

Saúde pública e saúde coletiva:

Núcleo de saberes e práticas 2



Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2022

Saúde pública e saúde coletiva:

Núcleo de saberes e práticas 2



Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2022

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. Cirêno 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



Saúde pública e saúde coletiva: núcleo de saberes e práticas 2

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaidy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S255 Saúde pública e saúde coletiva: núcleo de saberes e práticas 2 / Organizadora Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0607-5

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.075221910>

1. Saúde pública. 2. Saúde coletiva. I. Cavalcanti, Soraya Araujo Uchoa (Organizadora). II. Título.

CDD 362.1

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

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



DECLARAÇÃO DOS AUTORES

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



DECLARAÇÃO DA EDITORA

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



APRESENTAÇÃO

A coletânea *Saúde pública e saúde coletiva: Núcleo de saberes e práticas 2* é composta por 26 (vinte e seis) capítulos produtos de pesquisa, revisão integrativa, relato de experiências, estudo de caso, dentre outros.

O primeiro capítulo da coletânea aborda as compreensões históricas da saúde no Brasil, processos e legislação vinculados. O segundo capítulo discute os desafios da regulação em saúde na produção do cuidado na atual conjuntura. O terceiro capítulo, por sua vez, apresenta os resultados da pesquisa acerca da adequação das atividades de controle da esquistossomose desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde.

O quarto capítulo, discute saúde pública e psicanálise no atual contexto da pandemia de Covid-19. O quinto capítulo discute as possíveis causas do Body Identity Integrity Disorder e as estratégias utilizadas para a amputação desse(s) membro (s). O sexto capítulo, por sua vez, apresenta a experiência vinculada a busca ativa de pacientes em acompanhamento em um CAPSad durante o período pandêmico.

O sétimo capítulo discute os resultados da pesquisa acerca dos desafios para implementar campanhas de prevenção de câncer de próstata. O oitavo capítulo discute os resultados do estudo acerca do rastreamento do câncer de próstata. O nono capítulo, por sua vez, avalia a morbimortalidade por câncer de próstata nas diferentes regiões brasileiras.

O décimo capítulo, discute a influência dos fatores socioeconômicos nos determinantes de mortalidade feminina relacionadas ao câncer de mama. O décimo primeiro capítulo discute as ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros e demais integrantes da equipe de enfermagem com pacientes oncológicos e seus familiares. O décimo segundo capítulo, por sua vez apresenta a vivência dos Residentes Multiprofissionais em Saúde Coletiva na produção de Educação em Saúde numa Unidade de Saúde da Família em sala de espera educativa.

O décimo terceiro capítulo, apresenta a experiência vinculado à realização do curso 'educação em saúde no processo de envelhecimento' uma atividade integrante de um programa de extensão universitária. O décimo quarto capítulo discute a atenção à saúde para pessoas travestis e transexuais brasileiras na atual conjuntura. O décimo quinto capítulo, por sua vez, discute o atendimento à família no cotidiano de trabalho do profissional da Enfermagem no contexto da atenção básica.

O décimo sexto capítulo discute o manejo da asma no período gestacional e os possíveis efeitos e complicações vinculadas. O décimo sétimo capítulo, apresenta os resultados de avaliações sistemáticas da possibilidade de o transtorno do espectro autista possuir origem genética. O décimo oitavo capítulo, por sua vez, apresenta os resultados da pesquisa acerca da equivalência farmacêutica entre comprimidos referência, genéricos e similares de hidroclorotiazida.

O décimo nono capítulo, discute as implicações da Monkeypox na saúde da criança. O vigésimo capítulo apresenta o perfil epidemiológico da sífilis adquirida no período de 2011 a 2021 no Estado do Tocantins. O vigésimo primeiro capítulo, por sua vez, discute a prevalência da sepse em crianças menores de 1 ano na região Sudeste. O vigésimo segundo capítulo, por sua vez, apresenta o processo de implantação do Projeto Integrador do Ensino de Enfermagem.

O vigésimo terceiro capítulo analisa a eficácia das terapias adjuvantes à hipotermia terapêutica. O vigésimo quarto capítulo, apresenta a sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente no perioperatório. O vigésimo quinto discute as temáticas saúde mental e trabalho numa perspectiva psicodramática. E finalmente, o vigésimo sexto capítulo que discute os motivos vinculados à não realização de pré-natal conforme o preconizado pelo Programa de Humanização ao Pré Natal do Ministério da Saúde.


Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

COMPREENSÕES HISTÓRICAS DA SAÚDE NO BRASIL


Erivanderson Ferreira Santos Silva
Ágata Silva dos Santos
Claudia Edlaine da Silva
Ítalo Souza Ferreira
Flávia Virgínia Vasconcelos Peixoto
Gabriela de Almeida Silva
Kamilla Pontes Azevedo
Roberta Adriana Oliveira Estevam
Taynara Laízza dos Santos
Roberto da Silva Bezerra
Márcia Jacqueline de Jesus Guimarães
Vanessa Ferry de Oliveira Soares

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219101>

CAPÍTULO 2..... 14

GESTÃO EM SAÚDE: DESAFIOS DA REGULAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO


Daniel Martins Borges
Talita Fernanda Soares Freitas Andrade
Ana Carolina Andrade Penha
Giovanna Estulano Vieira
Gustavo Rodrigues Muraishi

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219102>

CAPÍTULO 3..... 28

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE REALIZADAS POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PERNAMBUCO, BRASIL


Emília Carolle Azevedo de Oliveira
Constança Simões Barbosa
Louisiana Regadas de Macedo Quinino

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219103>

CAPÍTULO 4..... 44

A PSICANÁLISE EM TEMPOS DE PANDEMIA: O NOVO CORONAVÍRUS E A SAÚDE COLETIVA

Adelcio Machado Santos


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219104>

CAPÍTULO 5..... 57

BODY IDENTITY INTEGRITY DISORDER (BIID): O COMPLEXO EM SER INCOMPLETO

Maria Valéria Chaves de Lima
Perla Silva Rodrigues


Janaina Maciel de Queiroz
Thaina Jacome Andrade de Lima
Helida Lunara de Freitas Aquino
Lauana Cristina Chaves Ferreira
Kalyane Kelly Duarte de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219105>

CAPÍTULO 6..... 68

BUSCA ATIVA E VISITA DOMICILIÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA PANDEMIA


Elienai de Farias Gama Siqueira
Maria Regina Camargo Ferraz Souza
Marcia Aparecida Ferreira de Oliveira
Sayuri Tanaka Maeda
Cristiano Rodrigues da Mota
Denise Cristina Matheiski Alkmim

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219106>

CAPÍTULO 7..... 77

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA SOB A PERSPECTIVA DA AGENDA 2030


Claudia Ayres Cunha de Souza
Cybele Cândido de Souza
Micheli Patrícia de Fátima Magri

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219107>

CAPÍTULO 8..... 89

CONSIDERAÇÕES ATUAIS SOBRE O RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Averaldo Junior Braga Roque
Mariana Melo Martins
Vitor Augusto Ferreira Braga
Júlia Braga Roque
Alanna Simão Gomes Saturnino


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219108>

CAPÍTULO 9..... 99

MORBIMORTALIDADE POR CÂNCER DE PRÓSTATA NAS REGIÕES BRASILEIRAS NO PERÍODO DE 2016 A 2020

Lizandra de Farias Rodrigues Queiroz
Márcia Alencar de Medeiros Pereira
Ana Cristina Rodrigues Luna e Silva
Giovanna Raquel Sena Menezes
Audimere Monteiro Pereira
Martapolyana Torres Menezes da Silva
Rosângela Vidal de Negreiros
Juliana Dias Pereira de Sousa
Marta Lucia Cruz de Andrade

Érida Oliveira Gonçalves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219109>

CAPÍTULO 10..... 111

INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIOECONÔMICOS NA MORBIMORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA NO PERÍODO DE 2017 A 2021

Lizandra de Farias Rodrigues Queiroz

Giovanna Raquel Sena Menezes

Martapolyana Torres Menezes da Silva

Ana Cristina Rodrigues Luna e Silva

Márcia Alencar de Medeiros Pereira


Juliana Dias Pereira de Sousa

Audimere Monteiro Pereira

Rosângela Vidal de Negreiros

Marta Lucia Cruz de Andrade

Érida Oliveira Gonçalves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191010>

CAPÍTULO 11 120

PACIENTES ONCOLÓGICOS E SEUS FAMILIARES: UM OLHAR EDUCACIONAL DA ENFERMAGEM

Pamela Nery do Lago

Raquel Resende Cabral de Castro e Silva

Sandra Patrícia Duarte

Juliana da Silva Mata

Natália Borges Pedralho

Ronaldo Antônio de Abreu Junior

Juliana Raquel Maciel do Nascimento

Paula Moraes Rezende

Sandra Martins de França

Martapolyana Torres Menezes da Silva

Daniela de Sousa Azeredo

Kiwisunny Galvão Franzoi

Karla Patrícia Figueirôa Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191011>

CAPÍTULO 12..... 130

AÇÕES EDUCATIVAS E MULTIPROFISSIONAIS COMO ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Pedro Victor Landim Ribeiro

José Thiago Alves de Sousa

Ana Paula Pinheiro da Silva

Hedilene Ferreira de Sousa

Ademar Maia Filho

Valdília Ribeiro de Alencar Ulisses

Fernanda Ribeiro da Silva

Davy Deusdeth Timbó Magalhães Sobrinho

Micael Sampaio da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191012>

CAPÍTULO 13..... 140

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: REFLEXÕES SOBRE A PRÁXIS EXTENSIONISTA

Renata Orlandi


Evelyn Schweitzer de Souza

Vitória Helena Silva Santos

Anderson da Silva Honorato

Camila Elizandra Rossi

Edilaine Aparecida Vieira


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191013>

CAPÍTULO 14..... 153

REFLEXÕES SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE PARA PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

Rafael Rodolfo Tomaz de Lima

Luiz Roberto Augusto Noro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191014>

