Costa et al. Perfil epidemiológico das parasitoses intestinais e avaliação dos fatores de risco em residentes brasileiros em um assentamento rural do nordeste doi. **Revista Conexão UEPG**, v. 12, n. 1, pág. 26-37, 2016.

SOUZA, Pricila; CAVEIÃO, Cristiano; SALES, Willian Barbosa. Ensino interdisciplinar e internacional em saúde única na prevenção de zoonoses: Interdisciplinary and international teaching in single health in zoonosis prevention. *Archives of Health*, v. 3, n. 2, p. 137-143, 2022.

TOURINHO, Andréa de Oliveira; RODRIGUES, Marly. **PATRIMÔNIO AMBIENTAL URBANO: UMA RETOMADA**. Revista CPC, São Paulo, n.22, p.70-91, jul./dez. 2016.

UBIRAJARA FILHO, CRC et al. Parasitoses gastrointestinais em cães e gatos de acordo com a abordagem One Health. **Arq. Sutiãs. Med. Veterinario. Zootec.**, Belo Horizonte, v. 74, n. 1, pág. 43-50, fevereiro de 2022. Disponível em <http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-09352022000100043&lng=en&nrm=iso>. acesso em 30 de junho de 2022. Epub em 22 de abril de 2022. <https://doi.org/10.1590/1678-4162-12355>.

UNESCO – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Convenção para a salvaguarda do patrimônio cultural e natural**. 1972. Disponível em <https://whc.unesco.org/archive/convention-pt.pdf>. Acesso em: 20 junho 2022.

VIEIRA CB, *et al.* 2017. O impacto da estação de cheias extremas na Amazônia na incidência de casos de gastroenterite viral. Alimentos **Environ Virol** 9: 195-207

YÁZIGI, Eduardo Eduardo. O patrimônio ambiental urbano: uma conceituação ampliada e aperfeiçoada. Revista Hospitalidade, São Paulo, v. IX, n.1, p.22-51, jun. 2012

ZANIRATO, Sílvia Helena; RIBEIRO, Wagner Costa. Patrimônio cultural: a percepção da natureza como um bem não renovável. **Revista Brasileira de História**, v. 26, p. 251-262, 2006.

ZHANG, Y., HANSEN, A. e BI, P. (2013). MUDANÇAS CLIMÁTICAS E DOENÇAS VIRAIS TRANSMITIDAS POR VETORES. Em infecções virais e mudanças globais, **SK Singh** (Ed.). <https://doi.org/10.1002/9781118297469.ch1>

ZULAUF, Werner E. O meio ambiente e o futuro. **Estudos avançados**, v. 14, p. 85-100, 2000.

HEALTHY AGING PROMOTION IN BAIXO ALENTEJO, PORTUGAL

Data de aceite: 03/10/2022

Ana Sobral Canhestro

Polytechnic Institute of Beja - Portugal

ABSTRACT: The objective of this study was describe the perspective of health promotion agents about healthy lifestyles promotion in order to a healthy aging, in Baixo Alentejo - Portugal. Using a qualitative design the sample of subjects was deliberated, with fourteen health promotion agents from primary health care services and municipalities selected to participate in an individual interview. Data analysis included a content and thematic analysis that revealed six themes: 1) Development of community interventions to promote healthy lifestyles 2) Effectiveness of interventions in the adoption of healthy lifestyles 3) Factors that influence the development of interventions to promote healthy lifestyles 4) Community participation 5) Environment facilitator of healthy choices 6) Nurse's role in the healthy lifestyles promotion. We conclude that the interventions are directed mainly to children and the elderly and are usually developed by the health sector in partnership with municipalities. Community participation is one of the most mentioned strategies to increase the effectiveness of health promotion interventions however there are difficulties in community empowerment and a lack of culture of participation in people and communities. Nurses have three key roles in health promotion interventions to promote healthy lifestyles: caring role; leadership

role and enabling role.

KEYWORDS: Health Promotion, Healthy aging, Healthy lifestyles, Community intervention (118).

INTRODUCTION

The last century saw significant changes in the demographic and epidemiological profile of the world population, particularly in the more developed countries. Life expectancy has progressively increased over recent decades and this trend is expected to continue. However, a long life are not always accompanied by good health and the cost and prevalence of chronic disease is increasing (Oxley, 2009). Although chronic diseases have been identified as the main cause of functional decline and death, many studies now suggest that chronic diseases might not be a necessary consequence of aging if a healthier lifestyle are adopted by the individuals of any age (Oxley, 2009).

The promotion of healthy aging is an international imperative for policymakers and practitioners because the societies need to increase knowledge about how to promote good health so as to prevent the costly and negative impacts effects of aging (Runciman, Watson, McIntosh, and Tolson, 2006; The Swedish National Institute of Public Health, 2006).

Effective interventions are needed to promote health and prevent disease in a perspective that goes beyond the individual risk

factors and continue throughout the life course (Darnton-Hill, Nishida, and James, 2004).

Nurses are in the ideal and best position to assume the role of health promoter and their expertise and knowledge in this area receives high credibility from the public (Kemppainen, Tossavainen, and Turunen, 2013) and from the other professionals.

BACKGROUND

The attention to aging issues increased in recent decades as a result of demographic changes over the twentieth century. The increasing lifespan together with declining fertility rates are a reality across the most developed countries. Europe is the continent most affected by an aging population and Portugal is not an exception with an important increase in the size and proportion of the elderly population. Alentejo, which is the less populated region of Portugal, has a higher percentage of old people and is where the population shows a higher need for health care because there is a higher percentage of population with declining health status caused by chronic or acute diseases (Santana, 2000; Santana, Alves, Couceiro, and Santos, 2008; INE, 2012).

Progressive aging of our societies should be viewed as positive phenomena and an opportunity to focus on a positive health promotion throughout the life-course (Ruciman et al, 2006), however this new reality is also a challenge for many sectors of society: in education - reducing the number of students, in health - increased pressure on the Health System and in social protection - financial sustainability (Rosa and Chitas, 2010). Recent projections predict an overall increase in public spending related to population aging, there is however a general consensus that the impact of these costs can be minimized by keeping healthy, autonomous and independent people for the longest period possible (Oxley, 2009; Davim et al., 2010; Drennan et al., 2005; Ming, Gao and Pusari, 2006).

Healthy aging has been defined as “the process of optimizing opportunities for physical, social and mental health to enable older people to take an active part in society without discrimination and to enjoy an independent and good quality of life” (The Swedish National Institute of Public Health, 2006, p. 16). Promote healthy aging is one of the major challenges to be faced today and the promotion of a healthy lifestyle through life is one of its pillars. “Lifestyle is a way of living based on identifiable patterns of behavior which are determined by the interplay between an individual’s personal characteristics, social interactions, and socioeconomic and environmental living conditions” (WHO, 1998, p. 26). “In the context of health, lifestyle is defined as discretionary activities that are regular part of one’s daily pattern of living and significantly influence health status” (Pender et al., 2011).

The WHO policy framework on ageing comprise a life-course approach to healthy ageing, recognizing that actions to ensure quality of life in old age should begin well before older age is reached. A healthy childhood and adulthood are considered the most important determinants of healthy old age (Sanders, 2006). Recent research demonstrates that a

healthy lifestyle is more influential than genetic factors in maintaining health throughout the aging process and although the risk of disease and disability increases with age, poor health should not be a necessary result of aging (Nuñez, Armbruster, Phillips, and Gale, 2003; Oxley, 2009). While the promotion of healthy aging should begin as early as the fetal stage and maintained throughout life, however, the transition from work to retirement has become the focus of specific interventions for healthy aging and in several countries, 50 is the operational age for those specific interventions (The Swedish National Institute of Public Health, 2006).

People should be given opportunities, knowledge and access to services and resources so that they are enabled to have better control over these health determinants and to build their own health as well as the health of their families by their own actions. Central to the maintenance or improvement of health of the individual, families, groups and communities are health promotion and disease prevention activities. According to the World Health Organization (WHO) health promotion is the process of enabling people to increase control over the determinants of health and thereby improve their health. Participation is essential to sustain health promotion actions (WHO, 1998). Pender, Murdaugh and Parsons (2011) define health promotion as “increasing the level of wellbeing and self-actualization of a given individual or group” (p. 36).

Health promotion is to be achieved by three basic strategies: 1. Advocacy - to create essential conditions for health. 2. Enabling - to enable all people to achieve their full health potentials. 3. Mediating - to mediate between the different interests in the society in the pursuit of health. These strategies are to be supported by five priority action areas: 1. Building healthy public policy. 2. Creating supportive environment for health. 3. Strengthening community action for health. 4. Fostering the development of personal skills. 5. Reorienting health services (WHO, 1986). Health promotion embraces not only actions directed at strengthening the skills and capabilities of individuals, but also actions directed towards changing social, environmental and economic conditions so as to influence public and individual health. It includes political and social interventions designed to change policies and services as well as to promote social responsibility for health (WHO, 1998).

The Health 2020 policy framework (WHO, 2012) proposes four priority areas for policy action: 1. Invest in health through a life-course approach and empower citizens, 2. Tackle Europe’s major disease burdens of non-communicable and communicable diseases; 3. Strengthen people-centered health systems and public health capacity, including preparedness and response capacity for dealing with emergencies; and 4. Create supportive environments and resilient communities.

The key role of local government in tackling the social determinants of health and in health promotion interventions has been increasingly recognized because the municipalities offer support environments for healthy living and also because they are par excellence the partners of other community organizations and health care to the achievement of health-

promoting interventions (Loureiro and Miranda, 2010). In Portugal, the involvement of municipalities in issues related traditionally to the health sector is not very expressive, and only about two decades a relatively small number of municipalities has been committed explicitly in this aspect of the citizen's life (Loureiro, Miranda, and Miguel, 2013).

Since the 1970s, Portugal is one of the countries that has been determined to put primary health care principles into practice with excellent results in most health indicators. Primary health care is nowadays the central pillar of the Portuguese health system, based on a community health center network covering the entire country. In 2005, Portugal began a reform of Primary Health Care and five different types of small multi-professional teams were created, called functional units of the health center groups (ACES), one of these teams is a Community Care Unit (UCC) that is coordinated by nurses and has as one of its specific tasks: providing community interventions in response to community needs (Biscaia et al., 2008).

Health promotion in general, and the promotion of healthy aging in particular, is a process in which the community nursing plays an important role, always ensuring the active participation of citizens and the involvement of all relevant stakeholders. The work of community nurses is increasingly putting the emphasis on promoting healthy lifestyles throughout life in order to healthy aging. Working in partnership with groups to achieve a deep understanding of local contexts may assist nurses when building up pictures of people's health-related needs and views (Manthorpe, Maim, and Stubbs, 2004; Ruciman et al., 2006; Ming et al., 2006).

Traditionally, the focus of health promotion by nurses and other health professionals has been on disease prevention and changing the behavior of individuals with respect to their health. However, nowadays the role of health promoters is more complex, but nurses have multi-disciplinary knowledge and experience of health promotion in their nursing practice. Ruciman and colleagues (2006) note that, there are tensions between the traditional biomedical orientations towards disease prevention and the current orientation towards maintenance of positive health and well-being and although preventive and positive health promotion objectives tend to be combined, it is the positive health dimension that is too easily lost in practice.

METHODS

Design and setting

This study aimed to understand the perspective of health promoters about healthy lifestyles promotion in order to a healthy aging, in Baixo Alentejo – Portugal, using qualitative research methods to analyze the meanings that individuals attribute to their actions (Fortin, 2009).

Participants

The key informant interviewees were purposively selected and included health professionals and municipalities' professionals identified as having an important role in community health promotion interventions. Key informants are those individuals who are knowledgeable in a specific field and voluntarily share their knowledge and skills, observations and insights to which the researcher would otherwise not have access.

The selection of the participants was based on the snowball method, which involves the random identification of subjects based on a network of interrelations established with the researcher. Initially, we conducted a first interview to the nurse of the Clinical Council of the health center groups (ACES) that identified the next key participants. Fourteen health promotion agents from primary health care services and municipalities were interviewed.

Ethical considerations

Approval was obtained from the Baixo Alentejo Health Local Unit Ethics Committee. The author provided information about the study to all participants. Informed consent was obtained from all participants, who were assured of confidentiality and of their right to refuse to answer any question or withdraw from the study at any time.

Instruments and analysis

Data were collected from January to June 2014, through deep semi-structured interviews. The interviews were conducted by the researcher using guided questions. These included questions about the participation or the participant's knowledge about interventions to promote healthy lifestyles as well as their effectiveness; interviewee's perception regarding the inter-sectorial work for the development of community interventions to promote healthy lifestyles; Interviewees' perception of the factors influencing the development of community interventions to promote healthy lifestyles in the general population and particularly in middle-aged people; Interviewees' perception of community participation in planning, implementation and evaluation of community interventions to promote healthy lifestyles; Interviewees' perception of the environment facilitates healthy choices and Interviewees' perception of the role of nurses in promoting healthy lifestyles.

The schedule, script and site of the interviews were planned in order to provide appropriate conditions to achieve the best results possible in this investigation mode. The availability of the interviewees was respected and interviews were scheduled ahead to assure favorable conditions and results. All participants were interviewed in Portuguese.

All interviews were recorded, after the participants' consent, and fully transcribed afterwards. The thematic content analysis method proposed by Bardin was used, resulting in the categorization process (Bardin, 2009). This method is based on the analysis of the contents described based on the interviews, in order to identify the divergences and convergences the subjects defined and group them in categories. This methodological

trajectory is organized in three phases: Pre-analysis; Exploration of the material; and, finally, Treatment of the results: inference and interpretation (Bardin, 2009).

The researcher conducting the analyses familiarized herself with the transcribed data by reading through the transcripts numerous times with the aim of identifying main themes and sub-themes. The guide questions also informed the identification of themes in the analysis process, as these questions referred to the main issues that needed to be covered in the interviews.

FINDINGS AND DISCUSSION

Fourteen interviews were conducted for this study. Twelve are health professionals working in primary care settings (nine community nurses, one nutritionist, one physician and one psychologist) and two professional from the local government. The average age of the interviewees was 49.5 years, most (10) are female and all have Portuguese nationality.

All interviewees occupy coordination positions with responsibility and they were identified as being an important role in community health promotion interventions.

Six major themes of knowledge about the perspective of health promotion agents about the development of community health promotion interventions in order to a healthy aging, were identified in this study: 1. Community interventions to promote healthy lifestyles; 2. Effectiveness of interventions in the adoption of healthy lifestyles; 3. Factors that influence the development of interventions to promote healthy lifestyles; 4. Community participation; 5. Environment facilitator of healthy choices; 6. Nurse's role in the healthy lifestyles promotion.

1. Development of community interventions to promote healthy lifestyles

The key elements regarding the development of community interventions to promote healthy lifestyles were: 1. Intervention promoter; 2. Intervention continuity; 3. Intervention approach; 4. Articulation between health services for the development of interventions; 5. Inter-sectoral articulation for the development of interventions.

The health sector – community health professionals – are the are the main promoters of community interventions to promote healthy lifestyles however municipalities also play an important role in promoting activities mostly for promoting of physical activity, this activities require greater investments in skilled human resources, adequate spaces, and equipment. Some community associations promote activities that are usually sporadic and without continuity. Interventions autonomously promoted by citizen groups are the less frequent.

Most interventions are for children and young people and the continuity of these interventions was valued by interviewees. Schools appear as the ideal setting to develop promotion interventions of healthy lifestyles, often integrated in the school health program. There are also many health promotion interventions in the elderly. Health promotion interventions for middle-aged people and other adults of working age are less frequent. All these interventions are considered as promoting healthy aging as healthy childhood and

adulthood may be the most important determinants of healthy old age (Sanders, 2006).

There are many interventions focused on preventing disease or risk, however most are focused on health promotion based on a more positive view of health. Health promotion interventions are mainly aimed at children and young people and disease prevention interventions are mostly addressed to adults and elderly. Similar results were found by Runciman and colleagues (2006) which emphasize that in terms of the approach to health promotion work with older people, biomedical, preventive and opportunistic work mainly with individual older people was common. Preventive interventions may target populations that are in good health, just as health promotion interventions may address people with a chronic illness and “although health promotion and disease prevention originate from different theoretical backgrounds, in clinical nursing practice, the interventions tend to overlap” (Wosinski et al, 2016, p. 2).

“A partnership for health promotion is a voluntary agreement between two or more partners to work cooperatively towards a set of shared health outcomes. Such partnerships may form a part of inter-sectoral collaboration for health, or be based on alliances for health promotion. Such partnerships may be limited by the pursuit of a clearly defined goal – such as the successful development and introduction of legislation; or may be on-going, covering a broad range of issues and initiatives. Increasingly health promotion is exploring partnerships between the public sector, civil society and the private sector.” (WHO, 1998, p. 27).

Collaboration in some form was evident in almost all of the interventions described by interviewees, and inter-sectoral collaboration was the most valued. Collaboration between levels of care was also valued. An interesting range of inter-professional and inter-sectoral collaborative partnerships in health promotion intervention, mostly initiated by primary care teams, were described. Municipalities and other community organizations also seek the health sector as a preferred partner in health promotion interventions. These findings suggest that professionals are aware that interventions developed in partnership achieve health outcomes or intermediate health outcomes in a way which is more effective, efficient or sustainable than might be achieved by the health sector acting alone (WHO, 1998). Similar results were found by Runciman and colleagues (2006) that reinforce the important role that community nurses have in these partnerships, which emerged as a strategic response to policy, and as a pragmatic response on the part of community nurses to sharing the load and getting the work done. However, we need to emphasize that this partnerships should consider the patient a partner and an active member in the planning, implementation and evaluation of health promoting care (Guedes et al, 2012).

2. Effectiveness of interventions in the adoption of healthy lifestyles

“Health promotion evaluation is an assessment of the extent to which health promotion actions achieve a “valued” outcome” (WHO, 1998, p. 22).

Two key elements arise regarding the effectiveness of interventions in the adoption of healthy lifestyles: evaluating the effectiveness of interventions and strategies to increase the effectiveness of interventions.

Some of the health promotion projects developed have indicators that evaluate their effectiveness but most interventions are not evaluated reflecting a lack of standardized measurement tools and methods. However the requirement of outcome indicators for the evaluation of projects is increasingly a reality, especially in projects where there is inter-sectoral collaboration or applying for funding. Similar results were found by Runciman and colleagues (2006), which notes that in most cases, audit or evaluation was linked to a particular initiative or innovation in health promotion work.

Some interviewees reported difficulties in assessing the effectiveness of interventions in the adoption of healthy lifestyles noting that many initiatives have been implemented relatively recently and there has not been sufficient time for effects to visible effects that can be evaluated.

In this study, one of the most mentioned strategies to increase the effectiveness of health promotion interventions is the involvement of the community and partners in the planning, implementation and evaluation of interventions, which is consistent with WHO's recommendations which states that "evaluations of health promotion activities may be participatory, involving all those with a vested interest in the initiative; interdisciplinary, by involving a variety of disciplinary perspectives; integrated into all stages of the development and implementation of a health promotion initiative; and help build the capacity of individuals, communities, organizations and governments to address important health problems" (WHO, 1998, p. 22).

Is reinforced by the interviewees the importance of health promotion interventions addressed to children and young people because a greater chance to enjoy a longer and healthier life comes from the early adoption of healthy lifestyles.

Adequate and rapid assessment of health needs before the intervention is another of the main strategies mentioned by the interviewees. The assessment is the first stage for planning, implementing, and evaluating community health promotion or prevention programs. "Successful implementation of community health promotion-prevention programs depends in large part on accurate assessment of community characteristics" (Pender et al., 2011, p 113). To a complete community analysis is important to assess and define needs, opportunities, and resources. "A community analysis is done with the community, not on or for the community" (Pender et al., 2011, p. 112).

3. Factors that influence the development of interventions to promote healthy lifestyles

Regarding the factors that influence the development of interventions to promote healthy lifestyles, these may be related to the participants, the professionals or the

organizations.

The main factor associated with participants mentioned by respondents was age, as previously mentioned most interventions are directed to children and the elderly because they are more available. Adults at active age, and particularly middle-aged, participate less because they are busy and therefore less available and often the timing of interventions are not compatible to their availability. Interventions to promote health of middle-aged people are considered crucial, since it is a stage of life where important decisions are made that will have an impact on later life and professional support and information to assist the decision-making may be useful (Manthorpe et al., 2004).

Change resistance and motivation to participate were also identified as factors related to participants.

With regard to factors related to the professionals their motivation and the strategies used were the most mentioned. These findings may mean that professionals, particularly in busy areas, may not see health promotion as a priority, while others may lack the knowledge and skills needed to put into practice with appropriate strategies (Sanders, 2006).

The lack of resources for the practice of health promotion in primary health care was the most mentioned factor related with organizations. The participation of nursing students in planning and implementation of interventions was also considered as an important factor. Is also referred, by some participants, the importance of political investment in health promotion. This investment is a strategy for optimizing the health promoting impact of public policies (WHO, 1998).

4. Community participation

The Ottawa Charter (WHO, 1986) emphasizes the importance of concrete and effective community participation in setting priorities for health, making decisions, planning strategies and implementing them to achieve better health. Through community participation, individuals and organizations within an empowered community provide social support for health and gain increased influence and control over the determinants of health in their community (WHO, 1998).

It is widely recommended that people should be fully consulted and involved in planning for health promotion, our findings suggest that sometimes the health professionals seek to promote participation involving people and community groups in the planning process of interventions, however there are difficulties in community empowerment and a lack of culture of participation in people and communities.

Is important to emphasize that the empowerment of people and communities is critical to full participation since health promotion most “be carried out by and with people, not on or to people. It improves both the ability of individuals to take action, and the capacity of groups, organizations or communities to influence the determinants of health. Improving the capacity of communities for health promotion requires practical

education, leadership training, and access to resources” (WHO, 1997). The relationship between participation and empowerment assumes that the knowledge of participants, their views and experience are included in decision-making processes in order to ensure that these decisions include all dimensions experienced by those who daily suffer the problems that decisions try to solve (Serapioni and Matos, 2013).

5. Environment facilitator of healthy choices

To enabling individuals to change and maintain healthy lifestyles, action must be directed not only at the individual but also at the social and living conditions which interact to produce and maintain these patterns of behavior. “The main aim of healthy public policy is to create a supportive environment to enable people to lead healthy lives. Such a policy makes healthy choices possible or easier for citizens. It makes social and physical environments health enhancing.” (WHO, 1998, p. 24).

In this study the key elements regarding the environment facilitator of healthy choices were: promoting environment of physical activity; promoting environment of healthy eating and barriers to access to healthy choices.

Existence of appropriate infrastructure for physical activity in communities and local government investment to promote physical activity were the most mentioned aspects regarding the promoting environment of physical activity.

Access to healthy foods and interventions promoting healthy eating have been reported regarding the promoting environment of healthy eating. Interventions aimed to promote healthy eating and the existence of nutritionists in primary health care seeks to give an appropriate response to the increasing prevalence of obesity in all ages, which is a reality in Portugal and also in Alentejo, and the consequent morbidity and mortality associated (WHO, 2005; DGS, 2014; INSA and INE; 2009, DGS, 2012).

Gaps in the provision of physical activity were the barriers to access to healthy choices identified by the interviewees.

6. Nurse’s role in the healthy lifestyles promotion

Whitehead (2000) refers that much of the literature “relates to the specific role of community-based nurses in the primary healthcare team, and identifies their unique position and responsibility for pioneering the universal acceptance and adoption of health-promoting practices” (p. 604).

In this study the role of nurses in health promotion comes with three key elements: caring role; leadership role and enabling role.

As regards to the caring role are pointed two essential aspects: the proximity and knowledge that nurses have about patients, families and communities. Sanders (2006) refer that promoting individual’s health is an essential aspect of caring. Nurses are often in close and frequent contact with patients, families and the community (Kemppainen, Tossavainen, and Turunen, 2013).

The nurses' leadership role is manifested through the leadership of interventions and also the leadership of community intervention teams. These teams can be multi-professional and the leading role of nurses is recognized by all team members. Nurses are also referred as the connecting link with other professionals, facilitating inter-disciplinarity. Pender and colleagues (2011) refer that "nurses, because of their biopsychological expertise and frequent, continuing contact with clients, have the unique opportunity of providing global leadership to health professionals in the promotion of better health for global community" (p. 8).

Nurses are also referred as having an enabling role by empowering people to adopt healthy lifestyles and promoting their participation in decisions that concern their health. Enabling people to make choices about health and lifestyle is an important aspect of nurse's role (Sanders, 2006). "In health promotion, enabling means taking action in partnership with individuals or groups to empower them, through the mobilization of human and material resources, to promote and protect their health" (WHO, 1998, p. 17).

CONCLUSIONS

The results of this study cannot be generalized, as they refer to particularities related by the fourteen participants about their perspective from the promotion of healthy aging interventions in Baixo Alentejo – Portugal, however findings can be compared with those of other studies in the literature.

Community interventions to promote healthy lifestyles are mostly developed by health professionals working in community and municipalities. Inter-sectoral collaborative partnerships mostly between the health sector and municipalities are a reality.

Children, young people, and elderly are the main participants of the programs of healthy lifestyles promotion. Health promotion interventions for middle-aged people and other adults of working age are less frequent. Age is considered as the main factor related to participants that influence the development of interventions to promote healthy lifestyles.

Motivation of participants and professionals was also considered as a factor that influences the development of interventions to promote healthy lifestyles.

The lack of resources for the practice of health promotion in primary health care and the participation of nursing students in planning and implementation of interventions were the most mentioned factors related with organizations.

Most community interventions to promote healthy lifestyles interventions are not evaluated reflecting a lack of standardized measurement tools and methods.

One of the most mentioned strategies to increase the effectiveness of health promotion interventions is the involvement of the community and partners in the planning, implementation and evaluation of interventions, however there are difficulties in community empowerment and a lack of culture of participation in people and communities.