CAPÍTULO 15..... 163

A PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA COMO UM FARDO

Luana Gesser

Sabrina Zimmermann

Daniela Priscila Oliveira do Vale Tafner

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191015>

CAPÍTULO 16..... 173

MANEJO DA ASMA NA GESTAÇÃO: POSSÍVEIS EFEITOS DA VITALIDADE FETAL E AS COMPLICAÇÕES MATERNO-FETAIS

João Felipe Tinto Silva

Sabina Dias Rangel

Marcia Lais Fortes Rodrigues Mattos

Bruna Saraiva Carvalho

Gisele Cristina Calixto Tonatto

Ana Claudia Koproski

Tayane Moura Martins

Maria Júlia dos Santos Catunda

Gustavo Henrique dos Santos Soares

Regina Ferreira dos Santos Linhares

Lyanne Isabelle Fonteneles Oliveira

Geovana Maria Rodrigues de Sousa


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191016>

CAPÍTULO 17..... 184

LIGAÇÃO GENÉTICA NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UMA REVISÃO

NARRATIVA


Larissa Eduarda Munhoz Lourenço
Zenaide Paulo Silveira
Adriana Maria Alexandre Henriques
Lisiane Madalena Treptow
Ana Paula Narcizo Carcuchinski
Denise Oliveira D'Avila
Márcio Josué Trasel
Morgana Morbach Borges
Mari Nei Clososki da Rocha
Flávia Giendruczak da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191017>

CAPÍTULO 18..... 196

ANÁLISE DA QUALIDADE DE COMPRIMIDOS DE HIDROCLOROTIAZIDA: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE REFRÊNCIA, GENÉRICO E SIMILAR


Flavia Scigliano Dabbur
Joyce Cavalcante Brandão
Larissa Albuquerque Leandro
Ingrid Ferreira Leite
Crisliane Lopes da Silva
José Marcos dos Santos Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191018>

CAPÍTULO 19..... 215

O IMPACTO DA MONKEYPOX NA SAÚDE DA CRIANÇA

Jhéssica Mariany Mendes Santos
Gabriella Dias Gomes
Bruna Emanuelle Santos
Larissa Ariella Gonçalves Almeida
Hilária Augusto Lopes Vieira
Vanessa Soares Pereira
Micaelle Souza Santos
Kamilla de Oliveira Santos
Laura Fabiana Rodrigues Araújo
Raquel de Sousa Oliveira
Erika Damasceno Ruas
Iara Vitória Santos


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191019>

CAPÍTULO 20..... 224

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SÍFILIS ADQUIRIDA NO ESTADO DE TOCANTINS 2011-2021

Adriana Monteiro da Silva Costa
Anderson Luís Santos Azevedo
Beatriz Vieira Rodrigues
Davyl Bezerra Viana


João Pedro Martins Pedrosa da Cunha
Marcos Vinícius Nunes de Barros
Maria Eduarda Milhomem Neves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191020>

CAPÍTULO 21..... 232

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA SEPSE EM CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO NA REGIÃO SUDESTE ENTRE 2010 A 2019


Maria Luiza Cordeiro Campos
Ivana Picone Borges de Aragão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191021>

CAPÍTULO 22..... 244

PROJETO INTEGRADOR NO ENSINO DE ENFERMAGEM: UM OLHAR SOBRE A OBESIDADE E A DESNUTRIÇÃO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19


Cristiano Rodrigues da Mota
Anelvira de Oliveira Florentino
Elienai de Farias Gama Siqueira
Italo Frizo
Kayo Augusto Saladin Pacher
Rodrigo Leal
Selma Eva Silvério

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191022>

CAPÍTULO 23..... 256

TERAPIAS NEUROPROTETORAS ADJUVANTES NA ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÊMICA NEONATAL

Brenda Alves Fernandes
Luiz Felipe Alves Fernandes
Eithor Henrique Siqueira
Guilherme Lima Weksler
João Vitor Romão Neto Mury de Aquino
Juliana Alves Costa
Carlos Alberto Bhering

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191023>

CAPÍTULO 24..... 267

SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO A PESSOA ADULTA NO PERIOPERATÓRIO

Fernanda Matheus Estrela
Anderson dos Santos Barbosa
Tania Maria de Oliveira Moreira
Fabiana Costa da Silva
Juliana Marques Dourado Viena
Juliana dos Reis Naponuceno de Oliveira
Tamara Angélica da Rocha
Celeste da Silva Carneiro
Alisson Cunha Lima

Ithana Queila Borges Pizzani Ferreira
Sheyla Santana de Almeida
Sanmara Souza Pedreira Lima
Yanne Mello Rusciolelli Nunes
Aline Quelle Reis Silva
Ana Cleide da Silva Dias
Emile Aquino Pinheiro
Naiara Costa Salvador Ribeiro da Silva
Bruna Costa Leal
Larissa Lima dos Santos
Periana Mota de Oliveira
Caroline dos Santos Pinto de Oliveira
Gabriel Brasil Gil
Carleone Vieira dos Santos Neto
Andréia de Jesus Soares
Raquel Carvalho Lima
Paulo de Tarso Jambeiro Brandão
Valquíria de Araújo Hora
Felipe Teclo Moreira
Annessa Adryelle Souza Pereira
Lucas Coleta dos Reis Alves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191024>

CAPÍTULO 25..... 281

SAÚDE MENTAL E TRABALHO: UMA LEITURA PSICODRAMÁTICA

Davi Oliveira Bizerril
Jardel dos Santos Albuquerque
Mariana Vieira de Melo Bezerra
Germana Alves dos Santos
Maria Salete Bessa Jorge

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191025>

CAPÍTULO 26..... 320

MOTIVOS PARA A BAIXA ADESÃO AO PRÉ-NATAL

Telma da Silva Machado
Adriana Maria Alexandre Henriques
Simone Thais Vizini
Paulo Renato Vieira Alves
Ana Paula Narcizo Carcuchinski
Morgana Morbach Borges
Márcio Josué Träsel
Denise Oliveira D'Ávila
Flávia Giendruczak da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191026>

SOBRE A ORGANIZADORA..... 330

ÍNDICE REMISSIVO..... 331

CAPÍTULO 1

COMPREENSÕES HISTÓRICAS DA SAÚDE NO BRASIL

Data de aceite: 03/10/2022

Erivanderson Ferreira Santos Silva

Residente Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso (UFAL)
Universidade Federal de Alagoas
<https://lattes.cnpq.br/9504252683284404>

Ágata Silva dos Santos

Pós-graduanda em Sexualidade e Psicologia (FAVENI)
Faculdade Venda Nova do Imigrante
<http://lattes.cnpq.br/5326220205346868>

Claudia Edlaine da Silva

Residente Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso (UFAL)
Universidade Federal de Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/9001547117811751>

Ítalo Souza Ferreira

Residente Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso (UFAL)
Universidade Federal de Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/3273601543277536>

Flávia Virgínia Vasconcelos Peixoto

Pós Graduações em Linguagem com Ênfase em Neurociência (FIR), Linguagem (CFFa) e Gestão em Gerontologia (FAVENI)
Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - UFAL- EBSE RH
<http://lattes.cnpq.br/3313986176722064>

Gabriela de Almeida Silva

Residente Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso (UFAL)
Universidade Federal de Alagoas - UFAL
<https://lattes.cnpq.br/6847918392871878>

Kamilla Pontes Azevedo

Residente Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso (UFAL)
Universidade Federal de Alagoas - UFAL
<http://lattes.cnpq.br/6491134937694558>

Roberta Adriana Oliveira Estevam

Residente Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso (UFAL)
Universidade Federal de Alagoas - UFAL.
<http://lattes.cnpq.br/8780326626674056>

Taynara Laízza dos Santos

Residente Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso (UFAL)
Universidade Federal de Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/9440168613388292>

Roberto da Silva Bezerra

Residente Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso UFAL)
Universidade Federal de Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/1534529705776472>

Márcia Jacqueline de Jesus Guimarães

Pós - graduanda em Nutrição em Oncologia (COLMINAS)
Residente Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso (UFAL)
Universidade Federal de Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/3426414432801275>

Vanessa Ferry de Oliveira Soares

Mestrado Acadêmico em Psicologia (UFAL)
Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - UFAL- EBSE RH
<http://lattes.cnpq.br/8589135576802432>

RESUMO: Este trabalho aborda as compreensões históricas da saúde no Brasil, trazendo os importantes marcos históricos que reformularam a saúde pública brasileira ao longo dos anos. O texto também discorre pelas legislações que se concretizaram diante da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e a relevância e impacto da necessidade de criação de políticas públicas em saúde. Por fim, discute a saúde em perspectiva na atualidade, promovendo reflexões em contraponto ao processo histórico.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde; Política Pública de Saúde; SUS.

HISTORICAL UNDERSTANDINGS OF HEALTH IN BRAZIL

ABSTRACT: This work addresses the historical understandings of health in Brazil, bringing the important historical milestones that have reshaped Brazilian public health over the years. The text also discusses the legislation that came into being with the creation of the Unified Health System (SUS), and the relevance and impact of the need to create public health policies. Finally, it discusses health in perspective today, promoting reflections in contrast to the historical process.

KEYWORDS: Health; Public Health Policy; SUS.

INTRODUÇÃO

A Segunda Guerra Mundial envolveu todos os países do mundo, direta ou indiretamente, com perdas incalculáveis em termos materiais e em número de vidas. Após o fim dos conflitos, foi fundada em 1948 a Organização Mundial da Saúde (OMS), órgão internacional que cria uma definição de saúde que, considerando-a não apenas como ausência de doença, mas como um estado físico, mental e social completo, buscando ir além do conceito biomédico utilizado até então. Com o decorrer dos anos, outras definições foram criadas para encontrar alternativas para aprimorar tanto o conceito biomédico quanto o da própria OMS (SILVA; SCHRAIBER; MOTA, 2019).

Já a nível nacional, o Brasil passou por uma série de marcos históricos para chegarmos até o sistema de saúde como conhecemos atualmente. Desde a época colonial, em que Portugal estabelecia as medidas preventivas e ações em prol da saúde pública, historicamente, a saúde pública do Brasil passou por diversas transformações administrativas e políticas, que vêm ocorrendo desde a implantação do Brasil colônia (RODRIGUES; MOREIRA; ROSA, 2020).

No período colonial não havia nenhum modelo de assistência à saúde, sendo o acesso aos cuidados em saúde restrito a poucos e inacessível pela maior parte da população, onde contavam apenas com a medicina popular, por meio de rezadeiras, curandeiras e parteiras. Com a proclamação da República o sistema necessitou de mão-de-obra para estabelecer o capitalismo e à medida que as cidades cresciam, as epidemias se propagavam, iniciando diversas lutas dos trabalhadores por seus direitos, entre eles à saúde (SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020).

Levando em consideração os períodos políticos do Brasil: Império, República Velha, Era Vargas e o período militar até meados da redemocratização e criação do SUS, diversos marcos são identificados e entraram para história (CARVALHO; RODRIGUES; ROSA, 2020).

O histórico de cuidados com a saúde se passa desde a filantropia, com pessoas sendo atendidas em instituições para este fim, até a atuação do Estado realizando as primeiras ações de saúde diante de epidemias, como vacinações e saneamento básico, como ocorreu no final do século 19 e início do século 20 (CARVALHO, 2013).

As políticas públicas, em questão, as de saúde, são o desfecho dessas ações de articulação da população com os atores políticos do país, sendo somente em 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS) instituído, tornando-se uma conquista de movimentos sociais que lutavam pela democratização da saúde e reestruturação de seus sistemas (SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020).

Diante do exposto, faz-se necessário o debate sobre os marcos históricos da saúde pública no Brasil que culminaram na elaboração do texto constitucional, garantindo à população o direito à saúde e trazendo os movimentos sociais que debatem a importância da construção de políticas públicas voltadas às reais necessidades do país em termos de saúde pública.

MARCOS HISTÓRICOS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

O conceito de saúde atualizou-se ao longo dos anos, sendo relevante citar os marcos históricos que trouxeram modificações à saúde pública no Brasil. Alguns períodos históricos podem ser identificados e agrupados da seguinte forma: Colônia e Império (1500-1888), República (1889-1964), Ditadura Militar (1964-1985) e Nova República (1985 em diante), bem como a Constituição Federal de 1988 e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

No período colonial não havia nenhum modelo de assistência à saúde. Os médicos e farmacêuticos (boticários), formados na Europa, ocupavam-se em atender a aristocracia. A população em geral, em grande parte constituída por indígenas e negros escravizados, contava apenas com a medicina popular, por meio de rezadeiras, curandeiras e parteiras. O período Imperial, por sua vez, trouxe consigo o interesse em regulamentar o exercício da medicina no Brasil, após a Declaração da Independência. Nessa época, a preocupação com a saúde era subordinada à dimensão econômica, para que fosse possível manter a mão de obra saudável e garantir a produção e a exportação de produtos (SOUZA *et al.*, 2017).

A República, demarcada entre a República velha e a Segunda República, iniciada após a proclamação em 1889, foi marcada por epidemias que ameaçavam a segurança da população. Doenças como varíola, febre amarela, malária e a peste, culminaram no início

das ações de saúde pública. Ainda nessa época, Oswaldo Cruz foi nomeado como diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, e decretou como obrigatória a vacinação contra a varíola, que resultou na Revolta da Vacina, além de manter uma tradição militarista nas ações de saúde. Em 1920, Oswaldo Cruz foi sucedido por Carlos Chagas, que instituiu o modelo “sanitarista campanhista” e influenciou as ações de saúde pública até a década de 1960 (SOUZA *et al.*, 2017).

Ainda durante o período da república, é instaurado o modelo privatista-previdenciário, por meio da criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS), estas que atendiam apenas empregados com carteira assinada. Na década de 30, já sob o governo de Getúlio Vargas, houve a substituição das CAPS pelo Instituto de aposentadoria e pensão (IAPs), mantendo ainda excluídos da assistência à saúde os trabalhadores domésticos, rurais e liberais. O marco seguinte é identificado no período populista, este que trouxe consigo a criação do Ministério da Saúde em 1953. Nessa época, o modelo de oferta dos serviços de saúde passava a se centralizar nos hospitais (SOUZA *et al.*, 2017).

Em se tratando do período da Ditadura Militar (1964-1985), marcado por muitas transformações no que diz respeito ao cenário político, econômico e social, contendo um movimento nacionalista, organizado pela classe estudantil como uma destas manifestações sociais em busca da conscientização da população. Com relação ao sistema de saúde pública, compreende-se que este foi fortemente desfavorecido com as políticas estabelecidas pelos governos militares, que buscavam incentivar e favorecer o setor privado para sua expansão e ampliação de serviços para a previdência. Consequentemente, com o golpe militar, as expectativas em relação a melhora das políticas de saúde não foram atingidas (SOUZA *et al.*, 2017; CARVALHO; RODRIGUES; ROSA, 2020).

Tendo em vista a repressão e cenário deste período, as propostas de melhoria nas políticas de saúde pública não ocorreram de forma a promover mudanças na Política de Saúde brasileira, devido a um regime político autoritário que acabou por influenciar negativamente a estrutura administrativa. Contudo, mesmo em meio a um regime autoritário, haviam pessoas/grupos envolvidas(os) na luta pela universalidade da saúde, e na luta pelo direito à saúde no Brasil estavam listados os movimentos populares, além de universidades, partidos políticos progressistas e profissionais da saúde (SOUZA *et al.*, 2017; CARVALHO; RODRIGUES; ROSA, 2020).

Ainda neste período, houve a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), a posteriori, buscando a padronização da assistência (incluída a assistência médica) para todos os trabalhadores contribuintes. Somente posteriormente, com o Programa Estadual de Apoio ao Pequeno Produtor Rural (PRORURAL), é que esta assistência foi estendida aos trabalhadores do campo e apenas algum tempo depois para autônomos e domésticos (CARVALHO; RODRIGUES; ROSA, 2020; FERNANDES; SOUSA, 2020).

Em 1975, houve uma redução econômica e o crescimento no número de

desempregados, consequentemente reduzindo as contribuições para a previdência social, período ao qual o sistema de saúde entra em crise econômica (CARVALHO; RODRIGUES; ROSA, 2020). Dito isto, iniciou o período que posteriormente foi nomeado como redemocratização, no qual ocorreram diversas tentativas de organização dos sistemas de saúde e de previdência social.

Após o fim da ditadura militar, iniciou-se a Nova República, e o marco principal na área da Saúde foi a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, evento extremamente importante como precursor para o estabelecimento da saúde como um direito de todos os cidadãos, entendendo a saúde como um conjunto multifacetado por diversos fatores. Já em 1988, ocorre a Constituição Federal, ao qual insere os artigos sobre saúde pública (art. 196º ao 200º), estabelecendo dentre algumas de suas questões sobre a saúde, o efetivo direito à saúde a todos e incumbindo o Estado com o dever de garantir esse e os demais direitos (SOUZA *et al.*, 2017; CORONEL *et al.*, 2017).

Seguinte à Constituição Federal, evidencia-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), este que contempla União, Estados e Municípios em sua gestão, e garante, também, a participação ativa dos usuários do sistema. Atualmente, pode-se compreender o SUS enquanto um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, regido pelos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, formando uma rede hierarquizada e descentralizada (SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020).

O SUS: A CONSTITUIÇÃO FEDERAL E AS LEGISLAÇÕES INICIAIS

Dentro da Constituição Federal Brasileira temos alguns Artigos que irão nos colocar o que é saúde e a função de cada instituição acerca dela. O Art. 196 traz que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, sendo assim é necessário que o Estado forneça acesso a toda população, de forma igualitária, através de políticas que visam não apenas a recuperação, mas em primeira estratégia a promoção e proteção contra o risco de doenças. Com essa informação é possível perceber que não deve haver restrições ao acesso à saúde em território nacional, porém, ainda é comum vermos algumas limitações dentro do sistema de saúde (BRASIL, 1988a).

Em seu Art. 198, temos que os serviços públicos de saúde estão organizados em redes, sendo elas regionalizadas e hierarquizadas, respondendo a três diretrizes, a saber: I - Descentralização; II - Atendimento Integral; III - Participação da comunidade. Tudo isso sob uma perspectiva de que o Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema de saúde planejado para que ocorra não apenas a participação de esferas governamentais, mas também da população que faz uso dos serviços que são oferecidos (BRASIL, 1988a).

É importante ressaltar que a seguridade social é, direta ou indiretamente, financiada pelos próprios usuários que formam a sociedade, ainda assim, ocorre também a iniciativa privada em casos específicos, sendo por meio de contrato de direito público ou convênio, o

que irá complementar recursos e serviços disponibilizados dentro dos termos legais, tendo assim um controle, fiscalização e regulamentação (BRASIL, 1990b).

Dentro do Art. 200, o SUS é de uso não apenas em caráter de combate a patologias já instaladas, mas principalmente a promoção e prevenção, sendo também presente em controles e fiscalização de qualquer procedimento, produto ou substância que seja de direcionada ao consumo humano, participando também de vigilâncias sanitárias e saneamento básico (BRASIL, 1988a).

Compreendendo esses artigos expostos na Constituição Federal da República do Brasil de 1988 (CF/88), foi necessário estruturar legalmente e organizar o que passaria a ser esta nova visão da saúde pública. Pleiteando concretizar esta estruturação passam a existir duas importantes leis para a saúde pública brasileira, são elas: lei 8080 /1990 e lei 8142/1990, também conhecidas como leis orgânicas da saúde.

Exatamente em 19 de setembro de 1990 a lei 8080 é sancionada para todo o território nacional do Brasil, ela vai organizar o SUS enquanto sistema, abordando seus objetivos, diretrizes, as particularidades que abrangem a saúde pública, as responsabilidades dos entes federativos e dialogando diretamente com o que foi proposto na CF/88. Esta lei “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990b, p.1).

Um grande marco que essa lei traz é a possibilidade de repensar o processo saúde-doença, não reduzindo a saúde à ausência de doença, e incluindo no pensamento crítico os determinantes e condicionantes da saúde. Que são fatores que vão influenciar a saúde da população. Além de enfatizar enquanto objetivo do SUS a identificação e divulgação destes determinantes e condicionantes da saúde, também são explicitados em seu artigo terceiro, sendo eles: “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990b, p.1).