The promotion of physical activity and healthy eating were the main aspects evaluated by respondents regarding the environment facilitator of healthy choices. The investment and the role of municipalities in building supportive environments for physical activity was evidenced. The municipalities and the health sector develop programs to promote healthy eating and in most communities there is easy access to healthy foods.

Nurses have three key roles in health promotion: caring role; leadership role and enabling role. The proximity and knowledge that nurses have about patients, families and communities were considered essential aspects. The nurses' leadership role is recognized by all team members. Enabling people to adopt healthy lifestyles and to participate in decisions that concern their health is also an important aspect of nurse's role.

Our findings suggest that there may be merit in:

- Consulting and actively involving people and communities in health promotion interventions.
- Finding strategies to enable increased participation of adults at active age and particularly middle-aged people.
- Strengthening a life-course approach to healthy ageing.
- Strengthening inter-sectoral and multi-professional partnerships.
- Creating opportunities for practice teams to share ways of working in healthy lifestyles promotion.
- Promoting mechanisms for evaluating the effectiveness of interventions promoting healthy lifestyles.
- Considering effective ways of developing and evaluating practice change.
- Giving more visibility to the role of nurses as health promoters and prevention specialists.
- Valuing the health promotion work in the community by primary care and municipalities.
- Continuing to design interventions based on the assessment of the health needs of populations.
- Being alert to trends and changes in all sectors of society and understand how these may affect the health of the population.

ACKNOWLEDGEMENTS

The researcher gratefully acknowledges the help received from the participants in this study and the advisory panel.

REFERENCES

- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. (5th Ed. Revista e atualizada). Lisboa: Edições 70.
- Biscaia, A.R., Martins, J.N., Carreira, M.F.L., Gonçalves, I.F., Antunes, A.R., and Ferrinho, P. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reformar para novos sucessos*. (2th Ed. Revista e atualizada). Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Davim, R., Araújo, M., Nunes, V., Alchieri, J., Silva, R., and Carvalho, C. (2010). Aspects related to healthy aging human. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*. **4(4)**: 2018-2024.
- Darnton-Hill, I., Nishida, C., and James, W. P. T. (2004). A life course approach to diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *Public Health Nutrition*. **7(1A)**: 101-121.
- Whitehead, D. (2000). *The role of community based nurses in health promotion*. *British Journal of Community Nursing*. **5 (12)**: 604-609.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2012). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – Orientações Programáticas*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2014). *Portugal – Alimentação Saudável em números – 2014*. Lisboa: DGS.
- Drennan, V., Iliffe, S., Haworth, D., Tai, S., Lenihan, P., and Deave, T. (2005). The feasibility and acceptability of a specialist health and social care team for the promotion of health and independence in 'at risk' older adults. *Health and Social Care In The Community*. **13 (2)**: 136-144.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012). *Censos 2011 Resultados definitivos – Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge [INSA] and Instituto Nacional de Estatística [INE] (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: autores.
- Guedes, N.G., Moreira, R.P., Cavalcante, T.F., Araújo, T.L., Lopes, M.V.O., Ximenes, L.B., Vieira, N.F.C. (2012). Nursing interventions related to health promotion in hypertensive patients. *Acta Paulista de Enfermagem*. **25(1)**: 151-156.
- Kemppainen, V., Tossavainen, K., and Turunen, H. (2013). Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. *Health Promotion International*. **28**: 490-501.
- Loureiro, I., and Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde – dos fundamentos à ação*. Coimbra: Almedina.
- Loureiro, I., Miranda, N., and Miguel, J.M.P. (2013). Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. **31 (1)**: 23-31.
- Manthorpe, J., Maim, N., and Stubbs, H. (2004). Older people's views on rural life: a study of three villages. *Journal of Clinical Nursing*. **13 (6B)**: 97-104.

- Ming, L., Gao, R., and Pusari, N. (2006). Using Participatory Action Research to Provide Health Promotion for Disadvantaged Elders in Shaanxi Province, China. *Public Health Nursing*. **23 (4)**: 332-338.
- Nuñez, D., Armbruster, C., Phillips, W., Gale, B. (2003). Community-based senior health promotion program using a collaborative practice model: the Escalante Health Partnerships. *Public Health Nursing*. **20 (1)**: 25-32.
- Oxley, H. (2009). Policies for Healthy Ageing: An Overview. *OECD Health Working Papers*. **42**, OECD Publishing.
- Pender, N., Murdaugh, C., and Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. (6th Edition). New Jersey: Pearsons Education, Inc.
- Rosa, M. J., and Chitas, P. (2010). *Portugal: os números*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Runciman, P., Watson, H., McIntosh, J., and Tolson, D. (2006). Community nurses' health promotion work with older people. *Journal of Advanced Nursing*. **55 (1)**: 46-57.
- Sanders, K. (2006). Developing practice for healthy ageing. *Nursing Older People*. **18(3)**: 18-25.
- Santana, P. (2000). Ageing in Portugal: regional inequities in health and health care. *Social Science and Medicine*. **50**: 1025-1036.
- Santana, P. [Coord.], Alves, I., Couceiro, L., and Santos, R. (2008). *Envelhecimento e saúde em Portugal. PNS em foco - Boletim informativo n.º 2*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde – Gabinete de Informação e Prospectiva.
- Serapioni, M., Matos, A.R. (2013). Participação em saúde: entre limites e desafios, rumos e estratégias. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. **31(1)**: 11-22.
- The Swedish National Institute of Public Health. (2006). *Healthy Ageing - A challenge for Europe*. Huskvarna: The Swedish National Institute of Public Health.
- World Health Organization [WHO]. (1986). *First International Conference on Health Promotion*, Ottawa: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (1997). *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st century*. Jakarta: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO] (2005). *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for Response*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization [WHO]. (2012). *Health 2020 - A European policy framework supporting action across government and society for health and wellbeing*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf.
- Wosinski, J., Cordier, S.B., Bachmann, A. O., Gagnon, M., Kiszio, B. (2016). Effectiveness of nurseled healthy aging strategies for older adults living in the community: a systematic review protocol. *The JBI database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. **14 (2)**: 1-7.

CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS EM DOMICÍLIOS E A IMPORTÂNCIA DO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO BÁSICA

Data de aceite: 03/10/2022

Lalesca Gomes de Oliveira

Universidade Federal do Pampa/
Uruguaiana,RS

1 | INTRODUÇÃO

Os medicamentos assinalaram uma revolução nas atividades de saúde pública, alcançando lugar de destaque na terapêutica contemporânea. Ao mesmo tempo, a frequência de uso, a facilidade de aquisição e a publicidade sem restrições banalizaram a utilização de medicamentos, desconsiderando os potenciais riscos de uso sem orientações (VALÉRIO, 2009). Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, medicamentos são produtos especiais produzidos com rigoroso controle técnico com a finalidade de diagnosticar, prevenir, curar doenças ou aliviar seus sintomas (BRASIL, et al 2010). A Organização Mundial da Saúde (OMS) no Brasil, a política nacional de medicamentos preconizam que o uso racional se dá quando os pacientes recebem a medicação adequada às suas necessidades clínicas, nas doses correspondentes aos seus requisitos individuais, durante um período de tempo adequado e ao menor custo possível para si e para a comunidade. Já a automedicação é definida como o uso de medicamento sem prescrição, orientação ou

acompanhamento do médico. No domicílio, além do problema intrínseco da facilidade de acesso a medicamentos sem orientação médica, pode haver problemas de armazenamento: os medicamentos devem ser guardados em local arejado e seguro, sem exposição à luz, calor ou umidade, em sua embalagem original, identificados pelo nome comercial ou genérico e princípio ativo e com data de validade e lote, o que nem sempre acontece (MASTROIANNI, et al 2011).

A concentração de medicamentos desnecessários e as sobras de tratamento nas “Farmácias Caseiras” podem também de certa forma, resultar em problemas no planejamento para aquisição de medicamentos no SUS e no controle da demanda ou, ainda, a falta dos mesmos (RIBEIRO, et al 2010).

Considerando a falta de informação referente ao modo de armazenamento dos medicamentos, sabendo-se que a má conservação podem afetar as características do fármaco, e que o acúmulo dos mesmos em domicílio pode trazer sérios riscos à saúde humana, este estudo tem como objetivo identificar como pacientes da estratégia de saúde da família (ESF) no município de Uruguaiana RS, armazenam medicamentos em seus domicílios assim como a importância da inserção do farmacêutico na atenção básica.

2 | METODOLOGIA

O interesse pelo estudo surgiu quando, bolsistas do Programa de Educação Tutorial Práticas Integradas em Saúde Coletiva (PET PISC), que realizam visitas domiciliares em uma Estratégia de Saúde da Família no município de Uruguaiana RS, visualizaram a falta da atenção farmacêutica referente ao modo de armazenamento e a má conservação dos medicamentos, que podem afetar as características do fármaco e bem como o seu acúmulo em domicílios podendo trazer riscos à saúde. O PISC foi criado da atitude de discentes durante as práticas acadêmicas da Disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva III, no ano de 2009. A aproximação dos discentes junto a ESFs, geralmente localizadas em zonas periféricas, promove a saúde, uma melhor qualidade de vida, prevenção de danos e um acolhimento integrado. Para os estudantes, proporciona experiências e vivências, através de visitas domiciliares realizadas e atividades de educação em saúde.

A escolha dos domicílios foi realizada após discussão com a equipe de saúde, sobre usuários necessitados de atenção domiciliar integrada de enfermagem, farmácia e fisioterapia e a identificação dos usuários realizou-se através das Agentes Comunitárias de Saúde da ESF. As mesmas acompanharam visitas domiciliares pela equipe de acadêmicos, juntamente com os agentes comunitários de saúde e supervisão docente.

Foi usado como critério de escolha a partir de usuários hipertensos e diabéticos com dificuldades em fazer o tratamento terapêutico adequado. O fator de inclusão do estudo era que o usuário possuísse doenças crônicas como HAS (Hipertensão arterial sistêmica) e DM (Diabetes mellitus). Foi aplicado um questionário composto de perguntas fechadas envolvendo distribuição sociodemográfica, locais e condições de armazenamento dos medicamentos. Para melhor esclarecimento dos objetivos e procedimentos do protocolo, após a seleção de usuários, os mesmos passaram por uma entrevista com perguntas abertas.

Este trabalho foi submetido para apreciação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Pampa, cada usuário recebeu o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para a participação na pesquisa e somente após aprovação do CEP com parecer número 756.020 iniciaram as entrevistas.

Primeiramente realizou-se a identificação e avaliação das características sócio-demográficas tais como: responsável pelos medicamentos no domicílio, idade, sexo, grau de escolaridade do responsável pelos medicamentos, número de pessoas que residem na casa, número de cômodos existentes no domicílio, número de crianças residindo no local e a renda mensal da família. Em seguida realizou-se a identificação do local de armazenamento dos medicamentos, se os entrevistados -os estocavam em casa, quais cômodos os mesmos eram armazenados, se existia limpeza periódica do local de armazenamento, controle periódico da data de validade, onde o entrevistado costuma adquiri-los, se a família já recebeu orientação sobre como armazená-los em casa. Por fim

realizou-se a observação, pelo entrevistador, das condições de armazenamento, exposição dos medicamentos à luz, à umidade, ao calor, limpeza, armazenamento em recipiente com tampa, local fora do alcance de crianças, número de medicamentos estocados, existência ou não de embalagens vencidas, quantidade e se estes se encontravam armazenados em suas embalagens originais.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram visitados 20 domicílios de usuários diabéticos e hipertensos. Os resultados demonstram que 85% dos usuários eram do sexo feminino e 15% do sexo masculino de um total de 56 usuários entrevistados, cadastrados nas ESFs parceiras do PISC. À idade média dos entrevistados foi de 56,7 com mínima de 50 anos e máxima de 80 anos. A maior parte dos entrevistados possuía ensino fundamental incompleto. Em todos os domicílios visitados foram encontrados estoques de medicamentos e todos os usuários estavam em tratamento farmacológico.

O armazenamento na maioria das residências é inadequado e o mesmo é realizado em mais de um cômodo. Observou-se a ausência da embalagem primária na maior parte dos medicamentos estocados, visto que estes encontrados nessas condições são adquiridos nas Unidades Básicas que realizam a distribuição dos mesmos sem a embalagem primária. Porém os medicamentos encontravam-se em suas embalagens secundárias, ou seja, em cartelas quando formas sólidas, ou frascos quando em formas líquidas. Foi observado a falta de orientação para os usuários no momento da prescrição ou entrega dos medicamentos, o que ocasiona exposições, controle e administração dos medicamentos de forma inadequada (Tabela 1).

Características	Sim (%)	Não (%)
Exposto a luz	35	65
Exposto a unidade	40	60
Exposto ao calor	55	45
Limpos e sem poeira	65	35
Em recipiente com tampa	20	80
Medicamentos estocados	100	0
Medicamentos vencidos	15	85
Embalagem primária	20	80
Embalagem secundária	80	20
Recebe orientações sobre armazenamentos	40	60
Controle da validade	95	5

Tabela 1 - Condições de armazenamento que os medicamentos se encontravam.

Os 20 domicílios entrevistados (100%) possuíam estoques de medicamentos, em média 7,3 por domicílio. Em um estudo realizado na cidade de Ijuí/RS, com amostra de 321 entrevistados, verificou-se em média 4,2 destes por domicílio.

As médias citadas podem estar relacionadas com a diferença no perfil socioeconômico dos entrevistados, pois em concordância com esse trabalho, primeiro avaliou-se uma população com baixo poder aquisitivo, onde os medicamentos eram adquiridos junto ao Sistema Único de Saúde (SUS). Dos 20 domicílios analisados, observou-se que a maioria dos medicamentos estava armazenada de forma inadequada.

Percebeu-se que os locais de preferência para o armazenamento foram quarto e cozinha, o que possivelmente se deve à acessibilidade do local. Dos nove locais de armazenamento investigados, em 35% os medicamentos estavam expostos à luz, 40% à umidade e 55% ao calor. Esses fatores ocasionam e comprometem a estabilidade e a ineficiência na farmacoterapia do usuário, acelerando mecanismos de degradação das moléculas dos fármacos, o que é de extrema preocupação (PRISTA, et al 2008).

Para não provocar efeitos indesejáveis, diferentes das suas indicações terapêuticas originais, não podem ser utilizadas medicações com o prazo de validade vencido (ANVISA, 2008). A maioria dos medicamentos encontrados nos domicílios foi dos gêneros anti-hipertensivo, hipoglicemiante oral e diurético, pois o fator de inclusão do estudo é que o usuário seja portador de alguma doença crônica, como HAS e DM.

Com este trabalho constatou-se a importância de um farmacêutico vinculado as ESFs, para a prática de dispensação de medicamentos. A dispensação inadequada ocorre pois não há a presença de farmacêuticos nas Unidades para o preparo e administração.

De acordo com a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação do medicamento, torna-se indispensável à presença do profissional de Farmácia para a orientação adequada do cumprimento da dosagem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). A forma de armazenagem pode reduzir nos domicílios a maneira errada de estocagem de medicamentos, o que prejudica a efetividade do fármaco ou pode trazer riscos à qualidade de vida.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Torna-se indispensável a orientação adequada para cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação do medicamento reduzindo assim o alto índice de medicamentos armazenados nos domicílios de maneira inadequada propiciando risco a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medicamentos – Venda de medicamentos sem prescrição médica. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária 2008. [Online]. 2008 [acesso 2014 Ago 21]. Disponível em: http://www.anvisa.gov/profssional/medicamentos/farmacia_caseira.htm#

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Cartilha “O Que Devemos Saber Sobre Medicamentos”. Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2010.

MASTROIANNI, Patricia de Carvalho et al. Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 29, p. 358-364, 2011.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. Política nacional de medicamentos 2001/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. –Brasília: Ministério da Saúde, 2001; pp. 34.

Prista LVN, Alves AC, Morgado R. Tecnologia farmacêutica. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian, 2008. 3 v. 5 ed.

RIBEIRO, Maria Ângela; HEINECK, Isabela. Estoque domiciliar de medicamentos na comunidade ibiaense acompanhada pelo Programa Saúde da Família, em Ibiá-MG, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 19, p. 653-663, 2010.

Valério WL. Avaliação do estoque domiciliar de medicamentos em um bairro do município de Forquilha-SC. 2009[54] f. TCC (Graduação em Farmácia) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma. 2009.

CAPÍTULO 17

ATENÇÃO A PACIENTES ONCOLÓGICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE O DIREITO À VIDA

Data de aceite: 03/10/2022

Maria Gabriela Teles de Moraes

Centro Universitário Fametro

Carolina Nunes Werneck de Carvalho

Universidade Nilton Lins

Caroline Silva de Araujo Lima

Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga

Lionel Espinosa Suarez Neto

Centro Universitário Fametro

Renata Reis Valente

Centro Universitário Fametro

Ana Luiza Silva de Almeida

Centro Universitário São Lucas

Luciane Guiomar Barbosa

Centro Universitário Fametro

Júlia Ágata Cardoso Barbosa

Universidade Federal do Amazonas

Ana Luiza Batista Moraes

Centro Universitário Fametro

Juliana Cidade Lopes

Universidade Nilton Lins

Jéssica José Leite de Melo

Universidade Nilton Lins

Tiago Mello dos Santos

Universidade Nilton Lins

Juliana Claudia Araujo

Centro Universitário Fametro

RESUMO: O presente estudo tem o objetivo de refletir acerca do agir em saúde, analisando as políticas públicas existentes voltadas para os pacientes com câncer e o seu atendimento no Sistema Único de Saúde. Assim, o norte da discussão é a oferta de tratamento, o papel da atenção primária e a capacitação dos profissionais de saúde e da assistência social no acolhimento dos pacientes com câncer. Destarte, os profissionais são os responsáveis, direta e indiretamente, pela realização de um cuidado em saúde seguro, ético e com qualidade, sendo, portanto, agentes viabilizadores da efetivação do tratamento necessário dos pacientes. Assim, o artigo revelou o desafio dos profissionais da saúde em realizar o cuidado integral, integrado e humano com o paciente oncológico, em especial, a falta de estrutura do sistema único de saúde para lidar com esses pacientes, carecendo de fortalecimento da atenção voltada a essa parcela da população, em especial, no que tange ao agir em saúde, consagrando o direito à vida e a saúde assegurado pela Constituição Federal.

PALAVRAS-CHAVE: Pacientes oncológicos; Sistema Único de Saúde; Direito à vida.

CARE OF CANCER PATIENTS IN THE BRAZILIAN NATIONAL HEALTH SYSTEM: REFLECTIONS ON THE RIGHT TO LIFE

ABSTRACT: This study aims to reflect about the action in health, analyzing the existing public policies for cancer patients and their care in the Unified Health System. Thus, the north of the discussion is the offer of treatment, the role of primary care and the training of health and social assistance professionals in the reception

of cancer patients. Therefore, the professionals are directly and indirectly responsible for providing safe, ethical, and quality health care, and are therefore the agents that make it possible to provide the necessary treatment for patients. Thus, the article revealed the challenge of health professionals in performing integral, integrated and humane care with cancer patients, especially the lack of structure of the single health system to deal with these patients, lacking strengthening of the attention directed to this portion of the population, especially with regard to acting in health, enshrining the right to life and health assured by the Federal Constitution.

KEYWORDS: Oncology patients; Unified Health System; Right to life.

1 | INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, a assistência à saúde da pessoa com doença crônica degenerativa, entre elas o câncer, tem como característica uma tendência de transferir parte da responsabilidade pela condução do tratamento para a família. Deste modo, o Sistema Único de Saúde por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) se faz cada vez mais presente no lar dos indivíduos com câncer, ao estabelecer um relacionamento baseado no vínculo e corresponsabilidade com a comunidade, buscando a integralidade na atenção aos doentes e ao núcleo familiar, consagrando o tratamento humano e eficiente.

Nessa senda, a atuação dos profissionais de saúde junto ao domicílio torna-se imprescindível aos pacientes que convivem com uma neoplasia, oportunizando a equipe multiprofissional um verdadeiro encontro ao compartilhar as dificuldades e angústias do ambiente domiciliar com os doentes, facilitando o desvelamento dos sentimentos e inquietações que os pacientes reservam para si, evitando maiores complicações e acometimento de outras doenças.

Destarte, a doutrina revela que o paciente com câncer concebe como importante em seu cuidado atitudes que colaborem para intensificar seus próprios recursos, ou seja, que lhes confirmem resistência para manter o significado, compreensão e capacidade de gerenciamento de sua própria vida e, assim, permanecerem fortes ante a doença. Para estas pessoas, expressões de empatia dos profissionais de saúde estão relacionadas, sobretudo, a conselhos informacionais, que possibilitem o autocontrole das situações vivenciadas em seu cotidiano.

No entanto, há também pacientes que demonstram o desejo de receber um cuidado distinto, no qual haja espaço para uma relação baseada no apoio emocional, ao invés de compartilhar suas responsabilidades e valorizar sua autonomia. Frente a tais considerações, compreende-se que a única maneira de se identificar o que é melhor para a pessoa com câncer se funda em atitudes que partem dos próprios profissionais de saúde, especialmente no que tange à tentativa de escutar e conhecer seus pacientes, de modo a iniciar o entendimento do que, de fato, é importante a cada um deles.

De mais a mais, tais considerações vão ao encontro de novas inquietações no

que tange ao cuidado do paciente com câncer, destacando-se no presente artigo alguns importantes questionamentos, como os pacientes com câncer sentem-se ao receber os cuidados dos profissionais da ESF, ressaltando que tal realidade de cuidado, percebida sob a ótica dos próprios pacientes ainda merece aprofundamento na literatura, pois estudos recentes demonstram que a acessibilidade dos serviços da ESF é menor do que os profissionais percebem, além de que, os usuários acreditam que o contingente profissional na Atenção Primária ainda é pequeno para suas necessidades.

Ademais, os profissionais de saúde constituem peça fundamental para o enfrentamento do câncer, visto que, diante do diagnóstico de uma doença grave e avassaladora, o que pacientes e familiares mais anseiam é ter um conhecimento mais profundo acerca da doença e dos possíveis efeitos colaterais que o tratamento pode trazer. Nesse sentido, o presente estudo pode agir como ferramenta importante na assistência ao paciente com câncer, pois, ao conhecer os meandros da assistência cotidiana, pode-se superar carências de atenção apresentadas pelos profissionais da ESF, que muitas vezes podem não levar em consideração os anseios dos pacientes no planejamento das ações e programas de promoção e recuperação da saúde.

Definindo assim, como objeto principal do presente artigo, a análise da legislação atual e vigente e a aplicação material da norma, no que tange a assistência e cuidado oferecidos aos pacientes oncológicos que necessitam do sistema único de saúde para realizar o seu tratamento, analisando ainda, a importante atuação dos profissionais da atenção primária, no acolhimento e acompanhamento do paciente durante o tratamento.

2 | O DIREITO À SAÚDE

Em linhas iniciais, a Constituição Federal elencou no seu rol de direitos fundamentais esculpido no artigo 6^o a inclusão dos direitos sociais do cidadão, garantindo a esses, respeito e aplicabilidade prática no campo social, a fim de consagrar os tratados ratificados pela Carta Magna.

Sendo assim, dentre os direitos sociais mencionados, se encontra o direito à saúde, que segundo o artigo 196 da Carta Magna é assegurado a saúde como direito de todos e do Estado:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A Constituição cidadã, possui como fundamento principal, a dignidade da pessoa humana, efetivando diversas conquistas advindas da luta de movimentos sociais e

1 Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

participação popular no pós período ditatorial, expressando a vontade do povo e a união indissolúvel dos Estados, Municípios e Distrito Federal, formando esses entes a República Federativa do Brasil.

Não obstante, apesar da garantia constitucional dos direitos mencionados e da luta pela sua aplicação, são encontradas no campo prático, enormes dificuldades acerca da efetivação desses direitos sociais, tendo em vista estarem a margem de uma boa gestão política e econômica, vinculadas diretamente a planejamento e orçamento suficiente para eficiência da aplicação efetiva do disposto em lei.

Nessa montada, o direito a saúde é o espelho de toda uma conjuntura social, cultural, política e econômica, de modo que, não é a mesma para toda e qualquer pessoa, dependendo de vários fatores como o território, a época, a classe social, dependendo em sua grande maioria, de quesitos individuais.

Ressalta-se que, numa linha abrangente, a Organização Mundial de Saúde (OMS), conceituou saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”.

Nesse sentido, tal definição mostrou-se incompleta e ultrapassada, sob a visão de que o conceito de saúde deveria se afastar desse lado individualista e ser mostrado num âmbito geral, coletivo, exposto aos meios sociais e à realidade fática enfrentada por todas as classes, reconhecendo de fato, o direito à saúde como um direito fundamental à essência e vida do ser humano.

Quando o indivíduo é acometido pelo câncer cria-se uma situação de vulnerabilidade, pois, além dos fatores desencadeantes da própria doença, existem problemas psicossociais preexistentes ao câncer. Portanto, é preciso que o tratamento ultrapasse o limite do cuidado biológico e se intere do modelo de assistência integral de modo a construir uma abordagem holística e interdisciplinar.

Para que se cumpra o paradigma desse modelo, é inerente ao campo da saúde possuir vários campos de atuação. Assim, os profissionais que compõem uma equipe, todos complementares e interdependentes, somam esforços, a fim de se obter o êxito total da cura, visto como a melhora dos aspectos biológicos, sociais e psicológicos, assim como proporcionar o conforto necessário àqueles que estão fora das possibilidades de cura e, portanto, em fase paliativa do tratamento.

Portanto, os benefícios são significativos e todos são recompensados – desde que haja a aplicação do direito no campo material, possibilitando aos profissionais a satisfação pelo trabalho realizado e pelo reconhecimento, e aos pacientes e familiares alcançarem o que desejam: serem tratados com dignidade, respeito à vida e direito ao tratamento com qualidade e humanidade.