Por sua vez, a lei 8142 foi sancionada no dia 28 de dezembro de 1990, e busca organizar e direcionar as possibilidades da participação social na construção do SUS. Destacando dois meios de participação, os conselhos de saúde que são permanentes e deliberativos, e as conferências de saúde, que irão acontecer a cada quatro anos, para pensar o cenário da saúde. Essas duas instâncias contam com a participação de quatro grupos, os representantes do governo, os prestadores de serviços, os profissionais de saúde, e os usuários do SUS, no caso deste último, devem ser metade em relação à soma com os demais grupos. Além de serem realizadas nas três esferas (municipal, estadual e nacional) com suas devidas responsabilidades definidas (BRASIL, 1990c).

Anos depois, em 2011 a Presidência da República decreta uma nova regulamentação para a lei 8080/90. O decreto 7508/11 traz consigo conceitos importantes para saúde, entre eles o de Rede de Atenção à Saúde (RAS), que trata-se de um “conjunto de ações e

serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011d, p.1).

Quando se inclui a comunidade na organização do SUS, direciona as responsabilidades aos municípios, estados, Distrito Federal e ao âmbito nacional, materializa e explicita os objetivos deste sistema, e de forma legal, organiza e estrutura, rompe com as perspectivas anteriores de como se era pensado e elaborado à saúde pública no Brasil. Ato que vem se repercutindo até a atualidade.

POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Tem-se, por definição, política pública como um conjunto de medidas, ações e programas, advindos da decisão do governo seja em esfera municipal, estadual ou federal. Apesar de partirem da criação dos governos, seu processo de definição é complexo, eles não o fazem sozinhos ou apenas com componentes formais da gestão. São permeados pela atuação dos grupos de interesse, movimentos sociais e sociedade em geral frente à autonomia do governo, além de ser afetado diretamente pelo momento histórico em que se passa sua elaboração.

É necessário evidenciar que surgem, portanto, embasadas em situações-problemas, nos embates que ocorrem em torno de interesses políticos e das necessidades oriundas da população, aspirando uma abordagem holística com repercussão em diversos âmbitos como na saúde, economia e sociedade. Tais medidas devem ser tomadas visando o direito do cidadão, independente de fatores socioeconômicos, sexo, cor ou religião, ao acesso a bens e serviços, a partir da participação direta ou indireta da população. No campo da saúde, um marco deu-se em 1988 com a criação do Sistema Único de Saúde, no entanto o progresso das políticas públicas ocorre desde muito antes da institucionalização do SUS.

No século XIX, a Europa estava passando pelo processo de industrialização. Do ponto de vista tecnológico, a industrialização trouxe avanços para o desenvolvimento das forças produtivas, mas isso ocorreu em detrimento da qualidade de vida dos trabalhadores devido a intensificação da exploração da força de trabalho. Nessa conjuntura, os trabalhadores se organizam para reivindicar melhores condições de trabalho e de vida. A classe trabalhadora articulou movimentos sociais, através dos quais suas precárias condições de vida e de trabalho foram expostas para toda a sociedade. A questão social passou a estar no centro das contradições que permeavam a sociedade, constituindo-se na contradição antagônica entre a burguesia e o proletariado. Segundo Iamamoto e Carvalho (2009, p. 77, grifo dos autores), “a questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado”. Os referidos autores acrescentam que a questão social “é a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a

exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão” (idem).

Diante das reivindicações dos trabalhadores, que foram vistas pela burguesia como uma ameaça à ordem pública, surgiu a necessidade do controle social da exploração da força de trabalho. A classe burguesa requisitou ao Estado a administração dos conflitos entre capital e trabalho ao sentir a ordem vigente ameaçada. A resposta do Estado foi a repressão policial com o objetivo de manter a ordem social, porém, tal medida se mostrou ineficaz. Assim, surgiu a necessidade da implantação de medidas de proteção ao trabalhador e uma postura política e ideológica por parte do poder estatal face ao social. Para atender tal demanda, a estratégia encontrada pelo Estado se deu mediante a implantação das políticas sociais.

De acordo com Bravo (2009, p. 88), “a assistência à saúde dos trabalhadores, com a industrialização nos países centrais, foi sendo assumida pelo Estado, aliado ao nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra”. No Brasil, a intervenção estatal ocorre no século XX, de forma mais efetiva na década de 30, com a elaboração de políticas, período no qual a saúde aparece como questão social.

A política de saúde formulada na década de 30 era organizada em dois subsetores, o de saúde pública e o de medicina previdenciária. Conforme Bravo (2009, p. 91), “o subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966”. A Política Nacional de Saúde, emergente desde a década de 30, consolidou-se no período de 1945 a 1950. Ainda de acordo com Bravo (2009), na década de 50, a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada já estava montada, marcando a formação das empresas médicas.

Já a década de 1960 foi marcada pelo regime da ditadura que se instalou no Brasil. Bravo (2009) ressalta que, nesse período, a interferência do Estado ocorreu através do binômio repressão-assistência, no qual a política assistencial foi ampliada, burocratizada e modernizada com o intuito de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, mediar as tensões sociais e alcançar legitimidade para a ordem vigente. Nesse contexto, a saúde pública teve um declínio e, em contrapartida, a medicina previdenciária foi ampliada. À medida que o bloco de poder instalado em 1964 não conseguiu consolidar sua hegemonia no período de dez anos, surgiu a necessidade de mediações na relação com a sociedade. De 1974 a 1979, “a política social teve por objetivo maior a efetividade de enfrentamento da questão social, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares” (BRAVO, 2009, p. 94). Nos anos 80, a partir da promulgação da Constituição, a saúde ganhou novos rumos com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA NA ATUALIDADE

Neste tópico buscamos abordar os desafios atuais do SUS, no contexto pós-pandêmico brasileiro. Ao pensarmos de forma reflexiva sobre a saúde pública, retomamos o conceito de saúde trazido pela Organização Mundial de Saúde/OMS, de bem-estar físico, mental e social. Apesar das críticas que defendem que tal patamar de saúde é supostamente pleno e, portanto, inatingível, consideramos aqui este conceito, por tratar da saúde em sua complexidade. Portanto, o entendimento de saúde aqui tratado não pode ser meramente o de ausência de doenças, mas contempla os atravessamentos dos aspectos biopsicossociais (SEGRE; FERRAZ, 1997).

Em 2020 os serviços assistenciais de saúde enfrentam um momento de grande crise, ocasionado pela pandemia da covid-19. Em tal situação, o enfrentamento afetou como um todo a sociedade. Medidas restritivas ao convívio social foram adotadas para impedir a disseminação descontrolada da doença. Conseqüentemente, o estresse demandado para o enfrentamento desencadeou estratégias individuais e coletivas em prol da manutenção da saúde mental. Trabalhadores de saúde, em especial, estiveram sob forte pressão para compor a linha de frente do combate ao vírus. Além de gerenciar suas vidas pessoais, esses trabalhadores se defrontaram com a exposição aos riscos biológicos e condições muitas vezes precárias para execução do trabalho. A vivência pandêmica mostrou que para pensar na oferta de assistência em saúde também passa pela reflexão sobre condições da saúde mental de trabalhadores (DANTAS, 2021).

A Saúde Mental mostrou ser, assim, uma pauta essencial para alicerçar propostas de manejo dos impactos da vivência pandêmica na saúde pública e coletiva. Impacta, desse modo, na saúde integral de trabalhadores e, conseqüentemente, na qualidade de serviços prestados à população. Ademais, o contexto pandêmico evidenciou o impacto da desigualdade social no adoecimento de cidadãos/os brasileiros. É iminente a demanda de compromisso social da ciência no intuito de subsidiar estratégias que possam abranger os recortes sociais na promoção e prevenção da saúde (DA SILVEIRA *et al*, 2022; DANTAS, 2021).

Nesse processo, excesso de informações corroboraram para o cenário adverso. Notícias falsas eram veiculadas em diversos meios de comunicação dificultando o manejo do combate ao vírus que se propagava. Efeitos negativos decorriam das ditas “fake news”, que iam de propostas ineficazes de tratamento até a discursos de incitação a motins contra o SUS. A população se viu minada por obstáculos que afetaram a expressão e a capacidade de julgamento da veracidade dos conteúdos (DA SILVEIRA *et al*, 2022).

É válido colocar que as notícias falsas se prestaram a uma estratégia política. As decisões de uma sociedade perpassam as políticas públicas adotadas. Na pandemia, as “fake news” atingiram um Brasil que já sofria dificuldades políticas e econômicas em tal circunstância que por si só já dificultava tanto que se cumprissem as recomendações de

prevenção do contágio, quanto que se estabelecessem condições para a preservação da saúde mental da população em geral. A população mais pobre foi fortemente atingida, evidenciando a importância dos determinantes sociais, como moradia, saneamento, higiene, alimentação, educação e lazer na saúde integral. Logo, a desigualdade social e os recortes de gênero, raça e classe social são marcadores fundamentais para a estruturação da oferta de saúde (DA SILVEIRA *et al*, 2022).

Nos dois anos que se seguiram à chegada da covid-19 no Brasil, nem bem os impactos da pandemia foram completamente dimensionados e a saúde pública já se deparou com novos desafios – a exemplo da proliferação de arboviroses endêmicas, como dengue e chikungunya; da epidemia da nova varíola, também denominada de varíola do macacos ou “monkeypox”; da necessidade de reestruturação do suporte assistencial à saúde da população transgênero; dos impactos na saúde decorrentes dos processos migratórios; e da manifestação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária / ANVISA sobre danos à saúde por cigarros eletrônicos, decorrente da contraindicação do uso pelas sociedades brasileiras de pneumologia, oncologia e cardiologia, a tal ponto que em 2022 entra em vigor uma legislação proibindo a comercialização destes.

Diante do exposto, consideramos que a saúde pública contemporânea enfrenta como principal desafio a dimensão política. Atuar no SUS tornou-se sinônimo de resistência aos ataques contínuos que ocasionam risco do desmonte de serviços de saúde acessíveis, gratuitos e de qualidade. A saúde brasileira encontra-se atravessada sobremaneira por políticas fiscais que interferem e incorporam interesses econômicos e financeiros dos setores privados. Além disso, o aspecto ideológico que versa sobre o caráter universal do SUS precisa estar aliado à sustentabilidade financeira. A falta de recursos garantidos soma-se às precariedades da infraestrutura pública e à reprodução acrítica de um modelo assistencial de ordem biomédica (LOPES-JÚNIOR *et al*, 2021).

Desse modo, entendemos como essencial à/ao profissional de saúde no contexto do SUS uma postura crítica em relação à democratização de informações para a comunidade. Acreditamos que apenas a junção de trabalhadores engajados com uma população consciente de seus direitos pode acarretar reposicionamentos sobre o lugar político das/os cidadãos/ãs na defesa do SUS. Assegura-se assim, não só o acesso universal a um sistema de saúde, mas uma transformação social (LOPES-JÚNIOR *et al*, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do pressuposto de construção histórica da saúde no Brasil, nota-se que nem sempre foi pensada como um bem público/coletivo. Ao longo da história, a organização do trabalho, a política social e a consolidação dos Estados modernos foram pontos determinantes para que a saúde da população passasse a ser considerada como algo a ser preservada pelo poder público.

Neste sentido, a história da saúde no Brasil foi marcada por contínuas reorganizações administrativas. A Era Colonial foi um período em que as ações relacionadas à saúde, eram realizadas sem uma expressiva organização institucional. A partir de então, em 1930, iniciaram uma sucessão de transformações, criando e extinguindo uma variada de órgãos para prevenção, promoção e controle de agravos. Deve-se orientar que a partir de 1930 “emerge e toma forma uma política nacional de saúde, mais precisamente, instalam-se os aparelhos necessários à sua efetivação” (BRAGA E PAULA, 1981).

O movimento de institucionalização da saúde, como uma preocupação do Estado ganha mais força com a Constituição Federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde (SUS). Oriundo dos ideais da Reforma Sanitária, o SUS foi resultado de uma conquista legítima do povo no decênio de 1970. A participação cidadã na saúde foi fortalecida no movimento pela Reforma Sanitária. E graças aos avanços e organizações das propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, foi possível atribuir bases para a criação do SUS.

Atualmente, o SUS é um dos maiores sistemas do mundo, e apesar das dificuldades, o Sistema Único tem servido como referência para várias democracias, promovendo orientação, prevenção, reabilitação e manutenção da saúde, cujo ponto principal é a prestação de serviço de maneira universal, integral e equânime em todos os níveis de atenção.

Torna-se indissociável falar da compreensão histórica da saúde no Brasil e não citar a pandemia advinda da Covid-19, afinal, a crise do novo coronavírus é um dos maiores desafios históricos para a saúde pública a nível mundial. Há, inevitavelmente, um processo de reconstrução do Sistema Único de Saúde após os impactos da pandemia gerados na saúde pública, o que tornou ainda mais evidente a necessidade do Estado de uma política de saúde equânime, quando se sabe que a população mais atingida pela Covid-19 foram as mais vulneráveis e expostas aos determinantes sociais da saúde.

Hodiernamente, entende-se que, a história da saúde brasileira está em crise e, este tempo de percalços, não está atribuído apenas à passagem do país por um período pandêmico, mas ao grande desafio da crise política que impacta nos princípios bases de construção do SUS, na atuação dos (as) profissionais de saúde, e que conclama a luta do povo para manter seus direitos historicamente conquistados.

Portanto, apesar de toda evolução na saúde brasileira, observa-se que o SUS ainda possui diversas adversidades para encarar no século XXI, visto que é um sistema de saúde em contínua construção e, como tal, há de se levar em consideração que os ganhos adquiridos em trinta anos não são duradouros nem cumulativos, por essa razão, torna-se indispensável protegê-lo e defendê-lo.

REFERÊNCIAS

BRAGA JCS & PAULA SG. **Saúde e previdência: estudos de política social**. CEBES-Hucitec, São Paulo, 1981.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: **Senado Federal: Centro Gráfico**, 1988a. Disponível Em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 de Set. 2022.

BRASIL. Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990b. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 de Set. 2022.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990c. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 09 de set. 2022.

BRASIL. Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011d. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 de jun de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 09 de set. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza. **A política de saúde no Brasil**. In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Saúde Pública: Estudos Avançados**. V 27, n 78, 2013. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ea/a/HpvKjJns8GhnMXzgGDP7zzR/?format=pdf&lang=pt> >

CARVALHO, Leandro Rodrigues de Oliveira; RODRIGUES, Hellbia Samara Moreira de Carvalho; ROSA, Chennyfer Dobbins Paes da. Marcos históricos que permeiam a saúde pública brasileira: perspectiva de 1950 até 2019. **Rev. Educ. Saúde** 2020; (1):161-177. Disponível em: <<http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/4141/3283>>. Acesso em 09 de set. de 2022.

CORONEL, Ana Lúcia Couto *et al.* Sistema Único de Saúde (SUS): quando vai começar?. **IJHE- Interdisciplinary Journal of Health Education**, v. 1, n. 2, 2016. Disponível em: <<https://ijhe.emnuvens.com.br/ijhe/article/view/107>>. Acesso em 10 de set. de 2022.

DANTAS, Eder Samuel Oliveira. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 2021.

DA SILVEIRA, Júlia Girassol Britto et al. CRENÇAS, FAKE NEWS E SAÚDE MENTAL: CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES. **RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218**, v. 3, n. 1, p. e311104-e311104, 2022.

FERNANDES, Violeta Campolina; SOUSA, Camila Lopes de. Aspectos históricos da saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Manag Prim Health Care**, v. 12, p. 1-17, 2020. Disponível em: <<https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/download/579/871/2908>>. Acesso em 09 de set. de 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz), Ministério da Saúde, Brasil. **Políticas públicas e modelos de atenção e gestão à saúde no PMA**. 2020. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/politicas-publicas-e-modelos-de-atencao-saude-no-pma>> Acesso em: 07 set. 2022.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo, Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 2009.

LOPES-JÚNIOR, Luís Carlos et al. Vigilância em Saúde na pandemia de COVID-19 e os desafios do SUS na atualidade. **Saúde Coletiva** (Barueri), v. 11, n. 64, p. 5714-5727, 2021.

SANTOS, I. F.; GABRIEL, M.; MELLO, T. R. C. Sistema único de saúde: marcos históricos e legais dessa política pública de saúde no Brasil. **Humanidades & Inovação**, v. 7, n. 5, p. 381-391, 2020.

SANTOS, Iralde Ferreira dos; GABRIEL, Mariana; MELLO, Tatiana Ribeiro de Campos. Sistema único de saúde: marcos históricos e legais dessa política pública de saúde no Brasil. **Humanidades & Inovação**, v. 7, n. 5, p. 381-391, 2020. Disponível em: <<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/2964>>. Acesso em 08 de set. de 2022.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de saúde pública**, v. 31, p. 538-542, 1997.

SILVA, MJS; SCHRAIBER, LB; MOTA, A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, jan. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/7jH6HgCBkrmFm7RdwkNRHfm/?format=pdf&lang=pt>>

SOUZA, Celina. **Políticas públicas: uma revisão de literatura**. Ano 8, n°16. Porto Alegre: Sociologias, 2006. 20-45 p.

SOUZA, Luciana Melo *et al.* **Preparatório para residência em Psicologia**. Salvador: SANAR, 2017.

CAPÍTULO 2

GESTÃO EM SAÚDE: DESAFIOS DA REGULAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

Data de aceite: 03/10/2022

Daniel Martins Borges

Mestre em Desenvolvimento Regional– Uni-FACEF

Talita Fernanda Soares Freitas Andrade

Médica Docente- Uni-FACEF

Ana Carolina Andrade Penha

Graduanda em Medicina- Uni-FACEF

Giovanna Estulano Vieira

Graduanda em Medicina- Uni-FACEF

Gustavo Rodrigues Muraishi

Graduando em Medicina- Uni-FACEF

RESUMO: O presente artigo trata dos desafios da regulação em saúde na produção do cuidado, que tem por objetivo integrar os sistemas em saúde. A partir da constituição de 1988 até os dias de hoje, a regulação da atenção em saúde passou por várias alterações até o modelo atual. Este estudo se justifica pela enorme complexidade do modelo atual da saúde, o que torna necessário conhecimento das atuais gestões sobre o sistema. Tendo como objetivo reconhecer a regulação como ferramenta e instrumento para gestores e usuários. Trata-se de uma pesquisa descritiva, embasada em uma revisão de literatura cujo o método permite uma análise de vários estudos já publicados. Pôde-se analisar no presente estudo que os sistemas de regulação em saúde são ferramentas de apoio a gestão, e que a regulação de sistemas de saúde

possibilita um direcionamento das atividades de acordo com as necessidades da população, contemplando toda sua abrangência, mas existem ainda muitos desafios nesse caminho.

PALAVRAS-CHAVE: Regulação de sistemas, gestão em saúde, rede de atenção.

ABSTRACT: This article deals with the challenges of health regulation in the production of care, which aims to integrate health systems. From the constitution of 1988 to the present day, the health care regulation has undergone several changes until the current model. This study is justified by the enormous complexity of the current health model, which makes it necessary to know the current management of the system. Aiming to recognize regulation as a tool and instrument for managers and users. This is descriptive research, based on a literature review whose method allows an analysis of several published studies. It was possible to analyze in the present study that the health regulation systems are tools to support management and that the regulation of health systems makes it possible to direct activities according to the needs of the population, covering all its scope, but there are still many challenges along the way.

KEYWORDS: Systems regulation, health management, care network.

1 | INTRODUÇÃO

A promulgação da Constituição Federal de 1988 estabelece, a partir do artigo 196, um dos capítulos mais importantes para a Saúde Pública no país, pois declara que “a saúde é

direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas”. Dessa forma, ocorre um direcionamento para uma rede hierarquizada e regionalizada de saúde. O direito à saúde mereceu destaque especial na Constituição Federal, que a qualificou como um direito social (art. 6º), consagrando-a como um direito humano fundamental. A Lei Maior instituiu a responsabilidade comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios para implementarem as políticas públicas (CF, art. 23, II), com atendimento integral (art. 198, II). Essas garantias foram todas reafirmadas pelo art. 2º da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990).