2.1 O direito à saúde do paciente oncológico

A priori, no Brasil, todo o cidadão tem direito a atendimento gratuito à saúde, isso

garantiria o atendimento integral do paciente de câncer no Sistema Único de Saúde, inclusive os cuidados paliativos para o paciente que não possui maiores expectativas de vida, viver seus últimos dias com dignidade.

Na prática, porém, o paciente com neoplasia maligna e sua família se veem implorando por atendimento em hospitais, pois se o enfermo é atendido pelo SUS, ele não será acolhido imediatamente, conforme determina o artigo 5º, § 1º, da Constituição Federal e possuindo plano particular de saúde tem, na maioria dos casos, a recusa de cobertura, fazendo-se necessário ajuizamento de ação judicial para alcançar seu direito.

Nesta seara, os magistrados e Tribunais vêm decidindo de forma bastante acolhedora quanto à cobertura total ao tratamento dos pacientes oncológicos. Isso porque em muitos casos os planos de saúde apresentam cláusulas abusivas em seus contratos, com exclusão de cobertura para alguns tipos de doenças.

Dessa forma, os pacientes de câncer encontram, por meio de ação judicial, a garantia que lhes é devida, podendo assim lutar com dignidade e esperança contra a doença, que por si só gera desgaste e sofrimento imensurável, tanto ao enfermo quanto aos entes queridos.

Assim, ciente, entretanto, que o câncer é uma doença que necessita de tratamento urgente para que resulte na cura, a decisão judicial muitas vezes torna-se ineficiente, a depender da condição em que se encontra o paciente, pois até a decisão judicial, mesmo que com pedido liminar, demanda um certo período, com mais razão quando o ente público não cumpre espontaneamente a decisão e há a necessidade de sequestro de valores, gerando a perda de um tempo precioso ao paciente, o qual pode ser decisivo na cura ou na sua morte.

Nesta seara, em que pese a acolhida judicial ao paciente portador da doença, o ideal seria que os entes públicos cumprissem a ordem constitucional e prestassem a assistência necessária à saúde do portador de qualquer enfermidade, evitando-se tamanho sofrimento para si e seus familiares. Isso, porém, ainda é utopia em nosso “Estado Democrático de Direito”, sofrendo ainda mais, os pacientes que são acometidos com a neoplasia, sendo de suma importância a atuação capacitado dos profissionais da atenção primária à saúde.

3 | ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

No que diz respeito a assistência oncológica no SUS, insta dizer que a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer está estruturada e organizada em uma linha de cuidados que perpassa todos os níveis de atenção, desde a atenção básica até a atenção especializada de média e alta complexidade, e de atendimento contemplados por essa política (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos).

No Brasil, a atual distribuição dos diferentes tipos de cânceres sugere uma polarização

epidemiológica em andamento. Ora, com o fenômeno recente de envelhecimento da população, que projeta o crescimento exponencial de idosos, é possível identificar um aumento expressivo na prevalência do câncer, o que demanda dos gestores do SUS imenso esforço para a oferta de atenção adequada aos doentes, uma vez que existem tratamentos pactuados junto ao Sistema Único de Saúde.

À propósito, essa ótica deixa clara a necessidade de grande investimento na promoção da saúde e na busca da modificação dos padrões de exposição aos fatores de risco para o câncer. É necessário a implantação de uma nova cultura para a prevenção e tratamento do câncer, uma vez que ao mesmo tempo em que é nítido o aumento da prevalência de cânceres associados ao melhor nível socioeconômico – mama, próstata, cólon e reto –, simultaneamente, tem-se taxas de incidência elevadas de tumores geralmente associados à pobreza: colo do útero, pênis, estômago e cavidade oral.

Sendo assim, a mencionada distribuição das taxas de incidência da doença, certamente resulta de exposição diferenciada a fatores ambientais relacionados ao processo de industrialização, como agentes químicos, físicos, biológicos e das condições de vida, que variam de intensidade em função das desigualdades sociais (saneamento básico, alimentação, atividade física, trabalho, etc).

Logo, visando o direcionamento de recursos para prevenção e combate ao câncer no Brasil, em 2012 foi criado pelo Governo Federal, através da Lei nº 12.715, o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica, apelidado de PRONON. Na Oncologia, o SUS atende os pacientes que necessitam de tratamento, através de uma Rede de Atenção Oncológica que inclui hospitais denominados Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) e estabelecimentos de saúde não hospitalares autorizados, com Serviços de Radioterapia e Quimioterapia. Os hospitais habilitados como Unacon ou Cacon – fazem assistência as sete modalidades, que devem atuar integralmente: diagnóstico, cirurgia, radioterapia, quimioterapia (oncologia clínica, hematologia e oncologia pediátrica), medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos, sendo que a reabilitação e os cuidados paliativos, para conforto e comodidade dos doentes, podem ser prestados em rede, conforme a decisão pactuada dos gestores estaduais e municipais.

De mais a mais, o acolhimento do paciente oncológico está amplamente distribuído pelo território nacional, com a maior concentração dos serviços nos maiores centros, havendo indícios de escassez de atendimento mesmo nas regiões onde a oferta de serviços é maior.

Outrora, a identificação das redes de acolhimento constitui uma importante ferramenta para o planejamento e melhoria da distribuição dos serviços, consagrando a relevância do acesso geográfico para eficácia e desfecho do tratamento do paciente.

Ainda, tem-se que a redução das taxas de morbidade e mortalidade depende do diagnóstico precoce, pois, uma vez identificado o caso, o tratamento adequado e ágil

concorre para reduzir os impactos da doença.

Nessa senda, a localização do serviço e dos usuários, os meios de transporte disponíveis, a distância, o tempo e os custos envolvidos no deslocamento devem ser considerados na avaliação do padrão de acessibilidade, cabendo ao sistema único de saúde, dentro de suas atribuições, providenciar os mecanismos para facilitar o tratamento dos pacientes. Em um país com as dimensões do Brasil, a distribuição desigual da população e dos serviços de saúde no território marca um desafio a ser enfrentado, sendo um marco a atuação das equipes da Estratégia da Saúde da Família – ESF.

Destarte, garantir o acesso da população aos diferentes níveis assistenciais é um dos sentidos atribuídos à integralidade através do artigo 196 da Constituição de 1988, que trata a saúde como direito de todos e dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas e programas governamentais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos.

4 | CONCLUSÃO

Diante do exposto, evidenciou-se que os pacientes com câncer vivenciam diferentes contextos assistenciais, visto que para eles, a assistência é moldada não só pela oferta de insumos e recursos terapêuticos, mas também pelo comportamento dos profissionais.

Desse modo, embora valorizem o aparato assistencial, dado a fragilidade da experiência que estão vivenciando, os pacientes carecem de uma assistência mais pessoalizada, tendo em vista a complexidade que envolve a doença.

Assim, o passo a passo do paciente com câncer em busca de tratamento e melhores condições de vida coloca à prova as atitudes do ser-profissional-de-saúde, remontando à sua impessoalidade ou subjetividade no cuidar. Repetem-se as circunstâncias, porém os modos de ser de cada sujeito são diversos, visto que, em suas possibilidades, agem conforme sua disposição em estar-com-o-outro no momento da doença, com diversas particularidades.

Nessa senda, não há como generalizar o cuidado. A cada passo de sua atuação, o paciente se apresenta de maneira individual, sendo esta a característica que deve instigar o profissional de saúde a conhecer seus pacientes antes de realizar ações assistenciais. O encontro do cuidado autêntico dentro da atuação do sistema único de saúde torna-se sinônimo de conquista durante o tratamento oncológico, sendo papel da atenção primária, desempenhar o acompanhamento especializado junto ao paciente.

Deste modo, a assistência ao paciente com câncer deve ser sempre guiada pelas necessidades holísticas que o mesmo apresenta em seu processo terapêutico. Destarte, a transição para um novo patamar assistencial, que supere atitudes impessoais e inautênticas é impactante para a realidade de qualquer paciente atendido por câncer.

REFERÊNCIAS

- BANNA, S. C.; GONDINHO, B. V. C. **Assistência em oncologia no sistema único de saúde (SUS)**. JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750, [S. l.], v. 11, 2019. DOI: 10.14295/jmphc.v11iSup.851. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/851>. Acesso em: 10 ago. 2022.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 10 ago. 2022.
- BRASIL. **Portaria MS/GM Nº 874, de 16 de maio de 2013**. Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, 874/2013). Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0DAF/PortariaGMMS87413.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.
- BRASIL. **Portaria MS/GM Nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013**. Sistema de Informação de Câncer (SICAN) no âmbito do SUS. Disponível em: http://bvssms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3394_30_12_2013.html. Acesso em: 10 ago. 2022.
- BRASIL. **Portaria M/SAS nº2439 e nº.741, de 08 e 19 de dezembro de 2005**. Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas. Disponível em: http://bvssms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html. Acesso em 10 ago. 2022.
- BRASIL. **Portaria MS/GM nº 140, de 27 de fevereiro de 2014**. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvssms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html. Acesso em: 10 ago. 2022.
- CAVALHEIRO, T. B. Registros da equipe multiprofissional sobre o acompanhamento de pacientes em estágio avançado de doença oncológica. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 38, n. 2, p. 175-184, 2017. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminario/article/view/28984>. Acesso em: 15 ago. 2022.
- DEPRA, A. S.; RIBEIRO, C. D. M.; MAKSDUD, I. Estratégias de instituições da sociedade civil no acesso a medicamentos para câncer de mama no SUS. Cadernos de Saúde Pública, v.31, n.7, p.1517-1527, 2015. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00203413>. Acesso em: 15 ago. 2022.
- DIAS, S. M. *et al.* Perfil das internações hospitalares no Brasil no período de 2013 a 2017. Revista Interdisciplinar, v. 10, n. 4, p. 96-104, 2017. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1322>. Acesso em: 15 ago. 2022.
- GOMES JÚNIOR, S. C. A.; ALMEIDA, R. T. Modelo de simulação para estimar a infraestrutura necessária à assistência oncológica no sistema público de saúde. Revista Panamericana de Salud Publica, v. 25, n. 2, p. 113-119, 2009. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsv/v25n2/v25n2a03.pdf. Acesso em: 15 ago. 2022.
- OLIVEIRA SG, Quintana AM, Budó MLD, Moraes NA, Lüdtker MF, Cassel PA. Internação domiciliar do paciente terminal: o olhar do cuidador familiar. Rev Gaúcha Enferm. 2012 set;33(3):104-10.

ROCHA MG. **Da (im)possibilidade de dizer o que é o homem:** um estudo sobre o homem na analítica existencial de Heidegger. Thaumazein. 2011 Jul;4(7):90-108.

SILVA MM, Budó MLD, Resta DG, Silva SO, Ebling SOB, Carvalho SOM. **Integralidade na saúde da família:** limites e possibilidades na perspectiva da equipe. Ciênc Cuid Saude. 2013 jan/mar;12(1):155-63.

WAKIUCHI J. **O cuidado sob o olhar do paciente oncológico:** o cotidiano junto à família e a equipe de saúde [dissertação]. Maringá (PR): Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá; 2013.

DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA DE CONTROLE DA MALÁRIA NO ESTADO DO AMAZONAS: UM DOS DETERMINANTES PARA O CONTROLE DA ENDEMIAS

Data de aceite: 03/10/2022

Myrna Barata Machado

<http://lattes.cnpq.br/7859200999149491>

Elder Augusto Figueira

<http://lattes.cnpq.br/4262077800101820>

Ricardo Augusto dos Passos

<http://lattes.cnpq.br/5643276997735759>

Cristiano Fernandes

<http://lattes.cnpq.br/0615823750027396>

Bernardino Claudio Albuquerque

<http://lattes.cnpq.br/4304922283645932>

Rosemary Costa Pinto

(in memória)

<http://lattes.cnpq.br/7115228180990854>

Martha Cecilia Suárez Mutis

<http://lattes.cnpq.br/6385688749919519>

RESUMO: Apesar dos esforços das autoridades sanitárias, a malária continua sendo uma causa importante de morbidade na Amazonia, exercendo um importante impacto econômico e social nas áreas endêmicas. Entre os anos de 2007 e 2010 e posteriormente entre 2011 e 2015, o Estado implementou e executou dois planos para o controle da endemia direcionados a 16 municípios que possuíam a maior carga da doença em 2007. O objetivo deste estudo foi avaliar as ações dos dois planos nesses 16 municípios prioritários, com foco na descentralização administrativa das ações de vigilância e controle da malária,

observando a estruturação dos serviços de saúde e as estratégias de intervenção nos diferentes cenários epidemiológicos locais. Foi realizado um estudo observacional ecológico usando fontes secundárias; foi feita uma triangulação de métodos com os relatórios de campo estadual e municipais. Ao comparar os resultados finais em 2015 com 2007, observou-se que em sete municípios a situação epidemiológica piorou, com aumento de casos; cinco reduziram os casos de malária e quatro atingiram a meta prevista nos planos, sendo que foram determinantes para o insucesso as seguintes variáveis: municípios com menor número de habitantes ($p=0,0140$), maior distância até Manaus ($p=0,0115$), menor índice de desenvolvimento humano (IDH) ($p=0,0115$), menor proporção de pessoas alfabetizadas ($p=0,0012$) e menor percentual de coleta de lixo nos domicílios ($p=0,0052$); municípios que foram descentralizados há mais tempo tiveram mais sucesso na redução dos casos de malária durante a execução dos dois planos ($p=0,0082$). Variáveis de estrutura e processo não mostraram diferenças entre os municípios. Vale ressaltar a importância de se manter a mobilização política dos gestores, focada na priorização das ações de controle da malária, assumindo suas competências no combate a essa endemia. A descentralização administrativa é um processo longo que demanda tempo para sua consolidação para alcançar o sucesso necessário para a eliminação da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Descentralização das ações de saúde; Malária; Vigilância em Saúde; Controle de endemias, Amazonas.

ABSTRACT: Despite the efforts of health authorities, malaria remains one of the most important causes of morbidity in the State of Amazonas, with an important economic and social impact in endemic areas. Between 2007 and 2010, and later between 2011 and 2015, the State implemented and executed two plans to control this disease, focusing on 16 municipalities that had the highest burden of malaria in 2007. The objective of this study was to evaluate the actions of the two plans, in these 16 priority municipalities with a focus on the administrative decentralization of surveillance actions in malaria control, observing the structuring of health services and intervention strategies in the different local epidemiological scenarios. An ecological observational study was carried out using secondary sources; a triangulation of methods was performed with state and municipal field reports. Comparing the results in 2015 with 2007, it was observed that seven municipalities worsened the epidemiological situation, five reduced malaria cases and four reached the goal foreseen in the plans. Municipalities with fewer inhabitants ($p=0.0140$), greater distance to Manaus ($p=0.0115$), lower Human Development Index (HDI) ($p=0.0115$), lower proportion of literate people ($p=0.0012$) and lower percentage of garbage collection in households ($p=0.0052$) were determinant for failure; municipalities that were decentralized longer were more successful in reducing malaria cases during the execution of the two plans ($p=0.0082$). Structure and process variables did not show differences between municipalities. It is worth mentioning the importance of maintaining the political mobilization of managers, focused on prioritizing malaria control actions, assuming their competences in the fight against this endemic disease. Administrative decentralization is a long process that needs time for its consolidation to achieve the necessary success for the elimination of the disease.

KEYWORDS: Decentralization of health actions; Malaria; Health Surveillance; Control, Amazonas State.

INTRODUÇÃO

A malária é uma doença complexa com determinantes biológicos, sociais, ambientais e culturais que configura na sua ocorrência espacial uma distribuição heterogênea, sendo um dos principais problemas de saúde pública na região amazônica brasileira, onde estão concentrados 99,8% dos casos no Brasil (GOMES *et al.*, 2020). Entre os determinantes locais dessa diversidade estão as características e as formas de ocupação do espaço na região, tornando-o mais receptivo a transmissão da doença. A identificação desses fatores determinantes e condicionantes são de alta relevância para o controle e eliminação da transmissão em diferentes grupos populacionais, com destaque dos aspectos sociais, etno-culturais, desenvolvimento de atividades econômicas ou de exploração dos recursos naturais e atuação dos serviços de atenção à saúde, especificamente o estabelecimento de uma linha de cuidado local dentro dos diferentes níveis da atenção. Sendo assim, seu controle e/ou eliminação exige a implantação de estratégias e ações integradas entre os diferentes atores do setor saúde e de fora deste, para o alcance de um controle efetivo e (FVS, 2007, 2010).

Além da heterogeneidade dos cenários epidemiológicos da malária no Estado,

a forma e ritmo como vem sendo efetivado o processo de descentralização técnica e administrativa do programa nacional definido no fim do século XX, vem sendo apontado como um fator crítico para o controle e eliminação da doença (MARIA; ASSIS, 2003). A efetiva adesão por parte dos municípios a esse processo de descentralização tem sido paulatina, com avanços e retrocessos, imprimindo ritmos diferenciados para a consecução desse objetivo, muitas vezes na contramão dos princípios norteadores do SUS, o que interfere na capacidade de resposta das ações de controle da endemia no Estado. Segundo SMITH GUEYE et. al. ,2016, os avanços da luta contra a malária ou do insucesso das ações de controle estão determinados pelo progresso dos serviços locais de saúde, reflexo do processo de descentralização mal interpretado e mal conduzidos. Essas diferenças não têm sido até então estudadas à luz dos problemas de saúde no Estado do Amazonas.

Em 2007 foi implantado o Plano Plurianual das Ações de Controle da Malária (PPACM 2007-2010) com o objetivo de impactar de forma efetiva e sustentável na morbimortalidade por malária e reduzir os agravos sociais e econômicos decorrentes da doença, tendo como principal meta uma redução de 70% dos casos autóctones no Estado até 2010. O plano abrangeu os 62 municípios do Amazonas, estratificados segundo prioridades definidas por critérios epidemiológicos, sociais e econômicos. Um conjunto de 40 municípios foram considerados como Prioridade I, concentrando 83,6% da população, responsável em 2006, por 94% da incidência de casos da malária no Estado. O PPACM 2007-2010 obteve resultados epidemiológicos, operacionais e estruturantes significativos, apesar de não atingir os objetivos propostos. A meta de redução de 70% prevista não foi alcançada, sete municípios, inclusive, apresentaram aumento na incidência. Todo o êxito obtido com o PPACM 2007-2010 era frágil e estava sob o risco de ser perdido, caso não houvesse continuidade das ações, visando principalmente à superação das fragilidades observadas durante sua execução. Um novo plano foi implantado (PPACM 2011-2015) visando o fortalecimento e evolução das estratégias exitosas para implantar novas abordagens propiciasse uma solução sustentável do problema malária em seus territórios à luz do processo de descentralização administrativa (FVS, AM, 2010)

Esses dois planos foram avaliados nesta pesquisa à luz do impacto da sua execução na diminuição dos casos de malária em diferentes contextos municipais, mas também nos resultados dos processos e da estruturação dos serviços de saúde nos municípios priorizados pelo Estado. A descentralização administrativa das ações de vigilância e controle da malária que ocorreu nos municípios de estudo foi alvo também de avaliação. Os resultados dessas avaliações são apresentados na presente pesquisa com a finalidade de entender o fortalecimento e a evolução das estratégias exitosas que ocorreram durante o desenvolvimento dos dois planos para implantar novas abordagens estratégicas nos municípios que levem a uma solução sustentável do problema malária nos territórios seguindo os princípios do processo da descentralização administrativa do Sistema Único de saúde – SUS no país

Portanto, representa o passo inicial na busca de entender a participação dos diferentes fatores, sejam determinantes e/ou condicionantes na transmissão da malária em espaços geográficos diferenciados, sua relevância e prioridades aplicáveis na construção de estratégias e definição de ações de controle efetivas e sustentáveis.

Para o estudo foram selecionados 16 municípios estratificados segundo a resposta obtida no período, compreendendo: municípios com aumento na incidência de casos, municípios com redução parcial da meta, municípios sem impacto e municípios que cumpriram a meta preconizada. Desta forma a amostra foi composta por: Barcelos, Borba, Carauari, Careiro, Coari, Eirunepé, Humaitá, Itacoatiara, Lábrea, Manaus, Maués, Parintins, Santo Antônio do Itá, São Gabriel da Cachoeira, São Paulo de Olivença e Tefé (**Figura 1**).

MATERIAIS E MÉTODOS

Área de estudo

O Estado do Amazonas está localizado na região norte do país, com uma área territorial de 1.559.148,890 km². Possui 62 municípios territorialmente muito extensos com uma área média de 25.335 km². O maior deles é Barcelos, com 122.476 km² (o segundo maior município do Brasil em extensão territorial) e o menor é Iranduba, com 2.215 km². A população do Estado está formada por 3.483.985 habitantes, sendo que 60% (2.094,391 habitantes) vivem na capital, Manaus. Este Estado concentra a maior população indígena do país distribuídas em 45 municípios e 68 etnias (IBGE 2010).

No Sistema de Informação e Vigilância Epidemiológica para malária (SIVEP/Malária) do Ministério da Saúde, o estado do Amazonas possui cadastradas 10.768 localidades ativas entre localidades de áreas urbanas, rurais, assentamentos, garimpos e indígenas. Em 2007 o Amazonas concentrou 45,5% dos 442.200 casos de malária registrados na Amazônia Legal. Em 2015, apresentou uma participação 53,9% do total de casos de malária notificados no Brasil e em 2021 participou com 43,7% da malária total do País FONTE .

Para o estudo foram selecionados 16 municípios estratificados segundo a resposta obtida no período, compreendendo: municípios com aumento na incidência de casos, municípios com redução parcial da meta, municípios sem impacto e municípios que cumpriram a meta preconizada. Desta forma a amostra foi composta por: Barcelos, Borba, Carauari, Careiro, Coari, Eirunepé, Humaitá, Itacoatiara, Lábrea, Manaus, Maués, Parintins, Santo Antônio do Itá, São Gabriel da Cachoeira, São Paulo de Olivença e Tefé (**Figura 1**).

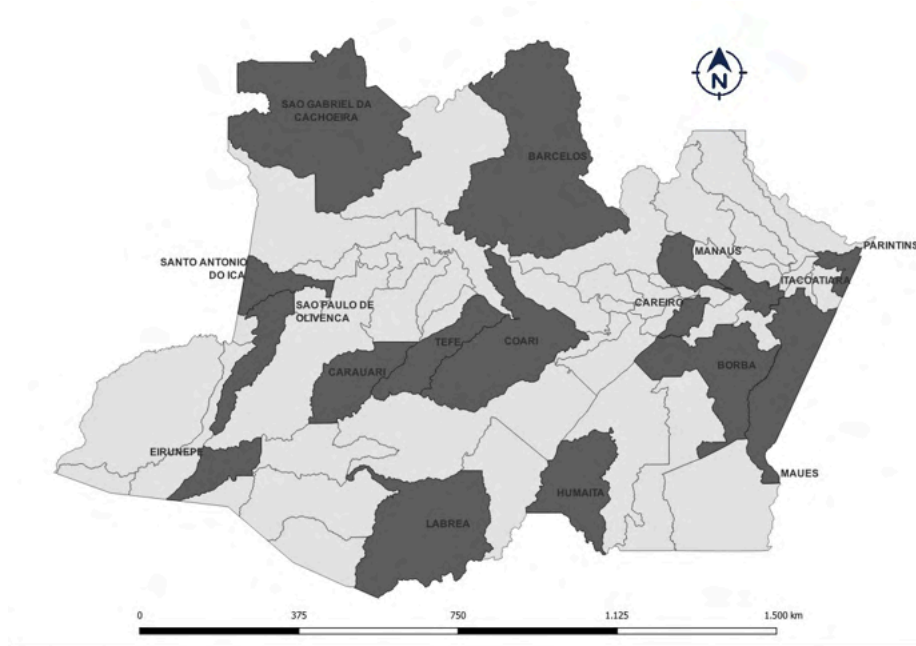


Figura 1. Localização dos municípios do Estado do Amazonas, incluídos no estudo

Fonte: Instituto Brasileiro Geografia Estatística, 2015.

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional ecológico. Os dados de malária foram extraídos do Sistema de Vigilância Epidemiológica da malária (SIVEP_malária) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério de Saúde e obtidos da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas, com autorização institucional. As variáveis utilizadas na análise foram: número total de casos 2005 até 2015 por município e mês, casos por espécie parasitária, Incidência Parasitária Anual (IPA) por município e por ano; Índice de Lâminas positivas (ILA); percentual de casos por *Plasmodium vivax* e por *P. falciparum*; número de localidades; malária por áreas especiais (indígena, garimpo, assentamento, urbana, rural). Para o recorte temporal se procurou obter informações antes da implementação do PPACM-1 (2005-2006), durante o PPACM-1 (2007-2010) e durante o PPACM2 (2011-2015).

Foram usadas as seguintes informações coletadas do IBGE: População 2010 (número de habitantes), tipo de município [pequeno, médio, grande porte], distância da sede do município a Manaus (Linha reta), área municipal (km²), percentual de pessoas alfabetizadas, percentual de domicílios com água em rede geral, percentual de domicílios com rede geral de instalação sanitária, percentual de domicílios com lixo coletado (IBGE, 2015). Os dados do INCRA foram usados para verificar o número de assentamentos

no período (INCRA, 2016) e do PNUD, foram extraídas as informações do Índice de desenvolvimento humano (IDH)(ONU, 2013).

Foram analisados todos os relatórios estaduais referentes aos anos vigente dos dois planos (PPACM-1, 2007 a 2010) e (PPACM-2, 2011 a 2015) e municipais para coletar as seguintes informações dos municípios de estudo: número de laboratórios (unidades de microscopia) instalados nos municípios durante o período de estudo, equipamentos permanentes adquiridos para as ações de controle (bombas de Borrifação intradomiciliar, termonebulizadores, carros, motocicletas, motores de popa, barcos etc.), capacitações realizadas no período, recursos humanos existentes e contratadas para a execução das ações de controle, cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF), portarias com os anos em que os municípios foram certificados para a descentralização, atividades de Borrifação intradomiciliar realizadas, mosquiteiros impregnados com inseticida de longa duração (MILD) instalados e etc.