A Constituição Federal orienta a organização dos serviços públicos de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de forma descentralizada, com direção única “em cada esfera de governo”, tudo para propiciar o atendimento integral.

A Carta da República (Brasil, 1988) impôs aos Municípios a responsabilidade de principal prestador direto dos serviços de atendimento à saúde (CF, art. 30, VII) impondo-lhes enorme sacrifício financeiro, mas não dispensa a cooperação técnica e financeira dos Estados e da União.

Oriundo de movimentos sociais, criou-se o (SUS), cuja lei 8080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e reafirma o papel formador do então novo sistema público de saúde do país, quando descreve a ordenação da formação de recursos humanos como campo de destaque de atuação para o setor.

A regulação visa integrar, não substituir, a natureza da coesão social, como um meio de controle nos sistemas de saúde, ela provoca a estabilidade do sistema, que é resultado dos valores sociais assumidos em cada sistema de saúde, entretanto, não é uma questão somente de interferências técnicas, mas uma questão gerencial com pontos fixos de referenciamentos e diversas linhas de cuidados que transitam entre os espaços de ação.

Os equipamentos de saúde ocupam diversas tecnologias e, portanto, complexidades, tendo em comum a atenção primária, a mais complexa, que além de ser porta preferencial de entrada para os diversos serviços coordena o cuidado na rede assistencial de saúde.

Para o setor saúde, a atenção primária é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidados e gestão, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (MENDES, 2010).

Algumas características do processo de trabalho das equipes de Atenção Primária fazem referência direta ao processo de territorialização, como forma de planejamento das ações direcionadas à população, como: 1- definição do território de atuação e população sob responsabilidade dos equipamentos e equipes de saúde; 2- programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde, segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência; 3- provimento

da atenção integral, contínua e organizada à população adscrita (MENDES, 2010).

Uma vez que o processo de regionalização já havia sido disparado nos anos anteriores, a Política Nacional de Regulação se preocupou em considerar a complexidade de cada município, e forneceu, então, ferramentas para o fortalecimento das ações que já vinham sendo desenvolvidas, promovendo a implantação de novos complexos reguladores nos estados e municípios, ampliando o volume de serviços regulados e qualificando as ações de regulação.

A fim de dar conta da complexidade e abrangência, a Política Nacional de Regulação apresentou três dimensões: Regulação de sistemas de saúde; Regulação da atenção à saúde; Regulação do acesso à assistência (BRASIL, 2008).

A tradução das ações de regulação em três conceitos distintos foi a grande aposta. Conforme descrito pela Portaria:

a) Regulação de Sistemas de Saúde que

[...] tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo à partir dos princípios e diretrizes do SUS, macro diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância destes sistemas (BRASIL, 2008).

b) Regulação da Atenção à Saúde:

Exercidas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde, tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção de ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos, seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macro diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada Regulação Assistencial e controle de oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência no âmbito do SUS (BRASIL, 2008).

c) Regulação do Acesso à Assistência:

Também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008).

As três dimensões auxiliam na sustentação da complexidade técnica e do conjunto de ações que estão envolvidos no ato de fazer regulação proposto na Política. A política fortalece também a ideia de uma estrutura central na gestão, instituindo este lugar de forma “legítima” e necessária dentro das estruturas municipais e estaduais.

2 | JUSTIFICATIVA

Diante da realidade administrativa em saúde, em que os recursos estão cada vez mais escassos, motivados por uma crise financeira de grande relevância no “setor saúde”, o perfil humano da gestão deve alterar-se, de modo sistemático e dinâmico, antepondo ações primárias com olhar centrado no indivíduo, na família, na comunidade e na saúde, sobretudo nos sistemas de regulação de serviços de saúde, considerando o acesso dos usuários que devem ser efetivados de forma equânime (BRASIL, 1990).

Uma das maiores dificuldades na implementação de Políticas Públicas diz respeito à dificuldade dos profissionais atenderem a esta nova realidade, rompendo com o modelo tradicional. É necessário, portanto, o conhecimento da gestão acerca do conceito ampliado de regulação de serviços de saúde. Neste sentido justifica-se o interesse pelo tema, que ao observarmos a construção colegiada entre gestor, equipe interdisciplinar e usuários, compondo a rede de saúde, desconhecem a prática de gestão, fundamentados em sistemas de regulação (BRASIL, 2008).

Além de demonstrar a comunidade científica que a aplicabilidade do conceito de regulação implica em um poderoso instrumento de gestão na implementação de políticas públicas.

3 | OBJETIVO GERAL

- Reconhecer a regulação como ferramenta, instrumento de gestão e auxílio para gestores municipais em saúde.

3.1 Objetivos específicos

- Caracterizar ações e serviços que compõem a rede de atenção;
- Identificar as fragilidades e potencialidades da regulação em saúde;
- Ofertar uma revisão sistemática do conceito de regulação de sistemas de saúde e sua importância para gestão.

4 | METODOLOGIA

O presente projeto inscreve-se na linha de pesquisa descritiva de caráter qualitativo. Dada a natureza do objeto, aplicado e exploratório realizou-se uma revisão de literatura, cujo método permitiu a síntese de vários estudos já publicados em revistas científicas, informes técnicos e legislações, pautados nos achados apresentados pelas pesquisas, resultando em uma análise ampliada e visualização de lacunas existentes. Apresenta perspectivas bibliográfica e histórica (MARCONI; LAKATOS, 1996).

O enfoque qualitativo deste trabalho, o pesquisador é o instrumento-chave, o ambiente é a fonte direta dos dados, não requer o uso de técnicas e métodos estatísticos,

têm caráter descritivo, o resultado não é o foco da abordagem, mas sim o processo e seu significado, ou seja, o principal objetivo é a interpretação do fenômeno objeto de estudo (CHIZZOTTI, 2011). Com enfoque holístico, examinaremos apenas a natureza global da regulação de serviços de saúde.

Neste estudo, será considerado a portaria como face formal da política. A partir de levantamento documental baseado nas portarias que definem e embasam a Política de Regulação em Saúde entre os anos de 2008 e 2010, complementado com o posicionamento de atores envolvidos, foram eleitos alguns componentes para análise comparativa desta política, acompanhando seu comportamento, expresso nas noções de continuidade, descontinuidade e agregação sofridas no processo de gestão até os dias atuais.

Em razão do objeto, foram considerados como dimensões da análise comparativa da legislação: a) Conceitos-chave, princípios e diretrizes gerais para a regulação de serviços de saúde; b) Aspectos organizativos e funcionais das equipes / unidades de saúde; c) Gestão e Financiamento.

A utilização de documentos públicos como fontes, neste estudo, dispensará avaliação por comitê de ética. As análises ou interpretações apresentadas são de responsabilidade dos autores. Estas, por sua vez, são resultados das combinações de análises de políticas com uma análise de conteúdo de base temática.

5 | ATENÇÃO À SAÚDE

Atenção à saúde é a conformação que o sistema de saúde, público e/ou particular (saúde suplementar), assumem como estratégias de gestão e práticas assistenciais em resposta às necessidades da população. A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) responde aos ditames da Constituição Federal de 1988, efetivada como Política Pública com a Lei 8080 de 1990. Em nosso país, a atenção assume uma estrutura interligada de saúde e está assentada em três pilares: rede (integração dos serviços Inter federativos), regionalização (região de saúde) e hierarquização (níveis de organização dos serviços). Esses são os pilares que sustentam o modelo de atenção à saúde, conforme dispõe o art. 198 da Carta Magna.

A compreensão do termo atenção à saúde remete tanto a processos históricos, políticos e culturais, que expressam disputas por projetos no campo da saúde, quanto à própria concepção de saúde sobre o objeto e os objetivos de suas ações e serviços, isto é, o que é e como devem ser as ações e os serviços de saúde, assim como a quem se dirigem, sobre o que incidem e como se organizam para atingir seus objetivos.

O modelo biomédico, estruturado durante o século XIX, associa doença à lesão, reduzindo o processo saúde-doença à sua dimensão anatomofisiológica, excluindo as dimensões histórico-sociais, como a cultura, a política e a economia e, conseqüentemente, localizando suas principais estratégias de intervenção no corpo doente. Por outro lado,

desde o final do século XIX, o modelo preventivista expandiu a teoria microbiológica da doença para as populações, constituindo-se como um saber epidemiológico e sanitário, visando à organização e à higienização dos espaços humanos (BRASIL, 2011).

No Brasil, os modelos de atenção podem ser compreendidos em relação às condições socioeconômicas e políticas produzidas nos diversos períodos históricos de organização da sociedade brasileira (MENDES, 2010).

O modelo campanhista – influenciado por interesses agroexportadores no início do século XX – baseou-se em campanhas sanitárias para combater as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola, implementando programas de vacinação obrigatória, desinfecção dos espaços públicos e domiciliares e outras ações de medicalização do espaço urbano, que atingiram, em sua maioria, as camadas menos favorecidas da população. Esse modelo predominou no cenário das políticas de saúde brasileiras até o início da década de 1960 (BRASIL, 2011).

Nesse mesmo processo, o modelo campanhista da saúde pública, pautado pelas intervenções na coletividade e nos espaços sociais, perde terreno e prestígio no cenário político e no orçamento público do setor saúde, que passa a privilegiar a assistência médico-curativa, a ponto de comprometer a prevenção e o controle das endemias no território nacional.

Ao final da década de 1970, diversos segmentos da sociedade civil – entre eles, usuários e profissionais de saúde pública (BRASIL, 2011), insatisfeitos com o sistema de saúde brasileiro iniciaram um movimento que lutou pela ‘atenção à saúde’ como um direito de todos e um dever do Estado. Este movimento ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira e culminou na instituição do SUS, por meio da Constituição de 1988 e posteriormente regulamentado pelas Leis 8.080/90, chamadas de Lei Orgânica da Saúde.