Análise dos dados

Os dados coletados foram sistematizados em bancos de dados em Excel for Windows®, software Tableau®, e analisados usando o programa EPIINFO (CDC-Atlanta, 2010), software de uso livre, ou o programa GraphPad Prisma®. As variáveis categóricas foram analisadas usando os testes de Qui-quadrado (χ^2) com correção de Yates para proporções e em caso de valores esperados menores que cinco foi feito o teste de Fisher. A magnitude das associações foi estimada usando os valores de odds ratio. Em caso de variáveis contínuas foram realizadas análises de distribuição de frequências, medidas de tendência central (médias e medianas), medidas de dispersão (variância e desvio padrão). Foi aplicado o teste t de Student para comparação de médias quando houve duas séries de dados e ANOVA no caso de mais de duas séries de dados. Para correlação de duas variáveis contínuas foi usado o teste de Spearman. Em todos os casos foi considerado como estatisticamente significativo um valor de $p < 0,05$.

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 43009715.9.0000.0006) do Instituto Nacional de Pesquisa da Amazônia – INPA

RESULTADOS

Contexto externo e serviços de saúde

Os 16 municípios do estudo possuem 2.471.158 habitantes (60,9% do total de moradores do Estado). A mediana populacional dos 16 municípios do estudo foi de 37.799 habitantes, sendo Santo Antônio do Itá com 24.481 habitantes o menor e Manaus com 1.802.014 habitantes, o maior. Não houve nenhum município com menos de 20.000

habitantes e 88% (14/16) foram municípios de médio porte, entre 20.000 e 100.000 habitantes. A **Tabela 1**, mostra os dados sobre população, tipo de município, distância de Manaus, área municipal, conectividade à capital do Estado e número de localidades de cada município. Também são apresentadas as condições de vida da população desses municípios de acordo com os dados do Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento (PNUD).

Entre os 16 municípios avaliados, cinco tiveram Índice de Desenvolvimento Humano-IDH considerado médio: (São Gabriel da Cachoeira 0,609], Parintins [0,658], Itacoatiara [0,644], Tefé [0,639], Humaitá [0,605]). Nove municípios foram considerados como tendo um IDH na faixa considerada baixa (Maués [0,588], Coari [0,586], Eirunepé [0,563], Borba [0,560], Careiro [0,557], Carauari [0,549], Lábrea [0,531], São Paulo de Olivença [0,521] e Barcelos [0,500]). Apenas o município de Santo Antônio do Içá apresentou o (IDHM) de 0,490 em 2010, que o classifica na faixa de um IDHM muito baixo. Somente Manaus teve um IDH alto (0,737) (**Tabela 1**).

A taxa de alfabetização mostrou que o maior percentual de alfabetizados se concentra em oito municípios: (Manaus [84,79%], Parintins [79,84%], Itacoatiara [76,29%], São Gabriel da Cachoeira [74,24%], Careiro [72,5%], Maués [71,81%], Humaitá [71,78%]). Com níveis intermediários entre as melhores e as piores proporções de alfabetização estão seis municípios que apresentaram uma proporção de pessoas alfabetizadas que variaram entre 61,15% e 68,49%. Dois municípios apresentaram taxas abaixo de 60%: Barcelos [58,51%] e Eirunepé [54,69%]. Seis municípios tiveram uma adequada proporção na cobertura do serviço de rede domiciliar de água: Manaus [89,65%], Tefé [79,11%], Itacoatiara [78,88%], Humaitá [77,24%], Parintins [73,24] e Carauari [64,62%]. Cinco municípios têm uma proporção intermediária de cobertura e outros cinco apresentaram uma baixa cobertura, destacando Coari [32,29%] e São Paulo de Olivença [38,51%].

Em relação à cobertura da disposição adequada do esgoto sanitário, com rede coletora ou fossa séptica, observa-se que 31,25% apresentam uma cobertura que variou entre 50,17% a 83,55% dentre eles a capital do Estado; sete apresentaram cobertura entre 30,97 a 46,53, o equivalente a 43,75% dos 16 municípios avaliados. Identificou-se ainda quatro municípios com baixa cobertura, destacando-se o município de Santo Antônio do Içá, com a menor cobertura adequada da rede de esgoto sanitário, com apenas 11% da população atendida. Foi observado que dez municípios (62,5%), tiveram uma cobertura da coleta de lixo entre 91% a 98,47%. Quatro municípios apresentaram cobertura que variou entre 65,57% a 87,17% estando esse grupo no nível intermediário de boa cobertura. Dois municípios (Eirunepé – 45,84% e São Paulo de Olivença – 0,06%) apresentaram a mais baixa cobertura de coleta de lixo nesse grupo de municípios. Esse indicador teve um incremento de melhoria em 2010 relação a 2000, passando de uma cobertura global de 78,42% para 92,98% no Estado do Amazonas.

Município	População 2010 (número de habitantes)	Tipo de município [pequeno, médio, grande porte]	Distância da sede municipal a Manaus (Linha reta)	Área Municipal (Km²)	Conectividade ¹	Número de localidades	IDH [IBGE]	% Alfabetizados	% de domicílios com água em rede geral	% de domicílios com rede geral de instalação sanitária	% de domicílios com lixo coletado	
Barcelos	25.718	Médio	339 km	122.451,51	3	200	0,5	Baixo	58,51	49,81	37,94	92,93
Borba	34.961	Médio	151 km	44.253,26	3	355	0,56	Baixo	68,18	54,65	30,97	95,38
Carauari	25.774	Médio	788 km	25.778,66	3	131	0,55	Baixo	61,27	64,62	31,13	91,3
Careiro	32.734	Médio	88 km	6.091,55	1 e 4	147	0,56	Baixo	74,24	56,5	32,3	98,47
Coari	75.965	Médio	363 km	57.976,07	3	428	0,59	Baixo	68,49	32,29	51,77	85,17
Eirunepé	30.665	Médio	1.160 Km	14.966,24	3	209	0,56	Baixo	54,69	52,29	23,75	45,84
Humaitá	44.227	Médio	590 km	33.121,56	3 e 4	204	0,61	Médio	71,78	77,32	58,58	91,88
Itacoatiara	86.839	Médio	176 km	8.892,04	4	369	0,64	Médio	76,29	78,88	62,11	97,62
Lábrea	37.701	Médio	702 Km	68.266,74	3 e 4	365	0,53	Baixo	61,15	48,22	41,87	81,31
Manaus	1.802.014	Alto	0	11.401,09	-	1.004	0,74	Alto	84,79	89,65	83,55	98,29
Maués	52.236	Médio	276 km	39.987,00	1	321	0,59	Baixo	72,5	53,85	40,49	97,43
Parintins	102.033	Alto	369 km	5.952,04	3	263	0,66	Médio	79,84	73,24	50,17	91
Santo Antônio do Içá	24.481	Médio	880 km	12.366,14	1	101	0,49	Muito baixo	62,24	50,55	11	65,57
São Gabriel da Cachoeira	37.896	Médio	852 km	109.181,24	1 e 2	802	0,61	Médio	74,53	43,43	27,52	91,47
São Paulo de Olivença	31.422	Médio	985 km	19.658,50	1	102	0,52	Baixo	63,39	38,51	17,23	0,06
Tefé	61.453	Médio	523 km	23.732,62	3	271	0,64	Médio	71,81	79,11	46,53	79,26

1 Conectividade à capital do estado: 1: Só barco, 2: Só avião, 3. Barco e avião, 4 estradas.

Tabela 1. Principais aspectos demográficos, geográficos e Indicadores socioeconômicos dos municípios de estudo

Fonte: IBGE, PDNU, Sivep_malária, 2010.

Considerando a certificação nas ações de Vigilância em saúde, observamos que dez municípios foram certificados antes de 2006; os outros seis, foram certificados após esse ano, sendo que Carauari, Eirunepé, Santo Antônio de Içá e São Paulo de Olivença somente foram certificados no ano de 2012, durante o PPACM-2 (**Tabela 2**). Pode ser observado que os primeiros municípios que aderiram a certificação, obtiveram uma melhor cobertura da estratégia saúde da família, destacando-se o município de Itacoatiara, com a maior cobertura da ESF (96,57%) no início do PPACM 2007; esse município finalizou o ano de 2010 com um percentual de cobertura de 69,43%. Os municípios de Coari e Humaitá, que fazem parte dos pioneiros dessa adesão da certificação, com o passar dos anos, aumentaram a cobertura da ESF, bem como ampliação dessa rede por meio da equipe de ESF (Coari – 12 a 25), (Humaitá-7 a 10) o que explica que ao aderir ao modelo de certificação das ações de vigilância em saúde houve uma descentralização das ações da atenção primária à saúde por meio da Estratégia Saúde da Família aos locais onde existia maior demanda do serviço. Quanto à adesão dos municípios à ESF, pode ser visto que no período do primeiro plano (2007-2010) cerca de 25% dos 16 municípios não haviam implantado a ESF, e houve uma demora no processo de adesão ao novo modelo de gestão; somente em 2012 os municípios de Carauari, Eirunepé, Santo Antônio do Içá e São Paulo de Olivença foram certificados nas ações de vigilância em saúde. Observou-se que com o passar dos anos, houve um crescimento na cobertura da ESF, chegando a alcançar em

2015, 100% de cobertura nos municípios de Santo Antônio do Içá e São Paulo de Olivença.

Os resultados evidenciam que ao longo de nove anos de implantação da ESF, o número de equipes vem se expandindo progressivamente. O total de equipes de ESF implantadas no início do PPACM-1 era de 276; juntos, os 16 municípios obtiveram um aumento de 37,68% em 2015 (308 equipes ao final do PPACM-2) em relação a 2007. Vale ressaltar que o Estado do Amazonas como um todo, acompanhou essa expansão, obtendo uma proporção da população coberta com a Estratégia Saúde da Família no Estado em 2007 de 46,46%, em 2010, de 49,58% e alcançando 60,78% no final do 2º plano (2015).

Município	Ano em que o município foi certificado*	Percentual de cobertura do ESF no município	Percentual de cobertura do ESF no município	Percentual de cobertura do ESF no município	Percentual de cobertura de BRI	Percentual de cobertura de MILD ² s	Percentual de ampliação rede microscopia
		2007	2010	2015	2015	2015	2015
Barcelos	14/07/2004	10,26	13,58	53,18	52,3	101,0	71,4
Borba	28/12/2005	81	95,55	76,84	72	89,2	63,6
Carauari	09/11/2012	0	39,52	66,02	65,8	0,0	46,7
Careiro	14/07/2004	52,72	95,13	100	68,7	100,0	75,0
Coari	27/06/2000	46,81	61,8	100	63,5	89,8	88,5
Eirunepé	09/11/2012	68,69	78,15	99	79,7	47,3	100,0
Humaitá	27/06/2000	82,54	67,76	75,08	69,8	62,2	76,0
Itacoatiara	27/06/2000	96,57	69,43	100	87,1	92,2	44,7
Lábrea	04/03/2004	90,75	70,06	70,73	76,8	97,5	78,6
Manaus	29/01/2009	33,23	30,96	35,39	38,7	101,8	73,3
Maués	10/03/2003	78,94	83,36	100	20,6	0,0	100,0
Parintins	17/03/2003	62,17	77,2	76,42	13,9	0,0	50,0
Santo Antônio do Içá	09/11/2012	0	22,73	100	64,4	26,8	60,0
São Gabriel da Cachoeira	19/04/2007	39,62	32,95	70,59	77,8	76,4	92,0
São Paulo de Olivença	09/11/2012	0	31,4	100	44,4	36,1	125,0
Tefé	31/05/2005	37,14	69,35	90,49	63,7	41,7	82,6

Tabela 2. Aspectos da organização dos serviços de saúde.

Fonte: MS, Portarias N° 148, de 29 de janeiro de 2009; N° 2.568, de 9 de novembro de 2012;

N° 3.039, de 27 de dezembro de 2012. *Certificado para a descentralização das ações de Epidemiologia e controle das doenças. ²MILDs: Mosquiteiros Impregnados com inseticidas de longa duração

O controle da Malária durante a vigência dos PPACM's

Durante a vigência do primeiro plano plurianual das ações de controle da malária (PPACM-1 2007 a 2010), os 16 municípios contribuíram com 59% (298.639 casos) do

total de casos da malária no Estado (505.325). A média anual de casos nesses municípios durante esse período foi de 74.660 casos. Comparando os casos notificados em 2010 em relação a 2007 houve uma redução de 58% ao final do primeiro plano, sendo que a cada ano do PPACM-1 houve uma gradativa redução no número de casos: 2008, 79.399 casos (redução de 31% em relação a 2007); 2009, 55.427 casos (redução de 39% em relação a 2008); 2010, 48.325 casos, (redução de apenas 12% em relação a 2009). Durante o PPACM-2, (2011 a 2015), houve uma redução de casos nos 16 municípios, com 213.386 casos notificados (média anual de 42.677 casos), que corresponde a uma participação de 59% em relação a malária total do Estado (363.593 casos). Esses resultados mostram que houve uma estabilidade na notificação de casos durante o PPACM-2 (**Figura 2**).

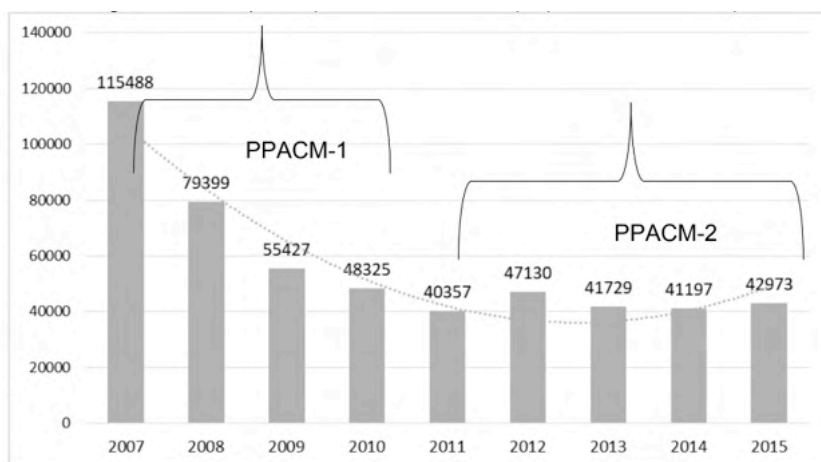


Figura 2. Casos notificados por local de infecção em 16 municípios do Estado do Amazonas, durante a vigência dos dois planos (PPACM 1 2007 – 2010) e (PPACM 2 2011-2015)

Fonte: Sivep_malária/SVS-MS, 2015.

Em relação a meta de redução de malária proposta no PPACM-1, apenas sete alcançaram a meta de redução de (70%). O município do Careiro, destacou-se com a maior redução (89%), o que significa que no último ano do plano, 9.377 pessoas deixaram de contrair a doença nesse município; Itacoatiara, foi o segundo município a obter uma redução significativa (77%), o que representou no final de 2010, 4.478 casos a menos que os notificados em 2007; Tefé, foi o terceiro município a obter uma redução de (73%) correspondendo em 2010 a 5.477 casos a menos de malária em relação a 2007; Humaitá alcançou a meta de 72%, em 2010, quando 2.930 pessoas deixaram de ter a doença. Borba, também obteve uma redução de (71%), o que representou 4.466 casos a menos em relação ao início do plano. Coari, foi o município que notificou o maior número de casos de malária (11.593) dentre os 16 municípios em estudo, obtendo uma redução de 71% e o sétimo município a alcançar meta foi Santo Antônio do Içá, obtendo uma redução de 70%,

mesmo sendo o município que no início do plano notificava o menor número de casos (1354), finalizando o plano em 2010 com apenas 408 casos de malária. Os sete municípios que alcançaram meta, notificaram ao longo do período avaliado (2007 a 2010) 117.520 casos de malária, obtendo uma média de casos/ano por município de 4.197.

Em relação a meta de redução de casos de malária proposta no PPACM-2, treze, (Barcelos, 660%, Carauari [928,1%], Careiro [82,1%], Coari [280,3%], Eirunepé [882,4%], Humaitá [186,1%] Lábrea [1441,3%], Manaus [264,7%] Maués [172,6%], Santo Antônio do Içá [2.532,2%], São Gabriel da Cachoeira [219,4%], São Paulo de Olivença [1.738%] e Tefé [712%]) não alcançaram a meta de redução, apresentando aumento no número de casos de malária; um município obteve redução, porém não alcançou a meta esperada e dois alcançaram a meta esperada.

Ao avaliar 2010 (casos esperados/observados), onde a meta era reduzir 30% em 2010 em relação a 2009, os resultados mostram que apenas Carauari [30,8%], Santo Antônio do Içá [65,2%], São Paulo de Olivença [51,4%] e Tefé [40,9%] alcançaram a meta pactuada (**Tabela 3**).

Municípios	Casos esperados 2010	Casos observados 2010	Variação	Casos esperados 2015	Casos observados 2015	Variação
Barcelos	2242	3289	46,7	553	4207	660,8
Borba	2366	1812	-23,4	304	9	-97
Carauari	841	582	-30,8	128	1316	928,1
Careiro	1335	1134	-15	191	348	82,2
Coari	4474	3355	-25	564	2145	280,3
Eirunepé	1467	3777	157,6	635	6238	882,4
Humaitá	864	1158	34,1	194	555	186,1
Itacoatiara	1823	1309	-28,2	220	21	-90,5
Lábrea	1988	1985	-0,2	334	5148	1441,3
Manaus	11512	15697	36,4	2630	9591	264,7
Maués	326	762	133,6	146	398	172,6
Parintins	25	25	-0,8	25	7	-72
Santo Antônio do Içá	1184	412	-65,2	90	2369	2532,2
São Gabriel da Cachoeira	2602	9443	262,9	1587	5069	219,4
São Paulo de Olivença	1849	898	-51,4	151	2776	1738,4
Tefé	3392	2005	-40,9	337	2737	712,2

Tabela 3. Variações do percentual de malária nos 16 Municípios do Amazonas em 2015 em relação a Meta pactuada para 2015.

Fonte: Sivep_malária/SVS-MS, 2016.

Dentre os determinantes socioeconômicos observou-se que municípios pequenos com menor número de habitantes ($p=0,0140$), maior distância até a capital, Manaus ($p=0,0115$), menor índice de desenvolvimento humano (IDH) ($p=0,0115$), menor proporção

de pessoas alfabetizadas ($p=0,0012$) e menor percentual de coleta de lixo nos domicílios ($p=0,0052$) não tiveram sucesso em atingir as metas de redução esperada de casos e ao contrário houve uma piora do quadro epidemiológico da malária. Da mesma forma, municípios que foram descentralizados e foram acreditados nesse processo mais precocemente tiveram mais sucesso no controle da doença e conseguiram diminuindo os casos até atingir as metas esperadas comparado com aqueles municípios que foram acreditados mais recentemente ($p=0,0082$) (Tabela 4).

	Média		Mediana		IC95%		p-valor
	P	M/R	P	M/R	P	M/R	
Determinantes socioeconômicos							
Número de habitantes ¹	33.890	58.360	30.670	48.230	21.880-45.900	36.270-80.450	0,0140
Distância a Manaus	768,1	318,3	788,0	276,0	511,5-1025	113,6-523,1	0,0115
Área do município	41.030	35.210	23.730	33.120	3.538-78.520	9.335-61.080	0,6065
Número de localidades	197,0	321,1	200	321	107,3-286,7	150,1-492,1	0,1738
IDH	0,5419	0,6160	0,5310	0,6050	0,4957-0,5880	0,5725-0,6595	0,0115
% Alfabetizados	61,87	74,52	61,27	74,24	57,02-66,72	70,44-78,59	0,0012
% Água encanada nos domicílios	54,73	62,20	50,55	56,50	42,52-66,94	47,85-76,55	0,3510
% Instalações sanitárias	29,92	48,61	31,13	50,17	17,74-42,11	34,74-62,47	0,0549
% Coleta de lixo	65,18	94,08	79,26	95,38	34,68-95,68	90,61-97,55	0,0052
Data da descentralização	2009	2003	2012	2003	2005-2013	2001-2006	0,0082
Indicadores de processo							
Cobertura de novos postos de microscopia	80,61	73,68	78,60	75,00	56,69-104,5	59,41-87,95	0,6806
Cobertura MILDs	50,06	67,95	41,73	89,20	15,95-84,17	36,93-98,96	0,4698
% Cobertura BRI	63,87	56,90	64,40	68,70	52,33-75,42	36,89-76,91	0,9182
Indicadores de estrutura							
% de variação de recursos humanos no PPACM-1	31,86	19,89	38,00	16,00	16,37-47,35	2,3-37,4	0,2523
% de variação de recursos humanos no PPACM-2	48,13	41,89	49,30	52,00	32,25-64,01	27,90-55,88	1,0000
% Cobertura ESF PPACM-1	46,40	68,24	39,52	69,43	22,51-70,29	50,10-86,38	0,1738
% Cobertura ESF PPACM-2	82,77	81,59	90,49	76,84	64,99-100,6	65,05-98,13	0,7577

P: Piorou, R: conseguiu uma redução o número de casos, sem atingir a meta e M: atingiu a meta esperada de redução.

Tabela 4. Principais variáveis associadas ao sucesso ou insucesso do controle da malária nos 16 municípios do estudo durante a aplicação dos PPACM 2007-2015.

Essas mesmas análises foram feitas para indicadores de estrutura, porém, não foram encontradas diferenças significativas entre os municípios que reduziram os casos ou conseguiram alcançar as metas quando comparados com os municípios cuja situação

epidemiológica piorou.

DISCUSSÃO

A malária é uma doença complexa com múltiplos determinantes para sua ocorrência (RODRIGUES; ESCOBAR; SOUZA-SANTOS, 2008). Nos últimos anos três países das Américas foram certificados como livres de malária, Argentina em 2019, Paraguai em 2020 e El Salvador em 2021 (WHO, 2021). Nossos resultados evidenciaram que sete municípios pioraram a situação epidemiológica em 2015 em relação a 2007, cinco reduziram os casos de malária e quatro atingiram a meta prevista nos planos, sendo que municípios com menor número de habitantes ($p=0,0140$), maior distância até Manaus ($p=0,0115$), menor índice de desenvolvimento humano (IDH) ($p=0,0115$), menor proporção de pessoas alfabetizadas ($p=0,0012$) e menor percentual de coleta de lixo nos domicílios ($p=0,0052$) foram associados ao insucesso; municípios com maior tempo de descentralização das ações de combate à malária estiveram associados à maior redução dos casos durante a execução dos dois planos ($p=0,0082$), sugerindo que a descentralização administrativa é fundamental para que os municípios assumissem suas competências para o combate à malária; porém, parece ser um processo longo que precisa de tempo para sua consolidação para alcançar o sucesso necessário para a eliminação da doença.

A descentralização das ações de vigilância em saúde pública, definida como a transferência da autoridade ou a dispersão do poder e a responsabilidade do planejamento e tomada de decisões das políticas públicas do nível nacional para os níveis estaduais e locais de saúde (HORTALE, 1997). Embora vários trabalhos demonstrem que no primeiro momento após o processo de descentralização pode haver uma piora da situação epidemiológica da malária (BALDEZ, 2005) Borrero, et al 2012), após essa fase de transição, a tendência é que a descentralização incremente a capacidade local do programa de malária, assim como do acesso aos serviços de saúde (LADISLAU; LEAL; TAUIL, 2006), (SMITH GUEYE *et al.*, 2016) (BORRERO et al, 2012), na Colômbia, observaram que municípios descentralizados tiveram uma maior taxa de malária; no entanto os autores mostraram que municípios menos desenvolvidos tiveram maiores incidências e houve uma clara falta de integração entre o nível local e o nível estadual. Nesses locais, a descentralização deu lugar a ações fragmentadas de diagnóstico, tratamento e controle pois o sistema de saúde colombiano está baseado em seguros de saúde individuais distanciando as seguradoras das direções locais de saúde, responsáveis pelas ações de atenção primária coletiva. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pelas ações de controle de endemias é público, gratuito e universal.

O processo da descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças no Brasil, se deu por meio da portaria 1.399, de 15 de dezembro de 1999, no qual foi determinado as competências na União, Estados, Municípios e Distrito Federal no foco

desse processo, definindo o processo da certificação dos estados e municípios e a sistemática do financiamento da área com o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (Brasil,1999). Com a certificação, a FUNASA repassou para o estado e municípios a força de trabalho que atuava no controle da malária, a infra-estrutura básica de trabalho (prédios, veículos, barcos, bombas aspersoras e etc.) e os recursos do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças, destinados a cobrir despesas com as ações propostas na Epidemiologia e Controle de Doenças com as ações propostas na Programação Pactuada de Epidemiologia e Controle de Doenças e em Abril de 2001 iniciou o processo dos recursos para as instancias, na modalidade “fundo a fundo” (Brasil, 1999^a)

No Estado do Amazonas, a adesão ao processo de descentralização das decisões e da execução das medidas de intervenção foi gradual, mas seu começo coincidiu com a real mudança de estratégia da luta contra a doença, inicialmente com a implantação do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal (PIACM) que ocorreu no início do século XXI e ratificado posteriormente em 2003 com o Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM). Portanto, houve um fortalecimento da gestão administrativa de forma paulatina em diversos municípios como é observado através do aumento da cobertura da Estratégia da Saúde da Família, por exemplo. Poderia ter havido um melhor entendimento dos gestores locais no processo da descentralização otimizando assim, uma estrutura de saúde que atendesse as localidades prioritárias por meio da participação dos agentes comunitário de saúde que permitiria uma maior capilaridade das ações de vigilância, porém essa falta de integração com a atenção básica, ainda é um calcanhar de Aquiles no combate à malária.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) também esteve associado ao controle da malária nos municípios de estudo, achado similar ao de Terrazas et al. (2015). No Brasil, o IDH medido em 2015, foi de 0,754. O país ocupava a 79º posição no *ranking* mundial, mantendo o mesmo índice de 2014. Em 2020 esse valor foi de 0,765 e em 2021 de 0,759 baixando para posição 84 (PNUD, 2020). Já o Estado do Amazonas, apresentava um IDH de 0,674 para 2010, ocupando o 18º lugar no *ranking* entre os Estados Brasileiros e a capital Federal, melhorando em relação ao IDH de 2000, no qual aparecia na 22º posição com um IDH de 0,515, classificado como baixo. Apesar da melhora nesse indicador no Estado, nossos resultados evidenciam uma enorme heterogeneidade no desenvolvimento humano no Estado do Amazonas. Outras variáveis encontradas como associadas ao insucesso das ações de controle como menor tamanho do município, menor percentual de alfabetizados e menor percentual de coleta de lixo podem na verdade estarem mostrando que piores condições socioeconômicas estão associadas à malária nesses municípios.