A partir da concepção ampliada do processo saúde-doença, a atenção à saúde intenta conceber e organizar as políticas e as ações de saúde numa perspectiva interdisciplinar, partindo da crítica em relação aos modelos excludentes, seja o biomédico curativo ou o privatista (BRASIL, 2015).

A complexidade dos problemas de saúde requer, para o seu enfrentamento, a utilização de múltiplos saberes e práticas. O sentido da mudança do foco compartimentado, onde as especialidades imperam para serviços e ações de saúde com visualização às necessidades individuais e coletivas, portanto para o cuidado, implica a produção de relações de acolhimento, de vínculo e de responsabilização entre os trabalhadores e a população, reforçando a centralidade do trabalho na equipe interdisciplinar.

Numa dimensão ético-política, isto significa afirmar que a atenção à saúde se constrói a partir de uma perspectiva múltipla, interdisciplinar e, também, participativa, na qual a intervenção sobre o processo saúde-doença é resultado da interação e do protagonismo dos sujeitos envolvidos: trabalhadores e usuários que produzem e conduzem as ações de saúde (MENDES, 2015).

Atualmente, uma nova agenda política está colocada no contexto da saúde – a da construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). As RAS são sistematizadas para responder as condições específicas de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimentos (MENDES, 2015), que implica a continuidade e a integralidade da atenção à saúde nos diferentes níveis Atenção Primária, Secundária e Terciária (MENDES, 2015).

O funcionamento das Redes de Atenção à Saúde pressupõe uma articulação entre todos os pontos de atenção, em que a Atenção Primária à Saúde ocupa papel importante na coordenação e continuidade do cuidado, mediante critérios de regionalização definidos, a partir dos territórios de saúde.

Segundo Mendes (2015), a administração da RAS no SUS assume um quadro institucional mais amplo de federalismo brasileiro, que consiste numa inter-relação cooperativa entre as três esferas de governo. As instituições, nesse quadro de gestão compartilhada e participação social, interagem de forma complexa, com a presença de mecanismos de controle social, presentes nos municípios na forma de Conselhos de Saúde e pactuação entre os gestores, determinando a configuração da tomada de decisão das políticas públicas em todas as instâncias de gestão. No âmbito municipal, nos dias atuais, ocorre um movimento de reorganização de serviços de saúde a partir da proposta de Redes de Atenção à Saúde, com resultados significativamente diferentes dos modelos anteriores. Esta nova lógica requer posicionamento de gestores, adaptações ao modelo atual, formação permanente, reestruturação da oferta de serviços com investimentos em resultados e agregação de valores aos usuários e, sobretudo, requer novas práticas profissionais na atenção à saúde compartilhada entre seus colaboradores.

5.1 Políticas públicas e de saúde

Compreende-se por Políticas Públicas um conjunto de ações e decisões do Governo, voltadas para a solução de problemas da sociedade (SEBRAE/MG, 2008).

Políticas Públicas também são compreendidas como a totalidade de ações, metas e planos que os governos, em cada esfera administrativa, organizam para alcançar o bem-estar social e o interesse público (SEBRAE/MG, 2008).

Ocorre que, por vezes, o bem-estar social é definido pelo governo e não pela sociedade. Isto ocorre porque não consegue se expressar de forma integral e seus governantes não asseguram espaços de fala para os usuários, o que atribuímos como controle social.

Políticas Públicas são o resultado da competição entre os diversos grupos ou segmentos da sociedade que buscam assegurar seus interesses (SEBRAE/MG, 2008).

As Políticas Públicas de Estadistas são conceituadas como as ações do Estado

perante as demandas da população (HOWLETT; HAMESH; PERL, 2013). O gestor de saúde e sua equipe devem implantar e/ou aperfeiçoar as estratégias de cuidado junto ao desenvolvimento das ações e serviços de saúde, necessitando de conhecimento científico e técnico sobre gestão em saúde.

Os gestores do SUS são responsáveis pela criação de métodos que garantam a eficácia e a eficiência dos serviços de saúde e estes enfatizam que o planejamento é de grande importância para a qualidade das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2015).

O processo de formulação, implementação de Políticas Públicas e gerenciamento, também chamado de Ciclo das Políticas Públicas, apresenta diversas fases, sendo a primeira, formação da agenda (Seleção das Prioridades); segunda, formulação de políticas (Apresentação de Soluções ou Alternativas); terceira, processo de tomada de decisão (Escolha das Ações); quarta, implementação (ou Execução das Ações) e finalmente quinta fase, a avaliação das ações (SECCHI, 2013, p. 36).

Na prática, as fases interligam-se, de tal forma que essa separação se dá mais para facilitar a compreensão do processo. Para um município ser capaz de criar e gerenciar Políticas Públicas de qualidade, são necessários, além dos recursos financeiros, planejamento de longo prazo, ou seja, é importante que os atores políticos definam um objetivo e o melhor caminho para alcançá-lo. Isso facilitará a elaboração e execução das políticas, bem como permitirá uma integração entre elas, evitando ações contraditórias por parte da administração.

O processo de planejamento de longo prazo deve ser feito pelos atores políticos, mas com auxílio dos servidores públicos e setores da sociedade civil organizada.

5.2 Política de regulação em saúde

Ao longo do tempo os sistemas de saúde buscam a garantia do acesso universal, a integralidade, obtida através da prestação do cuidado efetivo ao longo do contínuo assistencial, o eficiente uso dos recursos disponíveis, a qualidade na prestação dos serviços e a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população. A efetivação de um sistema que contemple todos estes objetivos está em constante construção e acumula uma luta histórica (MENDES 2015).

O “Estado de Bem Estar Social” ficou conhecido por buscar minimizar o desmantelamento social pós-guerra, especialmente na Europa do século XX. Tinha por objetivo central a garantia da igualdade social, protegendo e assegurando os direitos mínimos aos cidadãos. Esse modelo, que foi concebido pelo capital baseado na produção social e no pleno emprego, não resistiu ao forte impacto da instauração do capitalismo baseado nas relações monetárias e de mercado. Os países industrializados tiraram grande proveito dos chamados “30 anos de ouro”, período muito benéfico para a expansão do capitalismo liberal, porém como não havia sustentação financeira para proteger as promíscuas relações monetárias, esse modelo entrou em crise, abrindo espaço para a

instalação de um modelo neoliberal, com enxugamento da máquina pública, desemprego e privatizações (MENDES 2015).

No Brasil, nunca houve um “Estado de Bem Estar Social” instituído. O Brasil é caracterizado por possuir uma regulação social tardia, que considera a política social como ferramenta de resposta à sociedade e como uma “regulação tripartite entre Estado, Sociedade e mercado” (BRASIL, 2008). Dessa forma, o Brasil opera mediante forte tensão de interesses antagônicos: de um lado, a preservação e garantia dos direitos sociais; e de outro, o mercado com seus interesses privados e fins econômico-financeiros.

Desde a criação do SUS, em 1988, pela Constituição Federal, o sistema de saúde foi orientado para um processo de descentralização das ações e serviços de saúde, do gestor federal e estadual para os municípios. Essa diretriz teve que ser aprimorada considerando as especificidades do país. Cerca de 75% dos municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes, o que apresenta restrições no que se refere à organização da oferta de ações e serviços com escala, qualidade e custos adequados. A necessidade de estabelecer a regionalização como estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde, a melhoria do acesso e a integralidade fez com que se avançasse no processo de conformação das regiões de saúde no país.

Em 2006, com a publicação do Pacto pela Saúde, a regionalização passou a ser um princípio que orienta a descentralização. Nessa nova perspectiva, a descentralização, no SUS, deve ser entendida como um processo contínuo de compartilhamento de atividades mútuas, por meio da participação de todas as instâncias de governo, da sociedade civil organizada e do cidadão. A estratégia de promover a descentralização das ações e dos serviços de saúde por meio de um processo de regionalização baseada na escala e na qualidade e com custos adequados contribuirá para o aprimoramento da gestão do SUS e para o estabelecimento dos limites das funções dos gestores estadual e municipal (FLEURY,2008).

Considerando este aprimoramento da gestão novos dilemas foram criados, as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico e a constante busca por novas técnicas de diagnose e terapêuticas geram um forte interesse e uma pressão da população e dos profissionais de saúde para a introdução dessas novas tecnologias e dos procedimentos que possam melhorar a capacidade de resposta às doenças prevalentes e atender às necessidades da população. Os gastos com a prestação de serviços de saúde é outro ponto a ser considerado e têm aumentado nas últimas décadas e consumido uma grande proporção de recursos, individualmente ou dos governos (MENDES 2015).

Neste contexto nasce o conceito de regulação no setor saúde, criado como uma ação complexa que compreende um considerável número de atividades, instrumentos e estratégias, composta por um conjunto de ações, serviços e programas de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e palição, que incluem tanto cuidados individuais quanto coletivos e que requerem a atenção em distintos pontos de atenção à saúde

ambulatoriais e hospitalares. A aplicação dos instrumentos e estratégias de regulação pode ser separada em duas grandes dimensões, regulação social e econômica e regulação gerencial (FLEURY,2008).

Objetivos sociais e econômicos do setor saúde a equidade e a justiça; a eficiência econômica; a proteção da saúde e do meio ambiente; a informação e a educação; assim como assegurar ao indivíduo a possibilidade de escolhas. A segunda dimensão, operacional e voltada para a aplicação de mecanismos pelos quais se atingem os objetivos citados anteriormente, enfatiza eficiência e efetivo gerenciamento dos recursos humanos e materiais (FLEURY,2008).

Regular tem como significados: sujeitar as regras, dirigir, regerar, encaminhar conforme a lei, esclarecer e facilitar por meio de disposições; regulamentar, estabelecer regras para regularizar, estabelecer ordem ou parcimônia em acertar, ajustar, conter, moderar, reprimir, conformar, aferir, confrontar, comparar, dentre outros.

Para a saúde a regulação é entendida como a capacidade de intervir em processos e de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução que pode ser feita por intermédio de mecanismos indutores, normalizadores, regulamentadores ou restritores (MENDES 2015).