Chama a atenção que outras variáveis associadas a indicadores de estrutura e processo como aumento da cobertura dos postos de microscopia, dos MILDs e da Estratégia da Saúde da Família (ESF), assim como a variação dos recursos humanos para malária não se mostraram como determinantes para o sucesso do controle da malária entre os

municípios estudados. (JACIREMA; GONÇALVES, 2011) mostram que a adoção da ESF foi de grande importância para implementar as estratégias do SUS, reiterando que essa estratégia teve importante expansão, principalmente na melhora de vários indicadores da Atenção Básica. Com a ESF houve uma ampliação da cobertura assistencial seguindo uma tendência de expansão em áreas menos assistidas, afastadas dos grandes centros urbanos, representadas por localidades distantes e pequenos municípios. Portanto, são inegáveis os avanços nessa expansão que não está baseada apenas em números, mas principalmente na resposta às questões de saúde pública como a diminuição da mortalidade, incentivo ao aleitamento materno, melhora das coberturas vacinais e ao controle de doenças endêmicas. É necessário continuar a investir na capacitação de profissionais de endemias e dos agentes comunitários de saúde para se inserirem e integrarem no novo processo para ter melhores resultados de impacto.

Nossos resultados evidenciam que as intervenções do Estado para melhorar a estrutura desses serviços de saúde ocorreram homoganeamente entre os municípios de estudo, porém a expansão da infraestrutura sanitária durante os dois PPACM se deu em momentos em que os municípios estavam fragilizados, desestruturados técnica e administrativamente, sem condições logísticas, com recursos humanos deficientes em quantidade e qualidade, falta de insumos, de equipamentos e de materiais básicos para o desenvolvimento de atividades de campo. O desafio continua na organização dos serviços de saúde. O fato de que variáveis de estrutura e processo não mostraram diferenças entre os municípios bem sucedidos e aqueles que não atingiram as metas, indica que as ações estruturantes do Estado chegam até os municípios, porém a falta de organização do serviço e da integração no nível local entre os profissionais da ESF e os de combate as endemias continua sendo um desafio nas ações de prevenção, controle, eliminação e vigilância da malária no território amazonense.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossos resultados mostram que municípios com maior experiência na descentralização administrativa conseguiram melhores resultados no controle da malária ao longo do tempo, principalmente no PPACM-1 onde foi feito grandes investimentos financeiros e de Recursos humanos diretamente nos municípios, fortalecendo todo esse processo. Especificamente, a descentralização na esfera municipal para a Vigilância e Controle da malária no Amazonas, não pode se basear somente na transferência de recursos financeiros é necessário compromisso e responsabilidade da gestão local na organização do processo de trabalho, para garantir o investimento nas ações de controle da malária. Devendo propiciar soluções aos problemas detectados pelos diferentes atores governamentais e a população, favorecendo o exercício do poder e os meios necessários para que estes possam implementar processos de descentralização compatíveis com a

realidade local.

Entre as causas de insucesso foi observado que apesar dos gestores estaduais e municipais apresentarem uma proposta de viabilizar a operacionalização dos serviços de saúde, tanto na organização da prestação de serviços como na disponibilização de meios para sua execução, a implementação dos diferentes planos levou à adoção de um modelo sistemático de gestão que não teve em conta cada contexto municipal na sua complexidade. Os municípios que aderiram ao processo da descentralização das ações de vigilância e controle das doenças mais precocemente tiveram maior sucesso na redução de casos. No entanto, esse processo é ainda frágil e depende muito da gestão municipal cujo acompanhamento pelo nível estadual continua sendo indispensável, especialmente no apoio ao planejamento das ações e da estruturação do serviço. Além disso, o gestor municipal deve ser responsabilizado quando as ações pactuadas para o controle da malária e sua possível eliminação não são cumpridas. O apoio de outros atores como o Ministério público e os Conselhos locais de saúde, por exemplo, é fundamental para o alcance das metas acordadas.

REFERÊNCIAS

BALDEZ, Maria Arlete da Gama. **A Malária E O Processo De Descentralização Das Ações De Epidemiologia E Controle De Doenças Em Rondônia**. Orientadores: Roselly de Oliveira e Paulo Sabroza. 2005. 172f. Mestrado. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro 2005. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5044>. Acesso em 04/04/2022.

BORRERO, et al. **Descentralización y reforma: ¿cuál es su impacto sobre la incidencia de malaria en los municipios colombianos?** *Biomédica*, v. 32, p. 68–78, 2012.

FVS, 2007. **Plano Plurianual das ações de controle da malária no Estado do Amazonas 2011 a 2015**. , p. 251–268, 2010.

FVS, AM. **Avaliação Epidemiológica Do PPACM 2007-2010**, 2010.

GOMES, Margarete Do Socorro Mendonça; MENEZES, Rubens Alex de Oliveira; VIEIRA, José Luís Fernandez; MENDES, Anapaula Martins; SILVA, Gutemberg de Vilhena; PEITER, Paulo Cesar; SUÁREZ-MUTIS, Martha Cecilia; FRANCO, Vivian da Cruz; COUTO, Álvaro A.R.D'Almeida; MACHADO, Ricardo Luiz Dantas. **Malaria in the borders between Brazil and French Guiana: social and environmental health determinants and their influence on the permanence of the disease**. *Saude e Sociedade*, v. 29, n. 2, p. 1–14, 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020181046>.

HORTALE, Virginia Alonso. **O conceito de descentralização aplicado aos serviços de saúde: dimensões, padrões e regularidades**. *Revista de Administração Pública*, v. 31, n. 3, p. 23–35, 1997. Available at: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/13199/o-conceito-de-descentralizacao-aplicado-aos-servicos-de-saude--dimensoes--padroes-e-regularidades/i/pt-br>.

INCRA. **Desenvolvimento sustentável e saúde**: [s. d]. .

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Censo 2010. [S. l.: s. n.], 2010.

JACIREMA, Maria; GONÇALVES, Ferreira. **Caracterização da Estratégia Saúde da Família no Estado do Amazonas , Brasil : análise da implantação e impacto** *Characterization of the family health strategy in Amazonas State , Brazil : an analysis of implementation and impact*. Cad. Saúde Pública, v. 27, n. 1, p. 35–45, 2011. .

LADISLAU, José Lázaro de Brito; LEAL, Maria do Carmo; TAUIL, Pedro Luiz. **Avaliação do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na região da Amazônia Legal, Brasil, no contexto da descentralização**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 15, n. 2, p. 9–20, 2006. DOI 10.5123/S1679-49742006000200003. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 9 mar. 2015.

MARIA, Marluce; ASSIS, Araújo. **Vigilância epidemiológica no sistema local de saúde**. v. 56, n. 2, p. 178–183, 2003. .

ONU. **Atlas de Desenvolvimento Humano. 2013**. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/o_atlas_/.

PNUD. Relatório de desenvolvimento humano 2020 **A próxima fronteira O desenvolvimento humano e o Antropoceno**. [S. l.: s. n.], 2020.

RODRIGUES, Aline de Freitas; ESCOBAR, Ana Lucia; SOUZA-SANTOS, Reinaldo. **[Spatial analysis and determination of malaria control areas in the State of Rondonia]**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 41, n. 1, p. 55–64, 2008. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822008000100011>.

SMITH GUEYE, Cara; NEWBY, Gretchen; TULLOCH, Jim; SLUTSKER, Laurence; TANNER, Marcel; GOSLING, Roland D. **The central role of national programme management for the achievement of malaria elimination: a cross case-study analysis of nine malaria programmes**. Malaria Journal, v. 15, n. 1, p. 1–21, 2016. <https://doi.org/10.1186/s12936-016-1518-9>.

TERRAZAS, Wagner Cosme Morhy; SAMPAIO, Vanderson de Souza; DANIEL BARROS DE CASTRO, 2; PINTO, Rosemary Costa; ALBUQUERQUE, Bernardino Cláudio de; SADAHIRO, Megumi; PASSOS, Ricardo Augusto dos; AND JOSÉ UELERES BRAGA. **Deforestation, drainage network, indigenous status, and geographical differences of malaria in the State of Amazonas**. Malaria Journal, v. 14, n. 1, p. 1–9, 2015. <https://doi.org/10.1186/s12936-015-0859-0>.

WHO. **World Malaria Report 2021**. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2021>. Acesso em 04/04/2022. 232p.

TÉCNICAS E ESTRATÉGIAS PARA MELHORIA DOS PROCESSOS DE TRABALHO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: - CONSULTA DE ENFERMAGEM NA RUA

Data de aceite: 03/10/2022

Antônio de Magalhães Marinho

<http://lattes.cnpq.br/6664828787007401>

Maria Lelita Xavier

<http://lattes.cnpq.br/3521578021058892>

Conceição de Maria Neres Silva Vieira

<https://orcid.org/0000-0001-9286-417X>

Carmen Dias dos Santos Pereira

<http://lattes.cnpq.br/2966398046961708>

Elisabete Bárbara Teixeira

<http://lattes.cnpq.br/9748179104408152>

Jovita Vitoria da Silva Vianna

<http://lattes.cnpq.br/6556776097246626>

Julia Marinho Ribeiro

<http://lattes.cnpq.br/6861431587712553>

Antônio de Magalhães Marinho

<http://lattes.cnpq.br/2330263368487131>

RESUMO: Este estudo utilizou como base teórica a etapa operacional da equação proposta por Marinho (2009) para estruturação de processos de trabalho. Tomou como exemplo um processo assistencial realizado na comunidade. A etapa operacional da equação é composta por cinco variáveis: procedimentos (P¹), profissional (P²), infraestrutura (I¹), indicadores (I²) e riscos. O presente capítulo tem como objetivo relatar a experiência com consultas de enfermagem na rua com a participação de alunos de graduação

e docentes. A Consulta de Enfermagem é o meio para viabilizar a Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE). Ela reforça o papel do Enfermeiro e da equipe de Enfermagem no seu propósito de oferecer, de forma eficiente e eficaz, uma assistência integral, segura e de boa qualidade. Os resultados mostram que há um grande interesse por parte dos usuários nesse tipo de atividade de saúde com benefícios sociais importantes. Por outro lado, evidenciar a importância da aplicação sistemática de uma metodologia para buscar continuamente a melhoria do Processo de Trabalho nas unidades de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Consulta de Enfermagem; Processo de Trabalho; Extensão na Rua.

ABSTRACT: This study used the operational stage of the equation proposed by Marinho (2009) for structuring work processes as a theoretical basis. It took as an example a care process carried out in the community. The operational stage of the equation is composed of five variables: procedures (P¹), professional (P²), infrastructure (I¹), indicators (I²), and risks. This chapter aims to report the experience with nursing consultations on the street with the participation of undergraduate students and professors. The Nursing Consultation is the means to enable the Systematization of Nursing Care (SAE). It reinforces the role of the Nurse and the Nursing team in their purpose of efficiently and effectively offering comprehensive, safe, and good quality care. The results show that there is great interest on the part of users in this type of health activity with significant social benefits. On the other hand,

to highlight the importance of the systematic application of a methodology to continuously seek the improvement of the Work Process in the health units.

KEYWORDS: Nursing Consultation; Work process; Extension on the Street.

1 | INTRODUÇÃO

A busca de uma estratégia para alcançar um padrão de excelência nas unidades de saúde, sejam elas pública ou privada, tem sido um dos desafios mais críticos enfrentados pelos gestores. O êxito dessa busca só se torna possível quando é realizada de forma sistematizada e acolhida por todos os integrantes da organização.

Neste estudo buscou-se delinear uma alternativa para auxiliar os gerentes e gestores na busca de padrões de excelência, experimentada na execução do Projeto de Extensão: Técnicas e Estratégias para Melhoria dos Processos de Trabalho em Unidade Básica de Saúde. Este projeto, vinculado à Faculdade de Enfermagem – UERJ é coordenado por Antônio Marinho desde 2009, totalizando mais de 13 anos, onde são propostas e aplicadas diversas técnicas, ferramentas e estratégias para contribuir com o desenvolvimento das metas propostas anualmente pelo projeto com foco na melhoria dos processos de trabalho em unidades de saúde. (MARINHO, 2009)

As propostas do projeto são desenvolvidas nos cenários onde são realizados os estágios dos alunos da graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Policlínica Piquet Carneiro e Hospital Universitário Pedro Ernesto). Ele tem como objetivo principal: Inserir os internos de graduação do curso de enfermagem nos processos de melhoria dos processos de trabalho e no cuidar de enfermagem.

A busca de melhorias dos processos de trabalho é tão somente para agregar valor aos produtos e aos serviços produzidos e oferecidos pelas organizações aos seus clientes, principalmente nas organizações públicas, onde os recursos são cada vez mais escassos e as demandas cada vez maiores.

Nesta experiência buscaram-se aplicar algumas técnicas e estratégias para a consulta de enfermagem realizada nos consultórios das unidades básicas de saúde (UBS), mas com uma possibilidade de realizá-la como uma atividade de extensão e fora da estrutura física-arquitetônica da unidade, caracterizada pela “consulta de enfermagem na rua”.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) na Resolução 568/2018 conceitua a consulta de enfermagem como “uma atividade privativa e prestada pelo enfermeiro, na qual são identificados problemas de saúde e prescritas e implementadas as medidas de enfermagem com objetivo de promoção, proteção, recuperação e reabilitação do paciente.”

A realização da “Consulta de Enfermagem na Rua” também é uma forma de tornar visível a Consulta de Enfermagem para a comunidade/ população. (COFEN,2018)

O objetivo deste estudo é: Relatar a experiência da realização da consulta de

enfermagem na rua, em uma comunidade da cidade do Rio de Janeiro com a participação de alunos de graduação e docentes.

21 BASES TEÓRICAS: - UM NOVO OLHAR SOBRE OS PROCESSOS DE TRABALHO

2A -O que é Processo de Trabalho?

“É o conjunto de Atividades (ações, movimentos, passos, tarefas, procedimentos) envolvidas na transformação de insumos (na entrada do sistema) em produtos (bens físicos /materiais, Serviços ou Informações) (na saída)” (MARINHO, 2009; 2012; 2020).

As atividades são realizadas por meio e através das pessoas ou sistemas programados/ automatizado (robótica) e com o uso de um conjunto de recursos (humanos, materiais, financeiros, tecnológicos, físico-ambientais, administrativos e normativos).

Quando o Produto sai com alguma não conformidade (problema) aplica-se uma avaliação através da retroalimentação na busca do fator gerador da mesma. Ele (fator de impacto) pode estar nos insumos ou no processamento (falta de treinamento / sem competência (CHAVE = Conhecimentos, Habilidades, Atitudes, Valores e Energias do ambiente) ou mesmo devido ao sistema informatizado que necessitar de ajustes)).

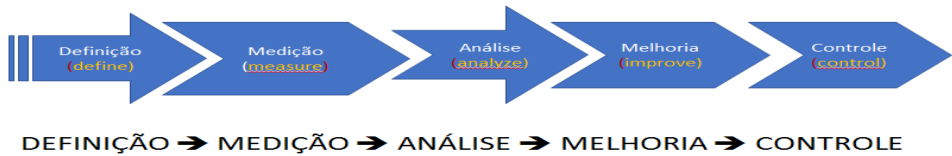
O Processo de Trabalho compreende um conjunto de Atividades correlacionadas / Agregadas / interdependentes / Integradas. (MOTA, 1971)

2B-Equação do Processo de Trabalho de Marinho: $PT = 2(PI)R + CV + 3(MS)$

O projeto está assentado na equação de estruturação dos Processos de Trabalho, proposta por Marinho (2009). Ela é composta por treze variáveis e está dividida em dois contextos, o técnico e o gerencial. A equação é expressa por: $PT = 2(PI)R + CV + 3(MS)$. O contexto ou etapa operacional (técnica) é representado por $PT = 2(PI)R$, onde temos: P¹ (Procedimento → Intervenção / Atividades → POP/ Protocolo/ Rotina de Trabalho/ Método de Trabalho), P² (Profissional / Equipe responsável pela execução do P¹ → Competências =CHAVE → Conhecimentos, Habilidades, Atitudes, Valores e Entorno/ Energias do ambiente), I¹ (Infraestrutura, composta pelos 7 principais tipos de recursos: Humanos (equipe de apoio), Materiais Permanentes e de consumo; Financeiros, Físico-ambientais (área Física), Tecnológicos, Administrativos (manuais) e Normativos); I² (Indicadores → qualitativos de cada atividade → informações) e R (Riscos → Biológicos/ Químicos/ Físico-ambientais/Mecânicos/ Ergométricos / Emocionais (Estresse)). O contexto ou etapa gerencial é expressa por $PT = CV + 3(MS)$, onde temos: C (Custos para realizar o P¹), V (Valor financeiro estabelecido para venda do P¹), M¹ (Mercado → Geral / Segmento/ Nicho/ Customização), M² (Marketing → estratégias para vender (V) o P¹), M³ = Metas quantitativas (%) e temporais; S¹ (Sistema de Gestão da Qualidade utilizado para realizar o P¹); S² (Satisfação → canais para monitorar a Satisfação do Cliente/ consumidor do P¹) e

S³ (Sustentabilidade / Sucesso → indicadores de impacto gerado pelo P¹ na comunidade / ambiente). (MARINHO. 2009; 2012; 2020)

2C- Roteiro para Enfrentamento dos PT nas Organizações à DMAIC

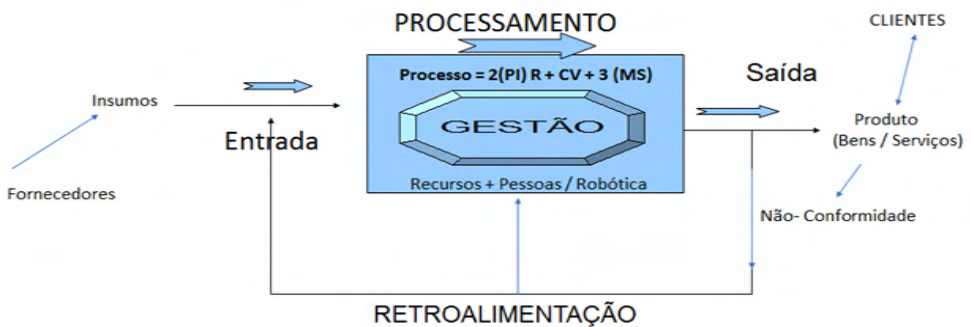


2D- Processo de Trabalho sob o prisma sistêmico

Com base na teoria geral dos sistemas (TGS), que surgiu com os trabalhos do biólogo austríaco Ludwig Von Bertalanffy, publicado em 1950 e 1968, surgiu um conceito sobre sistemas:

“Sistema é um conjunto de elementos dinamicamente relacionados entre si, formando uma atividade para atingir um objetivo, operando sobre entradas (informações, energia matéria) e fornecendo saídas (informações, energia e matéria) processadas. (MOTA, 1971)

Assim, foram observados que um sistema possui um conjunto de cinco (5) componentes ou parâmetros: input (entrada), processing / transmutation (processamento/transformação), output (saída), evaluation (avaliação), feedback (retroalimentação). (MOTA, 1971)



Entradas - Insumos: Matéria Prima (insumos) / material de consumo) /// **Medidas / Métricas** de cada insumo // Origem /// **Marca da Matéria prima / Fornecedores** certificados /// **Mão-de-obra** de apoio / Pessoas de Apoio (Planejamento / consultores) /// **Meio ambiente de Apoio ao Setor Operacional** /// e ainda : **Dados & Fatos** /// **Produtos Acabados** /// Dinheiro / **moeda** (Quantidade & Qualidade).

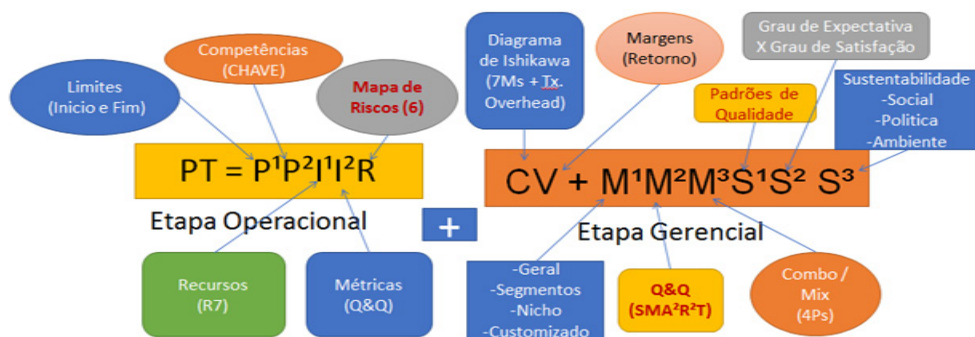
Processamento = Transformação: Mão de obra / Pessoas / Trabalhador / Profissional Operador ou Equipe/ **Treinamento e Capacitação** (Programas de Educação

Permanente) / Competências (CHAVE) /// Meio Ambiente / Área Operacional / Local / Estação de Trabalho /// Máquinas / Aparelhos / Utensílios / Instrumentos /// Método / Protocolos / Instruções / POP / Fluxograma / Algoritmo (lógica).

Saídas : (Produtos = Bens materiais ou Serviços): Produtos acabados / Entregas = Produção de Bens Físicos (físicos) ou Virtuais /// Resultados de Dados ==> Informações /// Conhecimento / Instruções / Orientações / Mapa Mental / Método / Protocolo / POPs / Algoritmo /// Melhorias / Inovação / Estratégias de Enfrentamento / Nova Tecnologia /// Serviços / Cuidados / Práticas.

2E- Expressão Estruturante do PT Técnicas de melhoria associadas a “Equação de Marinho”

$$[PT = 2(PI)R + CV + 3(MS)]$$



Referencias: MARINHO, 2012

Significados das Técnicas de Melhoria de Processos de Trabalho

- **Six Sigma** → Redução de erros com uso de Ferramentas e Estatísticas Seis Sigma.
- **Lean** → **Kaizen** – Melhoria Contínua / Redução de variabilidade na Produção e desperdício.
- **Programa 5S e 10S** → Sentos / Atitudes = Comportamentos / Qualidade
- **OEE** → *Performance* dos Equipamentos / Eficácia e Otimização dos Equipamentos (adoção de sistemas de manutenção).
- **TPM** → Manutenção da Produção com base em Princípios (8 pilares).
- **BPM** → Gestão do Processo de Negócio / aumentar a competitividade.
- **WCM** → Produção com foco nas melhores práticas mundiais / combate ao desperdício.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência com base em técnicas e estratégias utilizadas no projeto de extensão que está voltado para a reestruturação e melhoria do Processo de Trabalho (MARINHO, 2009) nas unidades de saúde. Ele foi desenvolvido por graduandos de enfermagem com a supervisão de docentes. Nesta experiência foi abordada a etapa Operacional do Processo de Trabalho composta pela equação: $PT = 2(PI)R$ ou $PT = P^1P^2I^1I^2R$, de modo a favorecer a estruturação e a visualização de cada parte integrante do processo de trabalho.

Na equação estruturante do PT o P^1 representa o procedimento, uma etapa do processo de trabalho, caracterizado pelas intervenções / atividades. A intervenção é desdobrada por meio de um conjunto de atividades. Elas podem ser realizadas com apoio das técnicas básicas de enfermagem (POPs = Procedimento Operacional Padrão e / ou Protocolos, Roteiros, Fluxogramas). A experiência que trataremos neste estudo está vinculada ao procedimento (P^1), caracterizado pela “Consulta de Enfermagem”. (MARINHO, 2020)

Para dar visibilidade e favorecer o planejamento utilizou-se uma sequência composta de: 1- ordem lógica de realização dos procedimentos; 2- procedimento (verbo que caracteriza a ação ou intervenção); 3- Profissional responsável pela realização da ação / intervenção; 4- infraestrutura (condições ambientais, material de consumo, aparelhos, equipamentos, formulários, etc.) necessária e essencial para o profissional realizar a ação / intervenção; 5- indicadores que caracterizam a produção e a qualidade do produto (serviços ou bens), e 6- os riscos aos quais os profissionais se submetem ao realizar a ação/intervenção). (MARINHO, 2012; 2020)

As atividades foram realizadas no período diurno entre 8 e 12 horas, os dados apurados neste trabalho foram baseados em um dia de realização de consultas de enfermagem em via pública.

4 | DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO: “CONSULTA DE ENFERMAGEM NA RUA”

O P^1 (procedimento) é evidenciado neste estudo pela execução de 3 principais intervenção: 1ª - (I1) → pré-consulta; 2ª - (I2) → Consulta de Enfermagem e 3ª - (I3) → Orientações pós-consulta de Enfermagem. (SMS-RJ, 2012; COFEN, 2019)

A intervenção I1(pré-consulta) é caracterizada pelas atividades: A1-Aferição de Pressão Arterial; A2- Aferição de PO₂; A3- Aferição da frequência cardíaca (Pulso); A4- Aferição do Peso corporal; A5- Aferição da Altura Corporal; A6- Estabelecimento do Índice de Massa Corporal (IMC); A7- Adipometria; A8- Medida da Glicemia Capilar; A9- Aferição da Colesteremia; A10-Tipagem Sanguínea; A11-Medida da Circunferência Abdominal; A12- Registros e fornecimento dos dados ao paciente; A13- Fornecimento de preservativo

masculino.

A intervenção I2 (consulta de enfermagem) é caracterizada pelas atividades: A1- Acolhimento (contemplando as seguintes NHB: aceitação, atenção, abrigo, segurança emocional, fé e amor); A2- Identificação / Caracterização; A3- Entrevista / Anamnese com base na Matriz da Enfermagem Funcional (informações sobre Histórico do Paciente. Incluindo: Antecedentes: genética, história familiar, história de doenças, história da dieta); Gatilhos / desencadeadores; Mediadores e perpetuadores. A4- Estilo de Vida do Indivíduo (informações sobre: sono, repouso e relaxamento, exercícios, atividade física e movimentos, Nutrição e hidratação, Estresse e resiliência e relações pessoais e interação com equipes de trabalho); A5- Exame Físico com foco nas NHB (ANEXO IV); A6- Diagnóstico de Enfermagem - grau de dependência (TAOSE); A7- Prescrições de Enfermagem / Orientações de Enfermagem; A8- Encaminhamentos (médico, nutricionista, dentista, psicólogo, fisioterapeuta, saúde da mulher, saúde do homem, saúde da criança e do adolescente, saúde mental, saúde do idoso).

A intervenção I3 (orientações pós-consulta de enfermagem) é caracterizada pelas atividades: A1- Aconselhamento; A2- Orientação para realização dos Procedimentos Terapêuticos; A3- Aprazamento das Prescrições; A4- Educação para a Saúde (Vacinação / uso de álcool, fumo e outras drogas); A4- Orientação sobre a Rede de Atenção Básica na Comunidade, SER → Sistema Estadual de Regulação (procedimentos de média e alta complexidade) e SIREG → Sistema de Regulação – transparência da fila de atendimento).

4A -Planejamento para Execução do Processo de Trabalho

Na etapa de planejamento foram relacionados os seguintes itens de material que serão necessários para a realização das três intervenções com suas respectivas atividades: cinco mesas, 15 cadeiras, um banco de madeira de quatro lugares, uma balança com régua antropométrica, bandeja retangular de aço inoxidável, três aparelhos de pressão (um digital), dois estetoscópios, um adipômetro (local da medição suprailíaco D), glicosímetro, fitas reagentes para glicose, lancetas estéreis, uma fita métrica, frasco com álcool gel, algodão em bolas, gaze, sabão líquido, papel toalha, espátulas de madeira, canetas, carimbos, oxímetro digital, máquina de calcular, kit de *tipagem sanguínea*, lâminas de vidro, almotolia com álcool 70% ou clorexidine alcóolica 0,5%, frasco com álcool gel, luvas de procedimentos; preservativos masculinos, descarpax, formulários (identificação, entrevista / anamnese, roteiro de exame físico com 44 grupos de NHB, receituário, cartão do paciente, cartão numerado para ordenação do atendimento e mapa estatístico), caneta e papel para anotação dos resultados encontrados, carimbo e cartazes para divulgação do Processo de Trabalho: “consulta de enfermagem na rua”. (ANVISA, 2004; LOMBARDI, 2009; BRASIL, 2015)

4B-Composição e Distribuição da Equipe de Trabalho

A equipe após treinamentos de todos envolvidos foi constituída por três docentes, oito alunos de graduação de enfermagem (Internos - 8º período) e uma bolsista do projeto. A classificação sanguínea e a distribuição de preservativos foram realizadas em parceria com o projeto “Doação de Sangue” composta por um professor e por dois graduandos de enfermagem.

A distribuição da equipe, no primeiro momento, foi alocar quatro internos na pré-consulta e quatro nas mesas para realização das consultas de enfermagem, outra mesa foi ocupada por um docente para realizar as orientações pós-consulta. As atividades de pré-consulta e consulta foram supervisionadas por dois docentes. O bolsista foi escalado para dar suporte com reposição de recursos e atender às necessidades e contatos dos cinco participantes. A distribuição da equipe de tipagem sanguínea foi coordenada pela professora do projeto “Doação de Sangue”

4C-Fluxograma do Processo de Trabalho

Preparo do local → Chamada / Recrutamento dos pacientes → Pré-consulta → Consulta de Enfermagem → Orientação pós-consulta → Encaminhamentos.

Etapas:

A-Processo de Trabalho – Pré-execução junto à comunidade

- Identificação do espaço na rua para instalar próximo a banheiro e lavatório / pontos para colocar as mesas e espaços para processar o fluxo das pessoas;
- Reunir a equipe para tratar dos detalhes a serem realizados no trabalho
- Orientação dos internos sobre as intervenções/atividades a serem realizadas;
- Organização dos recursos necessários para realização do Trabalho;
- Transportar o material para os locais e localizá-las nos pontos que favoreçam o fluxo das atividades planejadas.

B- Etapas para Execução do Processo de Trabalho junto à comunidade

- 1- Divulgação da Consulta na rua com cartazes e convites aos transeuntes;
- 2- Distribuição de numerários para ordenar o atendimento (ANEXO I);
- 3- Atividades relativas à Intervenção I1 - Pré-consulta
- 4- Atividades relativas à intervenção I2- Consulta de Enfermagem
- 5- Atividades relativas à intervenção I3. Orientação Pós-Consulta

5 I RESULTADOS

	Atividades	Quantidade
I1 Pré consulta (realizada com um professor de apoio ao aluno)	Atividades relativas à Intervenção I1 - Pré-consulta	xxxxxxx
	3.1- Chamada, identificação e Acolhimento	33
	3.2-Aferição da PA	33
	3.3- Aferição do PO ²	23
	3.4- Aferição da Frequência Cardíaca	33
	3.5- Verificação da circunferência abdominal	16
	3.6- Calibração e pesagem	33
	3.7- Medição da altura corporal	25
	3.8- Cálculo do Índice de Massa Corporal - IMC	28
	3.9- Aferição de glicemia capilar (Técnica)	12
	3.10- Realização da tipagem sanguínea (técnica)	14
	3.11- Registrar os dados no formulário - Cartão do paciente (ANEXO II)	33
	3.12- Encaminhar o paciente para realizar a Consulta de Enfermagem	33
I2 Consulta de Enfermagem (realizada com um professor de apoio ao aluno)	4- Atividades relativas à intervenção I2 - Consulta de Enfermagem	xxxxxxx
	4.1- Acolhimento	33
	4.2- Identificação, Entrevista / Anamnese (ANEXO III)	33
	4.3- Exame Físico → Foco nas NHB (ANEXO IV)	33
	4.4- Diagnóstico de Enfermagem → Grau de Dependência (TAOSE)	33
	4.5- Receituário → Prescrições de Enfermagem / Orientações de Enfermagem (ANEXO V)	24
	4.7- Registrar no formulário de Controle Estatístico (ANEXO VI)	
	5-Atividades relativas à intervenção I3. Orientação Pós-Consulta	xxxxx
I3 Orientação pós-consulta (realizado por docente)	5.1- Aconselhamento	8
	5.2- Orientação para realização dos Procedimentos Terapêuticos	10
	5.3- Avaliação de biomarcadores (exames laboratoriais)	3
	5.4- Aprazamento das Prescrições	7
	5.5- Educação para a Saúde (Vacinação / Uso de álcool e fumo)	xxxxx
	5.5.1 –Vacinação	16
	5.5.2-Uso abusivo de álcool e fumo	2
	5.6- Encaminhamentos (médico, nutricionista, dentista, psicólogo, fisioterapeuta, saúde da mulher, saúde do homem, saúde da criança e do adolescente, saúde mental, saúde do idoso)	M(4)/N(2)/ D(3)/P(1) /F(2)/SM(3) /SH(1)/ SCA(0)/ SMT(1) / Sid(4)
	5.7-Orientação sobre a Rede de Atenção Básica existente na Comunidade (SER - Sistema Estadual de Regulação / SIREG - Sistema de Regulação – transparência / acompanhamento do fluxo de atendimento)	8

Nota: Dados apurados nos mapas estatísticos.

Quadro de atividades e quantidade de atividades registradas num dia do Projeto

5A- Quadro de Riscos Operacionais

Avaliação do grau de risco que o profissional fica exposto durante a realização da atividade.

Tipos	I1-Pré-consulta	Consulta de Enf.	I3-Orientação pós
Biológicos	(**)	(**)	(*)
Químicos	(*)	()	()
Físico-ambientais	(***)	(***)	(***)
Ergonômicos	(**)	(**)	(**)
Mecânicos	(*)	()	()
Emocionais/Estresse	(**)	(**)	(*)

Nota: Mapa de Riscos - Graus: () nenhum; (*) mínimo; (**) médio; (***) alto

5B- Avaliação dos Pacientes

Aleatoriamente foram solicitadas 17 pessoas, que passaram pelas duas etapas (I1 e I2), para efetuar a avaliação do processo com base no Barema, abaixo, obtendo-se 14 avaliações de excelente e três de boa.

Barema para Avaliação do Processo de Trabalho nas etapas (Pré-consulta e Consulta)

Pontuação	Grau de avaliação	Opinião do Entrevistado	Estatística/ Resultado
1	Sofrível	Nunca faria	0
2	Regular	Faria só no último caso	0
3	Nem bom nem Ruim	Às vezes faria sim	0
4	Bom	Faria muitas vezes	3
5	Excelente	Todas as vezes Faria	14

5C- Avaliações dos Participantes na Realização do Processo de Trabalho

Questão: Como você se sentiu ao realizar essa atividade junto à comunidade?

Foram colhidas as seguintes falas e avaliações, que por si destacam a importância do processo realizado na rua.

“No início bateu um pouco de insegurança, talvez por desconhecer todas as etapas do processo e os conceitos de algumas NHB, mas depois foi fluindo e com a reação positiva dos participantes tudo for dando certo”. (aluno A);

“Gosto de atividades agitadas, gosto muito desse tipo de atividade, com o tempo vamos ficando mais rápidas no atendimento e sendo aceitos pelos pacientes. “Isso gera uma sensação de estarmos sendo úteis e importantes como profissionais de saúde”.

(aluno C)

“Foi um momento bastante rico para aplicar uma série de conhecimentos adquiridos na nossa formação na graduação. Recomendo que seja feito mais vezes e dada oportunidade para outros internos realizarem essa modalidade de atendimento”. (aluno D)

6 | CONCLUSÃO

A experiência de trazer a consulta de enfermagem para a rua, focada nas necessidades humanas básicas (NHB), foi para a equipe envolvida um momento de grandes incertezas, mas a experiência mostrou que há espaços e grandes necessidades da população para receber um conjunto de ações de saúde com significativo impacto social, além disso, é um momento importante para tornar visível o papel da enfermagem na promoção e na busca de uma melhor qualidade de vida para os usuários dos serviços de saúde. (VIEIRA et al, 2022).

As três etapas utilizadas para o desenvolvimento do Processo de Trabalho “Consulta de Enfermagem na Rua” (pré-consulta, consulta e orientações pós-consulta) mostram-se três importantes momentos para a atuação da equipe de enfermagem. Evidenciaram um espaço/ cenários para uma atuação autônoma e caracterizando firmemente o papel do Enfermeiro como coordenador da assistência, quando encaminha e/ou solicita pareceres e intervenções de outros profissionais (nutricionistas, médicos, psicólogos, dentistas, etc.) para juntos buscarem o reequilíbrio das NHB afetadas por desordens provocadas por uma doença no contexto bio-psico-socio-espiritual.

A Consulta de Enfermagem é o meio para viabilizar a Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE). Ela reforça o papel do Enfermeiro e da equipe no seu propósito de oferecer, de forma eficiente e eficaz, uma assistência integral, segura e de boa qualidade.

Com a aplicação da equação de estruturação dos processos de trabalho proposta por Marinho (2009), busca-se uma forma de tornar visível e assim favorece a aplicação de um conjunto de princípios, ferramentas e procedimentos que fornecem diretrizes para um completo gerenciamento das atividades, com foco no atendimento das necessidades dos usuários dos serviços da organização.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, 2 ed. Brasília: ANVISA; 2004. **RDC nº 50** de 21 de fevereiro de 2002/ RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002

BRASIL. Estatuto da Pessoa Idosa- Lei 14.423 /2022 de 19 de julho de 2022. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso: em 25 de jul 2022

_____. Ministério da Saúde. **Cartilha humaniza SUS: Boas práticas de humanização na atenção e na gestão do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 28 p. : il. – (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf . Acesso em 25/07/2022

_____. Ministério da Saúde. Critérios e **Parâmetros para o Planejamento e Programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS**. Portaria GM/MS n.1631/2015 Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html acesso em 15/06/2022

COFEN. **Resolução COFEN 368/2018 alterada pela Resolução COFEN 606/2019**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0568-2018_60473.html . Acesso em 20/07/2022

LADWIG,GB; ACKLEY,BJ. **Mosby - Guia de Diagnósticos de Enfermagem**. Tr 3ªed Rio de Janeiro, Elsevier, 2012

LOMBARDI, D.M. **Gestão da assistência à saúde**. Rio de Janeiro: LTC, 2009.

MAIA, A.R.B. et AL. Relação teórico-prática da administração em enfermagem vivenciada em uma unidade de saúde: relato de experiência. **Glob. Acad. Nurs.** 2021; 2(1):e77. Acessível em : <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200077> acesso em 22/07/2022

MARINHO, A.M. Técnicas para Melhoria dos Processos de Trabalho nas Unidades de Saúde. Cap. 36. In: **Tratado de Cuidados de Enfermagem Médico- Cirúrgica**. Coordenado por: FIGUIREDO, N. M.A et al. São Paulo: editora Roca, 2012

MARINHO, AM. **Sistematização da Assistência de Enfermagem** - SAE, Exame Físico e Registros de Enfermagem, documento digital, 36 p. 2018.acessível em: <http://www.professorantoniomarinho.com.br/> acesso em 25/07/2022

MARINHO, A.M.; PEREIRA, S.S; XAVIER, M.L. RIBEIRO, J.M. A estrutura do processo de trabalho na aplicação de imunobiológicos: proposta de um modelo. Cap.2 in: **Enfermagem moderna (recurso eletrônico): bases de rigor técnico e científico 6** / Organizadora Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra – Ponta Grossa – PR Atena editora, 2020

MOTA, F.C.P. A teoria geral dos sistemas das organizações. **R. Adm.Emp.** 11(1),17-33 jan./mar.1971 Disponível em: < <http://scielo.br/pdf/rae/v11n1/v11n1a03pdf>> Acesso em jun.2022

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE -RJ- SES-RJ Protocolos da Atenção Básica. 2012. acessível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111921/enfermagem.pdf> acesso em 25/05/2022

VIEIRA, C.M.N.S; MARINHO, A.M.; VIEIRA, R.V.N.V. **Práticas Lúdico Terapêuticas de Apoio à Saúde do Idoso**. In: Longevidade Caminhada para o Envelhecimento. Organizadores: OLIVEIRA, M.A.M.; LIMA, N.O.; SOUZA, W.P.S. pág. 163-201.Ed.Innovate. 2022.

ANEXO I - NUMERAÇÃO / ORDEM DE ATENDIMENTO



PROJETO: Técnicas e Estratégias de Melhoria dos PT em US
CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM NA RUA
CARTÃO DO CIDADÃO / PACIENTE

Número / Ordem de Atendimento na Pré-consulta e na Consulta de Enfermagem

Nº	ASSINALAR com "X" se for PRIORIDADE por LEI
Data	Assinatura / Carimbo

ANEXO II- CARTÃO DO PACIENTE



PROJETO: Técnicas e Estratégias de Melhoria dos PT em US

CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM NA RUA

CARTÃO DO CIDADÃO / PACIENTE

Hora de Início do atendimento:	Hora de Término:
Nome:	Idade:
PÁ: PQ: Pulso: Peso:	Altura: IMC: Adipometria:
Glicemia Capilar:	Tipo de Sangue:
Data:	Assinatura / Carimbo

ANEXO III – INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO, ENTREVISTA / ANAMNESE



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem

CONSULTA DE ENFERMAGEM

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Data: ___/___/___

Histórico

1) IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ Nº do Prontuário/Matrícula/ Registro: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: ___ Etnia: _____ Naturalidade: _____ Estado Civil: _____

Profissão: _____ Religião: _____ Renda Familiar: R\$ _____

Escolaridade: _____ Nº filhos: _____ Idade dos Filhos: _____

Tel: _____

2) QUEIXA PRINCIPAL: _____

3) ENTREVISTA:

Locomoção: Deambulando Muleta Cadeira de rodas Outros: _____

Histórico Familiar: _____

Cirurgias anteriores: _____

Comorbidades: HAS Diabetes Mellitus Cardiopatias Outros _____

Medicações em uso: _____

Alergia: Não Sim. Qual? _____

Tabagismo: Não Sim Há Quanto tempo? _____ Maços/dia _____

Etilismo: Não Sim Há Quanto tempo? _____ Frequência: _____

Vida sexual ativa? Não Sim, Nº de parceiros: _____

Grau de dependência: Independente Dependência Parcial Dependência importância.

Padrão de sono: Satisfatório Insatisfatório

Auto-estima: Verbaliza sentimentos positivos Verbaliza sentimentos negativos (depressão, sofrimento moral)

Gregária: Possui rede de apoio favorável Não possui rede de apoio favorável

Observações: _____

ANEXO IV-ROTEIRO DE EXAME FÍSICO COM FOCO NAS NECESSIDADES HUMANAS (NHB)

INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO das NHB		Grau de Dependência → Diagnósticos de W.A. Horta em Relação às NHB →TAOSE
EQUAÇÃO de PALAVRAS de Marinho: 4M 10A 3E + 1T4I1A + 2C 2R2F + 1G 1O 2L + 2H 1D 5S + 1P2N		
Dependente Parcial (DP) = DPA(ajuda); DPO(orientação); DPS (supervisão); DPE (Encaminhamento)		Independente (I)
		Dependente Total (DT)
1M	Mobilidade -Por Exemplo: DT para Mobilidade no Leito; ou DPA para mobilidade no leito; ou DPO para Mobilidade no Leito; ou DPS ou DPE	DT/PPA/DPO/DPS/ DPE
2M	Mecânica Corporal	
3M	Motilidade	
4M	Morte - Finitude	
1A	Alimentação	

2A	Autoestima	
3A	Auto realização	
4A	Autoimagem	
5A	Atenção	
6A	Amor	
7A	Abrigo	
8A	Ambiente	
9A	Aceitação	
0A	Aprendizagem	
1E	Eliminação	
2E	Estado Mental → OTE	
3E	Exercício e Atividade Física	
1T	Terapêutica	
1I	Integridade Cutaneomucosa	
2I	Integridade Física	
3I	Isolamento Social (para reflexão)	
4I	Isolamento Terapêutico	
1A	Acuidades (Visual; Auditiva; Tátil; Palatina e Olfativa)	
1C	Comunicação	
2C	Criatividade	
1R	Recreação e Lazer	
2R	Regulação (Venosa / Imunológica/ Neurológica/ Hidrica/Hormonal/ Térmica / Crescimento Celular / Eletrolítica	
1F	Fé (Religião/ Espiritualidade)	
2F	Filosofia de Vida	
1G	Gregária	
10	Oxigenação	
1L	Liberdade	
2L	Locomoção	
1H	Higiene / Cuidado Corporal	
2H	Hidratação	
1D	Deambulação	
1S	Sinais Vitais	
2S	Sono e Repouso	
3S	Sexualidade	
4S	Segurança Emocional	
5S	Segurança Física e Riscos de infecção → Segurança do Paciente (6 METAS→ Identificação do Paciente / Comunicação Efetiva / Medicação Segura/ Cirurgia Segura/ Higiene das mãos/ Prevenção de Quedas e de Úlceras de Pressão)	
1P	Participação	
1N	Nutrição	

2N	Nível de Consciência
<p>Os diagnósticos de ENFERMAGEM pela Taxonomia NANDA são os déficits ou desequilíbrios das NHB que decorrem de uma patologia FÍSICA ou MENTAL (O ser humano é um complexo bio-psico-sócio-espírito-cultural). Nós podemos CLASSIFICAR o DÉFICIT de cada NHB como INDEPENDENTE; DEPENDENTE PARCIAL ou DEPENDENTE TOTAL. Para buscar o reequilíbrio das necessidades o Enfermeiro deve FAZER as PRESCRIÇÕES e INTERVENÇÕES de ENFERMAGEM. Em várias situações ele tem que solicitar a participação de outros PROFISSIONAIS (médico, nutricionista, dentista, fisioterapeuta, psicólogo, etc.), para ajudar com medidas multidisciplinares na busca do equilíbrio da NHB. comprometidas.</p> <p>Apesar de listadas como NHB algumas poderão ser melhor classificadas como EMOÇÕES / SENTIMENTOS, por exemplo: autoimagem, autoestima, autorealização, amor, fé, filosofia de vida, segurança emocional e liberdade.</p>	

Referência: VIEIRA et al, 2022; MARINHO, 2018

EXAME FÍSICO - Definições // significados das necessidades humanas básicas (NHB)

1) Mobilidade – Observar limitação de movimentos seja dos membros superiores, dos membros inferiores, tronco ou pescoço, seja por artefatos e/ou parestesias ou paralisias. /// Avaliação sobre **Repouso no Leito**-Relativo, absoluto ou sem restrições. Avaliar se em cama com grades elevadas? Qual decúbito? Encontra-se com restrição mecânica? Em que segmento corporal? Está com aparelho ortopédico? Especificar. Quais os métodos utilizados para evitar lesão por pressão? Colchão piramidal? Colchão Pneumático? Placas de Proteção? Na primeira anotação o registro é da posição em que você encontrou o paciente e no decorrer do plantão, a cada 2 horas, é preciso anotar em que decúbito foi colocado o paciente, além das medidas de proteção utilizadas, como coxins, e os sinais e sintomas observados (alterações cutâneas, etc.). /// **2) Motilidade** – Observar limitação dos movimentos intestinais (ílio paralítico) e de trompa de Falópio. Associar com eliminações intestinais e gases, constipações, diarreias, etc. /// **3) Mecânica Corporal** – Observar limitação dos movimentos de rotação das articulações, abdução, adução dos membros superiores e inferiores; limitação nos movimentos de giro do corpo, do pescoço, limitação nos movimentos de abaixar e ou levantar o corpo. /// **4) Morrer** – Fim do ciclo vital por falência de órgãos vitais ou por sofrimento psíquico ou físico, extremos. (Necessidade de descanso eterno devido ao sofrimento extremo, perda da vontade de viver). /// **5) Alimentação** – ingestão de alimentos para manter a energia, a massa corporal e a sobrevivência. Identificar situações relacionadas ao apetite; inapetência; polifagia; disfagia; epigastria; uso de cateteres ou tubos para alimentação. SNG / gastróstomo. Especificar o que e quanto consumiu. Evitar ostermos “baixa” aceitação, “boa” aceitação alimentar. Esse tipo de termo não fornece parâmetros confiáveis, o que é pouco para você, pode não ser para o outro. De preferência, tente mensurar em números ou p. ex., “aceitou 1/3 da dieta”. Recusou a dieta? Qual o motivo? Está em jejum? Especificar no início da anotação o motivo, se é para cirurgia, tipo de cirurgia, ou se é para algum exame. /// **6) Autoimagem** – Como a pessoa se percebe no seu bio-psico-socio-culturo-espiritual. /// **7) Autoestima (status)**- Situações limitadoras da sua busca de sucesso e da felicidade, que geram os complexos de inferioridade e de superioridade. /// **8) Auto realização** – Satisfação na busca de seus objetivos pessoais e profissionais e posição alcançada e reconhecimento pelos seus pares e pela sociedade. /// **9) Aprendizagem** – Sobre si, sobre a doença, sobre riscos à saúde, sobre a terapêutica medicamentosa etc. Orientações dadas, as condutas adotadas e os Resultados das mesmas. /// **10) Atenção** –necessidade de ser vista e ouvida em relação ao seu problema de saúde, motivo que o levou a buscar ajudar, exclui-se aqui a

transtorno de personalidade que necessita de assistência psicológica. /// **11) Aceitação** – necessidade de ser aceito e acolhido da forma em que se encontra seja sujo, mal-cheiroso, delinqüente /criminoso, mal vestido ou mesmo ao contrário, no sentido de receber o tratamento para a situação que o levou a procurar ajuda. /// **12)Abrigo** – Local onde a pessoa será atendida, acolhida, recebida, tratada. /// **13)Ambiente** – Moradia – Identificar tipo de moradia, seus cômodos, localização, existência de saneamento básico: água encanada, rede de esgoto, sistema de recolhimento de lixo, luz elétrica, etc. (**ACOLHIMENTO** (=relativo a contemplar as NHB de Aceitação (vida familiar; vida na comunidade; vida no trabalho); Abrigo; Atenção e Amor) e Segurança Emocional – Atitude relacional entre o profissional, a família e o Paciente na conquista da sua Confiança e fé (crença de que está sendo cuidado por uma equipe competente e capaz de resolver seu problema de saúde)). /// **14)Eliminações** – (Intestinais, vesicais e sudoríparas) – Informações sobre evacuações: frequência; características; quantidade; alterações. Micções: frequência; características. Quantidade e alterações. Menstruação: DUM; hábitos e Alterações. (Vesical - Espontânea? Por sonda vesical de demora? por sonda vesical de alívio? Com coletor? Cistostomia? Quantidade? Mensurar o volume em ml, sempre que mantiver sonda, estiver em controle de diurese ou em balanço hídrico. Quais as características? Coloração (amarelo-claro, escuro, alaranjado)? Odor (fétido, característico)? Presença de anormalidades? Hematúria? Piúria? Disúria, resíduos?). (Intestinal - Presente? Ausente? Há quantos dias? Via de eliminação em caso de Ostomia, descrever qual- Ileostomia, jejunostomia, colostomia. Episódios: Geralmente na 1ª anotação registra o paciente referiu, mas nos respectivos horários, descreve-se após cada episódio. Quantidade: pequena, média ou grande quantidade. Consistência: Pastosa? Líquida? semi-pastosa? Qual frequência? Características: Coloração, odor, consistência, quantidade. Queixas). /// **15)Estado Mental - Orientação no Tempo e no Espaço (OTE)**- Avaliar grau de orientação no tempo e no local, avaliar memória, etc. Avaliação da orientação no tempo: “Que dia da semana estamos?” . Avaliação da orientação no espaço: “Onde você está?” . /// **16)Exercícios e Atividades Físicas** – Levantar prática de atividades físicas X sedentarismo. Levantar tipo de atividades e frequência. /// **17)Terapêutica** – Levantar uso de medicamentos, se prescritos ou de uso voluntário; avaliar uso adequado dos medicamentos. Levantar alergias a medicamentos. /// **18)Isolamento Social para Reflexão** – levantar o uso desses momentos íntimos, associar às causas (religiosas, sexualidade, etc.). /// **19) Isolamento Físico – Isolamento protetor (terapêutico)**.Para evitar contrair infecções e/ou disseminá-las para o ambiente ou outras pessoas. /// **20)Integridade Cutaneomucosa** – Integridade da pele (integridade cutaneomucosa): Inteira? Lesão? Observar lesões na pele e mucosas avaliar causas e tipos de lesões, flebites, cicatrizes, calosidades, rachaduras, hematoma, icterícia, prurido, edema, palidez, cianose, úlceras (varicosa / de pressão), escoriação, hiperemia, turgor da pele; uso de drenos/ cateteres, estomas, Cavidade Oral e mucosa do sistema geniturinário (inflamações, irritações) Mamas: lesões, massas e nódulos, etc.- USAR a ESCALA de RISCO para CONTRAIR ÚLCERAS de PRESSÃO (Escala de Norton). Em caso de lesão- Especificar: Tipo, tamanho, localização e outras características, se houver. Neste caso utilizamos o termo “Apresenta”. P. Ex.: “Apresenta lesão escoriativa, de 4,0 x 5,2 cm, em região Antero-medial da perna D, com exsudato seroso, em pequena quantidade (quando não for possível mensurar o volume em ml).” Hemorragia, edema, descamação, hematoma, incisão cirúrgica, cicatriz. ///**21)Integridade física** – Observar e

questionar presença cansaço aos esforços; estase jugular; presença de fraturas ósseas, leões musculares (atrofias), leões de tendões e articulações; Força muscular (redução); Tônus muscular (redução); câimbras; Lombalgias; Dentição; Prótese. Presença de massa palpável na Cavidade Abdomine; Abdomine: Plano x Globoso x distendido x flácido x indolor x doloroso à palpação; hepatomegalia; esplenomegalia; Circunferência Abdominal; membros aquecidos; temperatura diminuída na região /// **22)Acuidades** -Sentidos (órgãos dos) – Observar deficiências na visão, na audição; acuidade (normal / alterada) órteses. No tato, no olfato e no paladar. /// **23)Comunicação** – Modos usados para se comunicar (verbal e não-verbal) com as pessoas e com o mundo; AVE com perda da voz; Estrangeiros etc.. /// **24) Criatividade** – Buscar as formas e os meios usadas pelo paciente para expressar a sua imaginação, habilidades, criatividade. /// **25)Regulação (envolvendo o sistema neurovegetativo, ele não é controlado pela vontade do ser humano)** - Regulação Venosa – Contração – descontração vascular – Influenciando na Pressão arterial), pele (corada x descorada= perfusão periférica); sudorese; pele fria, pele pegajosa; Imunológico (ALERGIAS - reação de autoproteção provocado por reações alérgicas ou de uso de imunobiológicos – Vacinas), presença de Linfonodos; Regulação Neurológica (estímulos dolorosos, dormências, etc.); Regulação Hormonal (TSH, T3,T4, Insulina, Vitamina D, etc.); Regulação Hídrica (retenção ou eliminação de líquidos –Renal; sudorese); Regulação da Temperatura (hipotermia, hipertermia, febre intermitente); Regulação do Crescimento celular (Mitose, Meiose); Regulação Eletrolítica (captura dos eletrólitos nos alimentos). /// **26)Recreação e Lazer** – Identificar os hábitos e frequência de atividades de lazer (jogos, viagens, TV, revistas). /// **27)Fé**- Cresças em culturais e/ou religiosas; vida religiosa/ crença de que a equipe de saúde esta pronta e devidamente preparada para resolver seu problema de saúde. /// **28) Filosofia de Vida**→ opção de ser entendido e respeitado por suas escolhas e atitudes./// **29) Gregária** – Capacidade de socialização, de interação com as pessoas, grau de timidez. /// **30)Oxigenação** – Observar perfusão nas extremidades, coloração das mucosas, se usa oxímetro digital (PCo2> 96%); eupneia, dispneia, ortopneia, respiração com prótese; etc. /// **31)Liberdade** – Avaliar capacidade para decidir sobre condutas e realização de procedimentos invasivos durante a hospitalização e/ou acompanhamento do seu problema de saúde./// **32) Locomoção** – Capacidade de deslocamento de um lugar para o outro, se necessita de cadeira de rodas, macas, carro, ambulância etc.. /// **33)Hidratação** – capacidade e adequação de ingerir líquidos para manter o corpo saudável; média de ingesta hídrica por dia./// **34) Higiene Corporal / Cuidado corporal** – Necessidade e Capacidade de realizar higiene dos cabelos (avaliar características: secos, oleosos, longos, caspas, pedículos /lêndeas, seborréia, textura do cabelo, lesão no couro cabeludo); higiene das cavidades auricular; nasal; olhos; Oral – dentição/ leões na mucosa -gengivas; banho /higiene da pele/ corpo; higiene íntima; unhas dos pés e mãos aparadas e limpas; se homem barba feita; mulher tricotomia das axilas; estado geral; vestuário etc. /// **35)Deambulação** – avaliar a capacidade de deambular com as próprias pernas (dependente x independente); alinhamento e equilíbrio quando em pé e caminhando; Uso de artefatos; Acamado. Avaliar se é deambulante? Tipo de marcha? Deambula com dificuldade? Com auxílio da Enfermagem? Locomove-se em cadeira de rodas? Com auxílio de muletas, bengala ou andador? /// **36)Sinais Vitais** – Temperatura (aferição com termômetro em mais de um ponto se necessário (axilar, oral, retal); Pulso (Radial, poplíteo, femoral, pedioso, apical com estetoscópio; ritmo, assistolias, bigeminismos,

sopros, etc.); Frequência Respiratória(eupneia; dispneia; ortopneia; traqueostomia; TOT; Ventilação mecânica); Expansão do Tórax: Simetria / Assimetria; Tosse; Expectorações (características); murmúrio vesicular; Ruídos Adventícios; roncos; Estertores; Sibilos e Pressão Arterial. Dor: Localização; Características; Fatores de Melhora; Fatores de Piora; Intensidade (EVA – 0 a 10). /// **37)Segurança Emocional (Estado Emocional)** – Levantar medos, inseguranças vinculadas ao seu estado de saúde; estado emocional aparente. - Calmo? Apático? Alegre? Preocupado? Hostil? Agitado? Qual o comportamento que retrata o estado emocional do paciente? Por exemplo: “Refere estar triste longe dos filhos e choroso durante o diálogo”. /// **38)Segurança Física** – Prevenção de riscos [biológicos (infecções); químicos, físico-ambientais, mecânicos, ergonômicos e de estresse]; Riscos (de infecção; riscos de atrofias pela imobilidade: riscos de acidentes; riscos de conflitos, etc.); imunizações: hepatite; gripe; tétano; exames (médico e odontológico) periódicos; etilismo; tabagismo; uso de drogas ilícitas./// **39)Sono e Repouso** – Levantar insônia, período de sono, se usa medicamentos para dormir. Levantar horário que costuma dormir; tempo de sono/ período de sono; hábitos: dorme durante o dia; uso de medicamentos para dormir (qual?). ///**40) Sexualidade** – Atividade (ativo x inativo); relacionamentos, preferências sexuais, uso de preservativos, parceiros etc. /// **41)Segurança Física / Segurança do Paciente**→ Prevenção de Riscos= Associados à Segurança do paciente – Seis eixos da OMS encampados pelo MS: Identificação do Paciente; Comunicação efetiva; Uso seguro de medicamentos; Cirurgia segura, Higienização das mãos, prevenção de quedas e de úlceras por pressão. /// **42) Participação** → Necessidade de contribuir, ajudar, participar em um grupo social ou produtivo. ///**43)Nutrição** – Ingestão equilibrada de alimentos com o conjunto de nutrientes essenciais a manutenção da qualidade de vida do ser humano (protédeos, glicídios, lipídios, sais minerais, vitaminas, fibras(celulose) e água). USAR o $IMC = P / H^2 \rightarrow +/- 25$ /// **44)Nível de Consciência** - usar a escala de Glasgow – Observar grau de consciência; ausência de resposta (verbal, dolorosa); confusão; sonolência; torpor; inconsciência; sedação; Glasgow. Pupilas: isocóricas; Anisocóricas; Midriáticas; Mióticas. Qual nível de consciência do paciente? Letárgico? Obnubilado? Torporoso? Comatoso?

ANEXO V- RECEITUÁRIO


Universidade do Estado do Rio de Janeiro
 Centro Biomédico
 Faculdade de Enfermagem



CONSULTA DE ENFERMAGEM

NOME: _____ Registro: _____
 INTERVENÇÕES / ATIVIDADES = PRESCRIÇÕES

Data: ___/___/___ Assinatura: _____ Carimbo: _____

ANEXO VI- MAPA DE CONTROLE ESTATÍSTICO



PROJETO: Técnicas e Estratégias de Melhoria dos Processos de Trabalho em Unidades de Saúde
-MAPA ESTATÍSTICO – CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM NA RUA

Iniciais	Sexo	Idade	Profissão	Diagn. Enfermagem	Diagn. Médico	Sinais Vitais	Principais Intex. / Atividades	Início	Término	Profissional

CAPÍTULO 20

ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA SOBRE IDOSOS E INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

Data de aceite: 03/10/2022

Data de submissão: 20/09/2022

Daniel Monteiro Constant

Universidade Federal de Alagoas
Maceió - Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/7187837744021582>

Bianca Accioli Tavares

Universidade Federal de Alagoas
Maceió - Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/0758065548048174>

Isabela Regina Vieira Barbosa

Universidade Federal de Alagoas
Maceió - Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/6363843286205503>

Josué De Oliveira Leitão

Universidade Federal de Alagoas
Maceió - Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/0263689799115590>

Amanda Karoline da Silva Pedrosa

Universidade Federal de Alagoas
Maceió - Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/2005754735183512>

Maria das Graças Monte Mello Taveira

Universidade Federal de Alagoas - Faculdade
de Medicina
Maceió - Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/1362997695876413>

Priscila Nunes de Vasconcelos

Faculdade de Medicina da Universidade
Federal de Alagoas
Maceió – Alagoas
0000-0003-4376-4740

Divanise Suruagy Correia

Faculdade de Medicina da Universidade
Federal de Alagoas
Maceió – Alagoas
0000-0001-7293-4169

Ricardo Fontes Macedo

Universidade Federal de Alagoas
Maceió - Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/1703474042844293>

Sandra Lopes Cavalcanti

Universidade Federal de Alagoas
Maceió - Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/4245346249709212>

RESUMO: O Brasil está passando por um processo de envelhecimento da população, como parte da transição etária. Nesse contexto, as Instituições de Longa Permanência desempenham papel importante no cuidado dessa população. Assim, se faz necessário conhecer a produção científica sobre o tema. Com esse objetivo, foi realizado um estudo bibliométrico dos artigos publicados para entender a produção e o perfil dos estudos em língua portuguesa entre 2016 e 2022 na base de dados Biblioteca Virtual Em Saúde. Foram encontrados 270 publicações, que foram divididas em 7 temáticas: Funcionalidade (43 artigos), Cuidadores/cuidados (67 artigos), Doenças específicas (23 artigos), Covid-19 (15 artigos), Saúde mental (20 artigos), Perfil dos idosos (31 artigos) e Intervenções terapêuticas (34 artigos), e aquelas que não se encaixaram em nenhuma delas foram postas numa categoria denominada “outros” (37 artigos). Conjuntamente

foi realizada uma análise de redes com *clustering* utilizando as palavras-chave dos estudos. Também foram analisadas as revistas e os autores com maior número de publicações, assim como a produção de cada ano pesquisado. Foi visto que o número de estudos vem decaindo, o que vai na contramão do envelhecimento populacional e da relevância das Instituições de Longa Permanência para acolher esses idosos. Isso demonstra a necessidade de maior investimento na produção científica dentro desse tema, para melhor compreender a realidade dessa população e os cuidados prestados a ela.

PALAVRAS-CHAVE: Bibliometria, Idosos, Instituições de Longa Permanência, Saúde, Cuidado.

BIBLIOMETRIC ANALYSIS ABOUT THE AGED AND LONG STAY INSTITUTIONS

ABSTRACT: Brazil is going through a process of aging of its population, as part of its demographic transition. In this context, Long Stay Institutions play an important role in the care of this population. Therefore, it is necessary to know the scientific production about the subject. With this goal, an bibliometric study was made of the articles published to understand the production and the profile of the studies in the portuguese language between the years of 2016 and 2022 on the Biblioteca Virtual Em Saúde database. 270 publications were found, which were divided in 7 themes: Functionality (43 articles), Caretakers/Care (67 articles), Specific diseases (23 articles), COVID-19 (15 articles), Mental health (20 articles), Profile of the elderly (31 articles) and Therapeutic interventions (34 articles), and those that did not fit any of them were placed in a category called “Others” (37 articles). At the same time, a network analysis with clustering of the keywords of the studies was made. The journals and authors with the largest number of publications were also analyzed, together with the production of each year researched. It was seen that the number of studies has been falling, which goes in the opposite direction of the population’s aging and the relevance of Long Stay Institutions to foster those people. That shows the necessity of bigger investments in scientific production on the subject, to better understand the reality of this population and the care provided to them.

KEYWORDS: Bibliometrics, Aged, Long stay institutions, Health, Care.

1 | INTRODUÇÃO

Mundialmente, é evidente a transição da pirâmide etária, com redução na taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida, sendo mais expressiva em países em desenvolvimento. Não diferentemente, no Brasil, há um crescimento da população idosa que deriva da combinação e modificação de diversos fatores e variáveis (OLIVEIRA, 2019). Esse crescimento exponencial pode ser visto em dados da Revista de Saúde Pública divulgados em 2009, os quais mostram que o número de idosos no Brasil passou de 3 milhões, em 1960, para 20 milhões em 2008, representando um aumento de quase 700% em menos de 50 anos.

Segundo dados do IBGE, divulgados em 2012, dos 195,2 milhões de habitantes do Brasil, 12,1% são compostos de idosos. As projeções indicam que em 2050, a população idosa irá superar a proporção de jovens, chegando a cerca de 38 milhões de pessoas com

60 anos ou mais idade (BRASIL, 2012). Porém, essas mudanças trazem desafios quanto a reorganização de políticas públicas, principalmente no que diz respeito ao setor de saúde, estando este despreparado para atender à crescente demanda da população que se torna cada vez mais envelhecida e com um sobrecarga de doenças crônico-degenerativas. (TORRES ET AL., 2020)

Os problemas de saúde comuns da idade em conjunto com a instabilidade socioeconômica, fazem com que os longevos se tornem mais dependentes dos seus familiares, os quais nem sempre estão aptos a assumir o papel de cuidador, aumentando a procura pelas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Estas instituições são residências coletivas públicas ou privadas, destinadas a oferecer alimentação, moradia e lazer a idosos em situação de carência de renda e/ou família, sejam eles dependentes ou independentes para a realização das atividades diárias (LACERDA ET AL., 2017).

De modo geral, os longevos encaminhados para as ILPIs possuem problemas relacionados à redução da capacidade funcional, distúrbios psiquiátricos ou cognitivos, como depressão e demência, e outros problemas de saúde. Além disso, é comum observar que o perfil mais comum é: sexo feminino; idade média de 70 anos; solteiro e sem filhos ou viúvo recente, sem apoio social e familiar, analfabetos e não dispor de boas condições econômicas (BARBOSA ET AL.; 2018).

Nesse cenário, temos como objetivo analisar a produtividade e o perfil dos estudos sobre idosos em instituições de longa permanência, porque é importante o entendimento do estado da ciência e a identificação das lacunas científicas.

2 | METODOLOGIA

Para o estudo bibliométrico foi escolhida a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no endereço <https://bvsalud.org/>, na qual se utilizou os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “Instituição de longa permanência” e “Idoso”. Foram considerados como critérios de inclusão artigos publicados a partir de 2016 e em língua portuguesa, e como critérios de exclusão artigos duplicados ou cujo tema principal são idosos fora de ILPIs ou que abarcam ILPIs para outras categorias que não idosos. Com isso, foi configurada uma estratégia de busca com o seguinte formato: “(instituição de longa permanência) AND (idoso) AND (la: (“pt”)) AND (year_cluster:[2016 TO 2022])”.

A busca foi realizada no dia 24 de julho de 2022, com os resultados sendo exportados no formato RIS e adicionados ao software Mendeley Reference Manager para retirada de duplicatas e fugas à temática de idosos e ILPIs.

Para a análise de produtividade foram avaliados o número de publicações totais, o número de publicações por ano, as revistas com maior número de publicações e os autores com maior número de publicações. A tabulação desses dados foi feita utilizando o software Microsoft Excel, assim como para a confecção das respectivas figuras. Na análise

das temáticas de cada publicação os avaliadores utilizaram também o software Mendeley Reference Manager para classificar manualmente os artigos dentro de seis categorias: Funcionalidade, Cuidadores/cuidados, Doenças específicas, Covid-19, Saúde mental, Perfil dos idosos e Intervenções terapêuticas. Essa divisão foi formulada pelos pesquisadores de forma a abranger diferentes aspectos da saúde de idosos em ILPIs de uma forma que seja compreensível e descreva adequadamente sobre o que cada artigo se debruça.

As publicações que não se adequaram dentro de nenhuma dessas categorias foram agrupadas em uma categoria denominada “outros”. Dentro dessa categoria, assuntos que se repetem são violência dentro a população idosa institucionalizada, saúde bucal, o cuidado de idosos participantes da comunidade LGBT gestão das ILPI e estudos reflexivos sobre o envelhecer e o viver nas ILPI, dentre outros.

Para complementar a análise do perfil das publicações foi feita uma análise de redes com clustering utilizando as palavras-chave de cada artigo fornecidas pela BVS no software VOS Viewer, formando uma rede dentro dos 50 descritores mais comuns dentre os artigos.

3 | RESULTADOS

Após a busca inicial com os termos (Instituição de longa permanência) AND (Idoso), foram encontrados 14.428 resultados, aplicando os filtros de artigos de 2016 a 2022 e em língua portuguesa, foram encontrados 305 artigos. Desses, 27 publicações foram excluídas por serem duplicatas e 8 publicações por não se adequarem como artigos científicos sobre idosos em ILPIs de variados temas, 1 publicação sobre adolescente em ILPIs, 1 publicação sobre idosos fora das ILPIs, 2 publicações sobre normas técnicas estaduais ou federais no qual totalizam 270 artigos.

Conforme a imagem da Figura 1 o ano de 2016 o ano com maior número de artigos publicados com 64 artigos, representando 23,70%, seguido do ano de 2017 com 48 artigos, representando 17,78% das publicações totais analisadas.

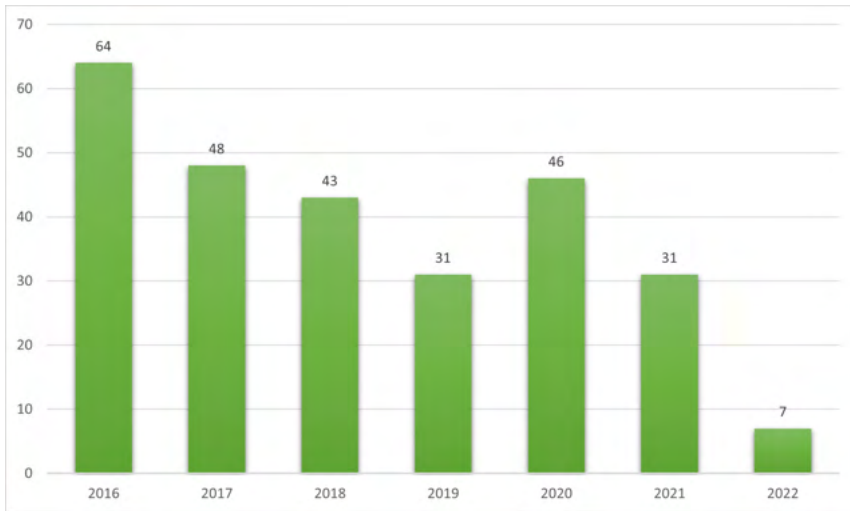


Figura 1. Número de publicações sobre idosos em ILP de 2016 a 2022 na base de periódicos da BVS.

Fonte: Elaborado pelos autores.

De acordo com a temática dos artigos, Saúde mental apresenta 20 (7,41%) artigos, perfil dos idosos 31 (11,48%), Intervenções terapêuticas 34 (12,59%), Funcionalidade 43 (15,92%), Doenças específicas 23 (8,52%), Cuidadores/Cuidados 67 (24,81%), Covid-19 15 (5,55%), Outros: 37 (13,70%) dos artigos selecionados a partir do ano de 2016.

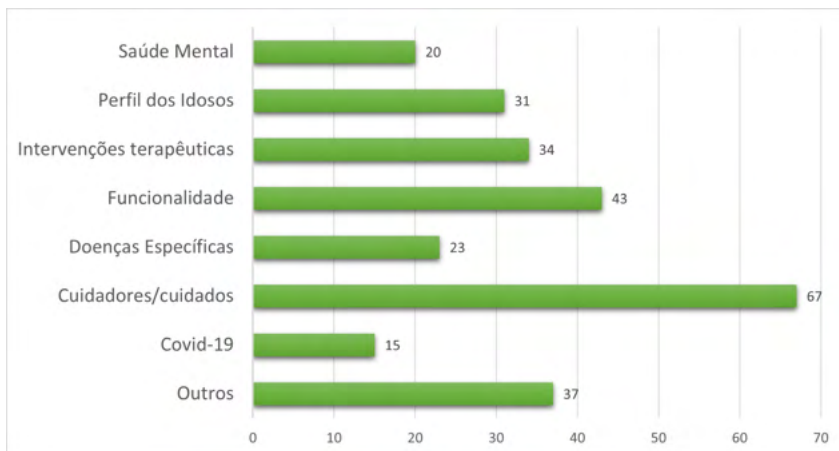


Figura 2: Distribuição por temáticas do número de publicações sobre idosos em ILP de 2016 a 2022 na base de periódicos da BVS.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Ademais, foi pesquisado os autores com maior número de artigos publicados no período analisado sendo que de acordo com a tabela 1 os autores com maior quantidade

de publicações foram Doring, Marlene, Jerez-Roig, Javier, Lima, Kenio Costa de, Portella, Marilene Rodrigues, Santana, Rosimere Ferreira com 6 artigos publicados.

Autor	Número de Publicações
Doring, Marlene	6
Jerez-Roig, Javier	6
Lima, Kenio Costa de	6
Portella, Marilene Rodrigues	6
Santana, Rosimere Ferreira	6
Andrade, Fabienne Louise Juvêncio Paes de	5
Borges, Cíntia Lira	5
Carreira, Lígia	5
Ferreira, Lidiane Maria de Brito Macedo	5
Freitas, Maria Célia de	5

Tabela 1. Distribuição do número de publicações dos 10 autores com mais publicações sobre idosos em ILP de 2016 a 2022 na base de periódicos da BVS.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A figura 3 evidencia as revistas com maior número de publicações no período analisado sendo a revista de destaque a Revista de Enfermagem UFPE com 23, seguido da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia com 22, Revista Kairós Gerontologia com 19, Ciência & Saúde Coletiva com 17 artigos publicados.

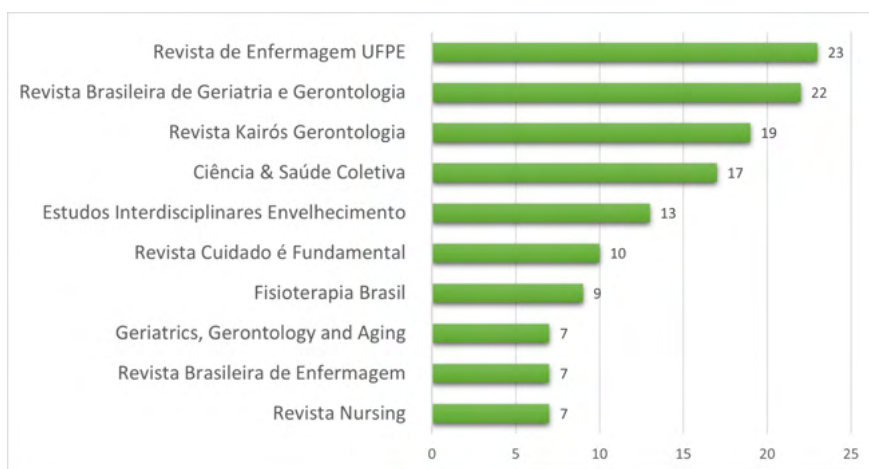


Figura 3: Revistas com maior número de publicações sobre idosos em ILP de 2016 à 2022 na base de periódicos da BVS.

Fonte: Elaborada pelos autores.

A figura 4 mostra uma rede com as 50 palavras-chave mais comuns entre os artigos, divididas em 6 *clusters* interligados entre si. Os termos mais comuns são: Idoso, humanos, instituição de longa permanência para idosos, feminino, masculino, idoso de 80 anos ou mais, saúde do idoso institucionalizado, pessoa de meia-idade, estudos transversais e qualidade de vida.

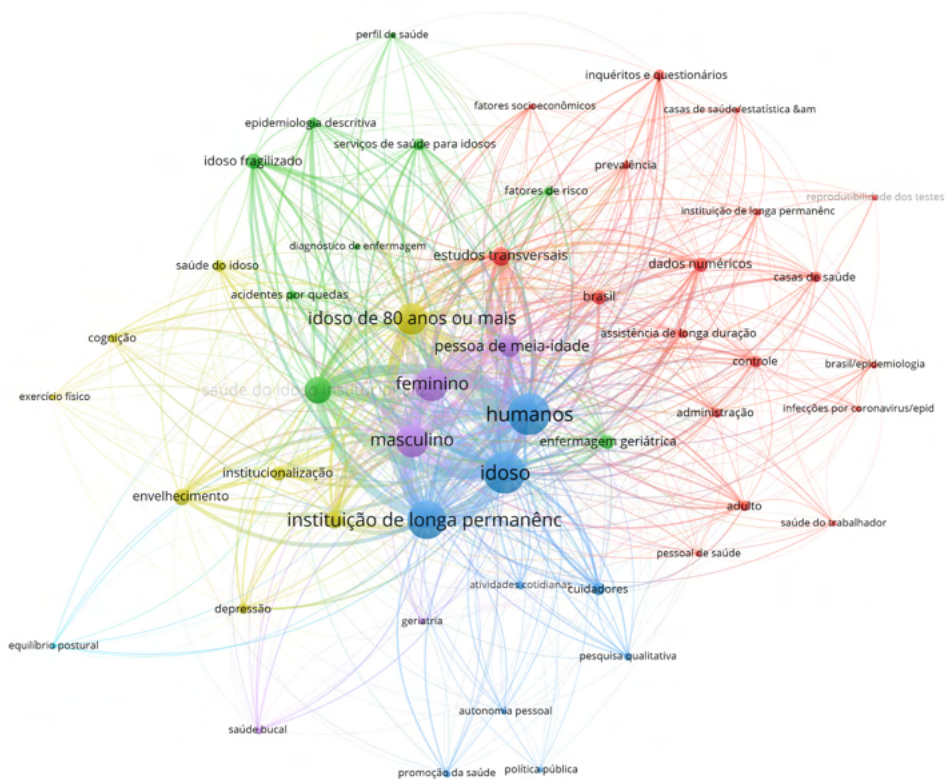


Figura 4. Rede de palavras-chave dos artigos sobre idosos em ILP de 2016 à 2022 na base de periódicos da BVS.

Fonte: Elaborada pelos autores.

4 | DISCUSSÃO

4.1 Produtividade

A BVS é uma base de dados cuja maior parte da sua produção compreende artigos

de países latino-americanos, porém que aceita artigos de todos os países. Devido a isso, o filtro de busca pela língua portuguesa permitiu que 5 dos 270 resultados fossem de Portugal, sendo os outros todos de periódicos e repositórios brasileiros.

O número de publicações ao longo dos últimos 5 anos (2016-2021) vem apresentando uma queda, apenas com um aumento pontual em 2020, devido às publicações sobre COVID-19 realizadas a partir desse ano, como mostrado no levantamento dos eixos temáticos. O número de publicações do ano de 2022 está muito abaixo dos anos anteriores devido ao levantamento dos dados ter sido limitado aos meses de janeiro a julho, mas, ainda assim, o número de publicações provavelmente seguirá a tendência de queda dos outros anos, se a produção de estudos nos próximos meses for proporcional aos primeiros 7 meses do ano (foram publicados apenas 7 artigos).

A tabela 1, com os autores com maior número de publicações, indicam os 10 pesquisadores que mais se dedicaram à produção científica sobre o tema nos últimos 6 anos e mostram uma variedade de autoria, com autores mais prolíficos, porém com volume relativamente homogêneo, possuindo os primeiros 5 autores, 6 artigos publicados por autor, e os 5 seguintes, 5 publicações cada.

A figura 3 indica as 10 revistas mais produtivas na temática, e mostram que as revistas relacionadas à geriatria e à gerontologia e as relacionadas à enfermagem constituem a maioria (8 revistas), a exemplo da Revista Enfermagem UFPE; Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia; e Revista Kairós Gerontologia, sendo as outras duas revistas relacionadas à saúde coletiva e à fisioterapia.

4.2 Perfil

As temáticas mais abordadas estão presentes na figura 2 e são: o cuidado prestado nessas instituições (sendo o tema com maior número de publicações); funcionalidade dos idosos; intervenções terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas; levantamentos sobre o perfil dos integrantes dessas instituições; saúde mental; COVID-19; e doenças ou quadros clínicos específicos.

A temática “cuidadores/cuidado” engloba assuntos relacionados a visão dos cuidadores sobre o cuidado prestado nas ILPIs, seus conhecimentos sobre práticas específicas (como cuidados paliativos, prevenção de quedas, contenção física, cuidados nutricionais) e desafios enfrentados no exercício diário de suas atividades. Além disso, os artigos sobre o cuidado prestado nas ILPI trazem assuntos associados a: práticas de educação em saúde e promoção da saúde; avaliação da assistência oferecida nesses ambientes e da qualidade de vida dos idosos residentes. Essa temática teve a maior produção de artigos (67), o que é reflexo do aumento global da população idosa e, portanto, da importância das ILPI (DERHUN *et al*, 2018), sendo extremamente relevante a continuidade de investimentos em pesquisas sobre como está sendo realizado o cuidado dessa população, além de estudos sobre os profissionais envolvidos nesse cuidado.

A temática “funcionalidade” engloba aspectos como cognição, fragilidade e mobilidade. Alguns assuntos envolvidos são: quedas; nível de dependência; capacidade cognitiva e funcional; e síndrome da fragilidade. Essa foi a segunda temática com o maior número de publicações (43), e essa grande produção justifica-se pela relação direta entre a diminuição do estado cognitivo e da capacidade funcional e a queda da autonomia e da independência, o que resulta muitas vezes na institucionalização (SOARES *et al.*, 2021), explicando a importância de estudos sobre essas condições dentro dessa população.

Quanto ao tema de intervenções terapêuticas, os estudos incluem diversos assuntos e tipos de intervenções: musicoterapia; exercícios físicos; farmacoterapia; e atividades lúdicas. As intervenções estão relacionadas a diversas questões de saúde, como ansiedade, qualidade de vida, capacidade cognitiva e física. Essa temática é de grande relevância e apresenta uma diversidade de focos de estudo, uma vez que além de a população idosa ser a mais acometida por doenças crônicas não transmissíveis (GUIMARAES *et al.*, 2016), o que gera a prática de polifarmácia e suas consequências danosas (ALECRIM *et al.*, 2016), a institucionalização também afeta a qualidade de vida e as condições emocionais e psicológicas dessas pessoas (MACHADO, 2021), o que justifica a necessidade de cada vez mais investimentos em diferentes abordagens terapêuticas para atingir à atenção integral em saúde nesse grupo.

Já no tema “doenças específicas”, foram incluídos artigos que abordam doenças, queixas ou quadros clínicos específicos na população idosa institucionalizada. Dentre os assuntos, foram vistos com maior frequência: disfagia; problemas auditivos; queixas relacionadas à saúde bucal; e incontinência urinária. Estudos apontam que 80% dos idosos apresentam pelo menos uma enfermidade, conseqüente de fatores genéticos e do estilo de vida que o indivíduo levou durante anos (RODRIGUES, & OLIVEIRA, 2016), e esse dado reforça a necessidade do desenvolvimento de mais estudos sobre a saúde desse grupo, em especial dentro das ILPI. Por exemplo, é visto que os dados epidemiológicos sobre a saúde bucal de idosos institucionalizados são escassos (SILVA, 2016), apesar de essa população apresentar condições bucais mais desfavoráveis que os residentes na comunidade (AGUIAR *et al.*, 2017), cenário que ressalta a carência de pesquisas em saúde focadas neste grupo.

O tema “perfil dos idosos” inclui os artigos que fizeram levantamentos do perfil dos idosos institucionalizados em relação a características sociodemográficas, condições clínicas, estado nutricional, qualidade de vida, epidemiologia, além de artigos que levantaram dados sobre a caracterização das ILPI em relação a distribuição espacial, gestão e tipo de assistência prestada, por exemplo. Devido a grande heterogeneidade dos residentes das ILPIs em suas condições de saúde, considerando que sua admissão pode ser determinada tanto por questões relacionadas à perda de autonomia, dependência e falta de suporte familiar, quanto por aquelas de cunho de assistência social (HADDAD; CALAMITA, 2020), é notável o grande valor dos estudos com levantamentos de características dos moradores

dessas instituições para o investimento em um cuidado mais eficiente e direcionado.

O tema de saúde mental envolve principalmente artigos sobre depressão e sintomas depressivos (fatores de risco, prevalência, fatores associados), havendo também estudos sobre ideação suicida, ansiedade e sobre os aspectos emocionais da institucionalização. Apesar da presença de sintomas depressivos e de depressão ser um achado frequente entre os idosos institucionalizados (CARVALHO *et al.*, 2020; JÚNIOR; GOMES, 2016), a temática de saúde mental esteve presente em apenas 20 artigos, o que mostra a necessidade de um maior investimento em estudos nessa área na língua portuguesa.

Em relação ao tema “COVID-19”, presente em artigos produzidos nos anos de 2020, 2021 e 2022, foram encontrados estudos sobre a prevenção e o controle da contaminação dos idosos nas ILPI, além do impacto da infecção na mortalidade nessas instituições. Tendo em vista a grande vulnerabilidade dessa população e as dificuldades da aplicação de medidas preventivas nessas instalações (WACHHOLZ *et al.*, 2022), é notável que o número de artigos em língua portuguesa (15) poderia ter sido maior frente à relevância do tema nos últimos 3 anos.

Quanto à temática “Outros”, foram incluídos artigos de diversos assuntos que não apresentavam um número expressivo e que não se encaixavam nos demais eixos temáticos. Alguns assuntos que se repetiram dentro desse grupo foram: violência dentre a população idosa institucionalizada; o cuidado de idosos participantes da comunidade LGBT; gestão e avaliação do funcionamento das ILPI; e estudos reflexivos ou qualitativos sobre o envelhecer e o viver nas ILPI. Este último foi o assunto com o maior número de artigos do grupo (8), sendo composto por: relatos de experiência em relação a institucionalização sob a perspectiva dos idosos ou dos familiares; estudos qualitativos para avaliar a experiência subjetiva de idosos diante de sua institucionalização e a percepção de sua identidade na sociedade, e também sobre o processo familiar da decisão de institucionalização e as consequências destas no laço afetivo da família com o idoso; estudo reflexivo sobre a vivência nas ILPI; e estudo fenomenológico (filosófico) sobre o “ser-pessoa-idosa” dentro das ILPI. As pesquisas de natureza mais reflexiva tornam-se muito valiosas, pois a institucionalização pode representar um rompimento brusco de vínculos, e entender o impacto desse processo para o idoso e sua família, assim como compreender esta população em suas dimensões existencial e de subjetividade, é essencial para a busca da ampliação do cuidado digno desse grupo (REIS, 2018).

Paralela à divisão em categorias, há a rede de palavras-chave da figura 4, que traz as relações entre as 50 palavras-chaves mais comuns nos artigos. No centro estão concentrados os termos mais abrangentes que possuem grande volume por figurarem na maioria das pesquisas, como por exemplo “idoso”, “humanos”, “Instituição de longa permanência” e “Saúde do idoso institucionalizado”. Esses termos estão concentrados nos *clusters* azul e roxo (em menor grau verde e amarelo), além de possuírem elos fortes entre si, por aparecerem frequentemente associados, mas também possuem alta capilaridade,

sendo interrelacionados com muitos termos na periferia da rede.

Isso demonstra como os termos centrais se referem à área como um todo, ou seja, idosos e ILPIs, figurando de uma forma ou outra na maioria dos artigos, enquanto os termos ao redor, de menor volume, dizem respeito às temáticas específicas que cada publicação aborda dentro dessa área, com recortes como “Equilíbrio postural”, “saúde bucal” e “política pública” (nos *clusters* ciano, roxo e azul, respectivamente). A partir da análise dos termos presentes nesses limites da rede e também dos *clusters* aos quais foram agrupados é possível depreender também elementos importantes do perfil da produção científica nessa área.

O *cluster* com o maior número de elementos é o de cor vermelha, cujos termos se referem principalmente a elementos de metodologia e análise dos artigos, como “estudos transversais”, “prevalência”, “dados numéricos” e “inquéritos e questionários”. O *cluster* amarelo possui em comum temas relacionados a temas de saúde mental e funcionalidade, com termos como “depressão”, “cognição” e “exercício físico”. Já no *cluster* verde possui destaque conceitos relacionados ao entendimento dos serviços oferecidos pelas ILPI e dos próprios idosos, como se vê em “serviços de saúde para idosos”, “saúde do Idoso institucionalizado”, “perfil de saúde”, “enfermagem geriátrica” e “fatores de risco”.

5 | CONCLUSÃO

Desde 2016 houve uma grande produção de artigos em língua portuguesa sobre idosos em ILPIs, porém, tem se observado uma tendência de queda nos últimos anos, atenuada pelo interesse acadêmico em pesquisar sobre a emergente pandemia da COVID-19.

Por fim, percebe-se a relevância de conhecer e mapear o panorama científico da área, para melhor compreender a realidade desses ambientes e intervir de forma eficaz na saúde dos idosos institucionalizados. O aumento dessa população contrasta com a estagnação na produção acadêmica, o que deve continuar sendo acompanhado. Para isso, a análise bibliométrica se mostra uma ferramenta valiosa. Estudos posteriores são necessários para compreender se essa tendência de redução é restrita à língua portuguesa ou ocorre globalmente.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Maria Cecília Azevedo de *et al.* **Halitosis and associated factors in institutionalized elderly persons.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, [S.L.], v. 20, n. 6, p. 856-868, dez. 2017.

ALECRIM, J. de S. *et al.* **Avaliação da farmacoterapia empregada em residentes de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos.** Revista Kairós Gerontologia, 2016, vol. 19 (3), pp. 113-133.

BARBOSA, RL et al. **Perfil sociodemográfico e clínico dos idosos de um Centro de Convivência.** Revista Kairós-Gerontologia, 2018. 21(2): 357-373.

BATISTA, A. S. **Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social.** Brasília, DF: MPS: SPPS, 2008. (Coleção Previdência Social, v. 28).

BENTES, A. C. De O.; PEDROSO, J. Da S.; MACIEL, C. A. B. **O idoso nas instituições de longa permanência: uma revisão bibliográfica.** Aletheia, 2012. v. 38, p. 196–205.

BRASIL. **Informe nacional sobre a implementação na América Latina e Caribe da Declaração de Brasília sobre Envelhecimento.** 2012.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **As instituições de longa permanência para idosos no Brasil.** Revista Brasileira de Estudos de População, jun. 2010. v. 27, n. 1, p. 232–235.

CARVALHO, P. F. De *et al.* **Sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados da região metropolitana de Belo Horizonte.** Geriatrics, Gerontology and Aging, 2020. v. 14, n. 4, p. 252–258.

CRUZ, D. T.; CAETANO, V. C.; LEITE, I. C. G. **Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso.** Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 500-508, 2010.

DERHUN, F. M. *et al.* **Percepção de idosos institucionalizados sobre o lazer.** Revista Baiana de Enfermagem, 2018. v. 32.

GALHARDO, V. A. C.; MARIOSA, M. A. S.; TAKATA, J. P. I. **Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo.** Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 16-21, 2010.

GUIMARAES, Andréa Carmen et al. **Atividades grupais com idosos institucionalizados: exercícios físicos funcionais e lúdicos em ação transdisciplinar.** Revista Pesquisas e práticas psicossociais, São João del-Rei, v. 11, n. 2, p. 443-452, dez. 2016.

HADDAD, P. C. M. B, CALAMITA, Z. **Aspectos sociodemográficos, qualidade de vida e saúde do idoso institucionalizado.** Revista de Enfermagem UFPE on line. 2020; 14:e243416.

JÚNIOR, J. A. S. H.; GOMES, G. Cordeiro. **Depressão em idosos institucionalizados: padrões cognitivos e qualidade de vida.** Ciências & Cognição, 2016. v. 58, n. 1, p. 137–154.

MACHADO, B. D. *et al.* **Autocompaixão e ações de promoção à saúde mental como moderadores da ansiedade entre idosos institucionalizados.** Revista Eletrônica de Enfermagem, 2021; 23:63826, p. 1-7.

LACERDA, TTB et al. **Caracterização das Instituições de Longa Permanência para Idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte.** Revista brasileira de geriatria e gerontologia 20(6):743-753, 2017.

NÓBREGA, I. R. A. P. Da *et al.* **Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa.** Saúde em Debate, jun. 2015. v. 39, n. 105, p. 536–550.

OLIVEIRA, A. S. **Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil**. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, v. 15, n. 31, p. 69–79, 2019.

OLIVEIRA, P. B. De; TAVARES, D. M. Dos S. **Health conditions of elderly residents in Long-stay Institution second basic human needs**. Revista Brasileira de Enfermagem, 2014. v. 67, n. 2, p. 241–246.

POLLO SHL, ASSIS M. **Instituições de longa permanência para idosos - ILPIs: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2008; 11(1):29-43.

REIS, Camila Calhau Andrade. **O SENTIDO DE SER-PESSOA-IDOSA VIVENDO EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA À LUZ DA FENOMENOLOGIA HEIDEGGERIANA**. 2018. 116 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

RODRIGUES, M.C.S., & OLIVEIRA, C.de. **Drug-drug interactions and adverse drug reactions in polypharmacy among older adults: an integrative review**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2016; 24 (e-2800)

SAMPAIO, L. S et al. **Condições sociodemográficas e de saúde de idosos residentes em domicílio no município de Jequié - BA**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 267-274, 2009.

SILVA, C. R. F; FERRO, F. E. D. **Saúde Bucal dos Idosos Institucionalizados em Teresina**. Revista Saúde Pública, 2016. Santa Catarina, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 54-63.

SOARES, J. D. S. *et al.* **Avaliação do estado cognitivo e capacidade funcional em pessoas idosas institucionalizadas**. Revista Enfermagem UERJ, 2021. v. 29.

TORRES; KELLEM ET AL. **Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2020. v. 30, n. 01.

VALCARENghi, R. V. **Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 24 n. 6, p. 828-33, 2011.

VERAS, R. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e ,inovações**. Revista de Saúde Pública, jun. 2009. v. 43, n. 3, p. 548–554.

WACHHOLZ, P. A. *et al.* **Desafios da COVID-19 nas instituições de longa permanência para idosos em países hispano-americanos**. Geriatr., Gerontol. Aging (Impr.), 2020. v. 14, n. 4, p. 259–266.

SOBRE O ORGANIZADORA

TAÍSA CERATTI TREPTOW - Possui graduação em Nutrição pela Universidade Franciscana (2009), Mestrado em Ciência e Tecnologia dos Alimentos (2012), Licenciatura pelo Programa Especial de Graduação de Formação de Professores para a Educação Profissional (2014) e Doutorado em Ciência e Tecnologia dos Alimentos (2016) pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Especialização em Ciência dos Alimentos pela Universidade Federal de Pelotas (2018). Têm experiência na área de Nutrição, Tecnologia dos Alimentos e Saúde coletiva. Atuou como professora de Nutrição no curso de Enfermagem da UFSM e no curso técnico de Enfermagem na Faculdade Integrada de Santa Maria. Possui larga experiência como banca examinadora em trabalhos de conclusão de curso e defesa de estágio na área de Nutrição e Alimentos. Organizadora e palestrante em cursos de atualização e qualificação direcionados para alimentação coletiva. Experiência na área de saúde coletiva onde atuou profissionalmente em algumas prefeituras como Nutricionista. Autora de capítulos de livros e artigos científicos publicados em revistas com alto fator de impacto. Organizadora de livro na área de Saúde pública. Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/2926914154460296> ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2074-7649>

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aconselhamento 47, 48, 67, 68, 206, 208

Adolescente 126, 206, 208, 223

Alimentação saudável 46, 47, 97, 120, 122, 123, 124, 167

Ansiedade 81, 82, 83, 84, 85, 88, 89, 90, 91, 92, 116, 228, 229, 231

Atenção primária 3, 112, 113, 114, 116, 119, 174, 176, 178, 180, 190

B

Bruxismo 83, 92

C

Câncer 12, 53, 54, 55, 56, 57, 60, 62, 63, 64, 132, 135, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181

Consulta de enfermagem na rua 200, 201, 205, 206, 210

Covid-19 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 24, 30, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 89, 91, 92, 152, 220, 221, 223, 224, 227, 229, 230, 232

Criança 8, 9, 27, 68, 206, 208

D

Diabetes mellitus 11, 42, 131, 135, 170

Doença 2, 11, 12, 15, 16, 17, 19, 21, 23, 55, 62, 67, 68, 69, 94, 95, 97, 98, 101, 104, 107, 108, 116, 121, 131, 132, 133, 135, 141, 142, 144, 149, 152, 172, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 183, 184, 185, 192, 194, 195, 196, 210, 215

Doenças crônicas não transmissíveis 116, 127, 129, 228

Dor 31, 33, 37, 54, 55, 56, 58, 60, 62, 64, 81, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 113, 116, 119, 218

E

Efeitos colaterais 176

Endemia 183, 185

Envelhecimento 2, 55, 93, 94, 95, 96, 97, 101, 102, 103, 105, 107, 109, 115, 116, 117, 121, 124, 126, 168, 179, 211, 220, 221, 231, 232

Equipe multiprofissional 175, 181

Estilo de vida 21, 25, 27, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 83, 93, 94, 127, 128, 129, 130, 131, 133, 134, 135, 136, 206, 228

Estratégia da Saúde da Família 6, 180, 188, 196

Exercício físico 59, 61, 120, 123, 124, 131, 230

Expectativa de vida 127, 128, 129, 131, 133, 134, 136, 221

G

Ganho de peso 32, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50

Gravidez 7, 8, 32, 41, 42, 46, 48, 69, 73

H

Health 1, 8, 9, 28, 29, 31, 39, 40, 49, 50, 51, 52, 63, 72, 79, 80, 82, 92, 93, 103, 104, 105, 106, 108, 113, 118, 121, 126, 128, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 174, 175, 181, 184, 198, 199, 200, 201, 221, 232

Hipertensão arterial sistêmica 11, 170

I

Idoso 107, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 206, 208, 211, 222, 223, 226, 229, 230, 231, 232

Indicadores epidemiológicos 10, 70

Infecções sexualmente transmissíveis 66, 69, 73

M

Malária 141, 150, 152, 183, 184, 185, 186, 187, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199

Medicamentos 2, 7, 8, 68, 169, 170, 171, 172, 173, 181, 216, 218

Meio ambiente 140, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 153, 154, 203, 204

Miopia 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27

Morbidade 11, 20, 31, 37, 38, 135, 179, 183

Mortalidade 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 31, 32, 33, 34, 36, 38, 55, 73, 94, 98, 99, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 179, 197, 229

Mulher 32, 33, 37, 38, 41, 42, 47, 48, 49, 58, 67, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 92, 104, 206, 208, 217

O

One Health 140, 142, 143, 150, 152, 153, 154

Orientação 12, 13, 69, 77, 169, 170, 171, 172, 206, 207, 208, 209, 213, 216

P

Pandemia 10, 11, 16, 18, 24, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 89, 125, 143, 148, 150, 230

Podcast 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126

Políticas públicas 78, 95, 109, 111, 112, 117, 141, 146, 151, 174, 195, 222, 232

População 2, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 15, 16, 19, 23, 25, 27, 31, 32, 33, 38, 39, 66, 69, 75, 84, 88, 89, 94, 95, 97, 100, 103, 107, 109, 111, 112, 113, 115, 116, 118, 120, 121, 122, 124, 125, 126, 127, 129, 133, 134, 135, 138, 143, 146, 172, 173, 174, 179, 180, 185, 186, 187, 189, 191, 197, 201, 210, 220, 221, 222, 223, 227, 228, 229, 230, 231

Profissionais de saúde 42, 46, 67, 77, 78, 79, 82, 93, 96, 97, 100, 101, 102, 113, 174, 175, 176, 209

Promoção da saúde 1, 2, 7, 21, 66, 69, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 104, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 122, 126, 127, 146, 167, 179, 227

Q

Qualidade de vida 1, 2, 6, 7, 32, 33, 37, 38, 46, 53, 54, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 64, 69, 83, 89, 92, 95, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 142, 145, 146, 170, 172, 210, 218, 226, 227, 228, 231

R

Rede de atenção básica 206, 208

Religião 127, 128, 129, 134, 214

S

Saúde da mulher 47, 49, 67, 206, 208

Saúde mental 73, 89, 90, 114, 119, 206, 208, 220, 223, 224, 227, 229, 230, 231

Saúde pública 2, 2, 3, 4, 9, 11, 21, 27, 39, 63, 66, 71, 72, 75, 90, 95, 103, 104, 105, 107, 108, 117, 118, 126, 143, 145, 149, 151, 152, 167, 168, 169, 181, 184, 195, 197, 198, 199, 221, 232, 233

Serviços de saúde 2, 4, 76, 78, 98, 100, 107, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 118, 143, 144, 180, 183, 185, 188, 191, 195, 197, 198, 199, 210, 211, 230

Sistema único de saúde 2, 2, 3, 9, 31, 34, 66, 72, 74, 113, 147, 172, 174, 175, 176, 178, 179, 180, 181, 195, 210, 232

U

Unidade Básica de Saúde 200, 201


V


Vigilância em saúde 4, 9, 146, 147, 183, 187, 190, 195


Violência sexual 77, 79



PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA 3

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br


 @atenaeditora

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA 3

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 @atenaeditora

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br