A microrregulação ou regulação assistencial traduz o cotidiano da operação do sistema, as regras gerais estabelecidas na macrorregulação. Consiste em articular e conjugar as respostas potenciais do sistema, para o conjunto dinâmico das demandas das populações, operacionalizando o acesso aos serviços. Além disto, implica avaliar o que foi planejado nos vários recortes da assistência, ou seja, dotar a gestão de uma inteligência(MENDES 2015).

Por fim a dimensão que tratamos neste trabalho é a Regulação de Sistemas de Saúde cujo objetivo são os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde; e tem como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo, a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas(BRASIL,2015).

6 | DISCUSSÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

As mudanças encontradas nas práticas de gestão estão associadas ao planejamento, que deve considerar as limitações para governar o sistema que provêm muitas vezes de uma escassez ou falta de controle de variáveis e recursos. Para tanto, os achados evidenciaram que a construção coletiva é o melhor recurso pois são características do planejamento estratégico a incorporação de vários atores envolvidos (BRASIL, 2015).

Desta forma, o sujeito que planeja (gestor) fica dentro da realidade (histórica e atual) e convive com outros atores; há diferentes explicações, situações ou diagnósticos condicionados pelo lugar que os demais atores ocupam nessa realidade; a conduta é um

processo criativo, estruturado; a previsão supõe um cálculo estratégico; onde o planejamento não deve se confundir com norma; refere-se ao presente; não procura adivinhar o futuro onde pode e deve ser repensado (BRASIL, 2015).

Nas relações estabelecidas na regulação em saúde, evidencia-se a proximidade entre a gestão e a assistência sobretudo na comunicação, diálogo, busca do consenso, humanização, vínculo, objetivos comuns, participação da comunidade, formação de redes, acordos entre as linhas de cuidado e a concepção de integralidade das práticas alinhadas com a gestão.

Os resultados identificados neste estudo mostraram que a regulação de sistemas de saúde é capaz de provocar mudanças nas práticas de gestão e planejamento, nas quais se observa impacto na saúde das famílias e da comunidade. Apesar disso, a má interpretação do gestor que adota a gestão participativa, pode considerar uma ameaça ao êxito dessa estratégia, pois inicialmente ela fatalmente identifica os vazios assistenciais mensurados por indicadores de saúde durante a produção do cuidado. Torna-se imprescindível, portanto, uma ação político-institucional mais efetiva para compreensão da gestão e para o fortalecimento e a consolidação dessa estratégia como política de saúde municipal.

Nesse sentido, observou-se indícios significativos do desenvolvimento de uma prática comunicativa em busca do consenso, em que todas as fragilidades em meio a êxitos são divididas para o alcance dos objetivos propostos, objetivos que se torna palpável, sendo capaz de auxiliar o gestor público na tomada de decisão.

Os conflitos presentes no dia-a-dia são mediados pela prática do diálogo nas reuniões de equipe sendo apontado pelos indicadores institucionais e por vezes por auditoria interna, aquela dentro do próprio serviço de saúde, como espaço privilegiado de encontro no ambiente de trabalho e, portanto, mostram-se mais coesas as iniciativas administrativas. É importante salientar que as dificuldades encontradas nesse processo de interação estão estritamente relacionadas às relações de trabalho ainda com poderes hierarquizados. Essas mudanças, que propomos considerar a regulação de sistemas como ferramentas de gestão, são processuais, não acontecem rapidamente, configuram elementos de status, responsabilidades e competências profissionais, posições de liderança, alimentação de sistemas de saúde e organização de serviços nos processos de trabalho.

O processo de trabalho é instrumentalizado pelo planejamento estratégico. As informações produzidas são processadas em nível local, o que possibilita um movimento de constante avaliação das ações. Ao adotar esta vertente de regulação, há por parte das equipes, uma concepção ampliada da saúde, como resultante das condições de vida e da prática dos profissionais como ação, enquanto possibilidade de transformação da realidade vivida pela comunidade, através de uma ação conjunta comunidade-equipe para a conquista da cidadania (BRASIL, 2015).

Planejamento é uma aposta que desenhamos no presente, com pretensão de atingir objetivos no futuro. Sendo assim, precisamos incorporar que o futuro é incerto, é

indeterminado, e “não estamos sozinhos no mundo construindo o futuro”. Assim como nós, outras pessoas estão construindo projetos semelhantes ou diferentes do nosso e também desejam alcançar os objetivos pretendidos (BRASIL, 2015).

7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo exposto, pode-se concluir que os modelos de atenção à saúde resultam dos diferentes contextos e situações de gestão que os determinam. Ao contrário do que se supõe, não há um modelo de saúde que suplante, isoladamente, todas as necessidades e problemas de saúde de uma determinada população.

Frente ao objetivo deste estudo, que é reconhecer a regulação de sistemas de saúde como instrumento de gestão e auxílio para gestores municipais em saúde, e diante aos resultados encontrados, pode-se gerar as seguintes hipóteses e conclusões:

Espera-se que o gestor municipal de saúde seja capaz de reconhecer o problema público e quais ferramentas de gestão podem ser utilizadas para implementação de políticas públicas. Evidencia-se também que a regulação de sistemas de saúde é capaz de contribuir facilitando os fluxos das redes de atenção em saúde provocando os escoamentos necessários para o seguimento.

Nota-se também que a regulação de sistemas oportuniza o dimensionamento e territorialização promovendo a hierarquização, princípio organizacional previsto na criação do SUS e posteriormente regulamento no decreto 7.508 de 2011 auditando a contratualização também proposto neste decreto.

Como medida de correção para o não conhecimento dos gestores sobre a política de regulação de sistemas de saúde apontadas como fracassos de gestão entendemos como necessário a capacitação técnica destes gestores e o apoio a práticas de integração de ensino/serviço.

Outro aspecto importante é que esta ferramenta promove o reconhecimento do subfinanciamento para as ações de serviços de saúde, o que inviabiliza um planejamento mais elaborado.

Quando analisamos sob o ponto de vista de um instrumento de gestão, pode-se concluir também sua interferência sob o reconhecimento da atenção que merece ser ofertada ao usuário, inclusive em qual densidade tecnológica deve ser oferecida.

No modelo de saúde vigente faz-se necessário que as secretarias de saúde identifiquem equipamentos, como a regulação de sistemas de saúde, serviços capazes de identificar e direcionar por meio de suas vigilâncias as lacunas existentes que requerem maiores investimentos e implementações.

Conclui-se também que os municípios estão reorganizando seus serviços de saúde, a partir da proposta de Redes de Atenção com resultados significativamente diferentes dos modelos anteriores. Esta nova lógica requer posicionamento de gestores, reestruturação

da oferta de serviços incluindo a visão regionalizada de seus territórios, para criação de agenda e planejamento de gestão, com investimentos em resultados e agregação de valores aos usuários e, sobretudo, requer novas práticas profissionais na atenção à saúde valorizando as produções de sua equipe, para isso é necessário que estes dados sejam mensurados.

Embora estas experiências sejam recentes no cenário nacional, estão trazendo inquietações importantes para os gestores e os profissionais do SUS, na busca de novas técnicas de gestão, todavia este trabalho busca ofertar uma ideia potencial que a regulação de sistemas quando utilizadas, são capazes de auxiliar na tomada de decisão evidenciando as fragilidades e as potencialidades, alicerçadas no conhecimento do território e nas necessidades reais dos usuários trazendo resolutividade, integralidade do cuidado em saúde e êxito para a gestão.

Por fim, a regulação de sistemas tem, portanto, profundas implicações sobre a implementação de políticas públicas sendo um potencial instrumento de gestão em seu território de atuação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Congresso Nacional. Constituição Federal. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2019.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/legislacao-estruturante-do-sus/>>. Acesso em: 13 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro GM número 1.559 de 01 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do SUS. Diário Nacional da União, Brasília, DF, 04 de agosto. 2008 Seção1. P.30.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/04_lei_8080.pdf>. Acesso em: 20 jul 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004. Seção 1.

_____. Manual de Planejamento do SUS, série Articulação Interfederativa, vol.4, Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz, Brasília/DF, 2015. Disponível em <<http://www.blog.saude.gov.br/entenda-o-sus/50546-ministerio-da-saude-lanca-manual-de-planejamento-no-sus.html>> Acesso em: 20 jul 2019.

CHIZZOTTI, A. Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais. Editora Vozes. Edição 6ª. Petropolis- RJ.2011

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. Interface (Botucatu) vol.11 no.23 Botucatu Set./Dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300003> Acesso em 26 jul 2019.

FLEURY, S; OUVENERY, M. Política de Saúde; Uma Política Social. In: GIOVANELLA, I; ESCOREL, S; LOBATO, L. V. C; NORONHA, J. C; CARVALHO, A. I. (ORG's). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro - R. J. Fiocruz, 2008. p. 23 – 64.

HOWLETT, Michael.; RAMESH, M.; PERL, Anthony. Políticas públicas: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. Técnica de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1996.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, vol 15 :2297-2305, Rio de Janeiro, Abr .2010. Disponível: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2010.v15n5/2297-2305>> Acesso em 26 jul 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. A construção social da atenção primária à saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, Brasília 2015.

SERVIÇO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS. SEBRAE/MG Políticas Públicas Conceitos e Práticas- Série: Políticas Públicas. Vol 7. Belo Horizonte- MG, 2008.

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE REALIZADAS POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PERNAMBUCO, BRASIL

Data de aceite: 03/10/2022

Data de submissão: 15/08/2022

Emília Carolle Azevedo de Oliveira

Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo
Cruz, Recife, PE, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-0957-1542>

Constança Simões Barbosa

Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo
Cruz, Recife, PE, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-0549-8293>

Louisiana Regadas de Macedo Quinino

Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo
Cruz, Recife, PE, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-7123-8089>

RESUMO: Este estudo objetivou verificar a adequação das atividades de controle da esquistossomose realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde nas instâncias municipais segundo as normas propostas pelo Ministério da Saúde para controle da esquistossomose antes da implantação do Plano para Redução e Eliminação das Doenças Negligenciadas no Estado de Pernambuco/Programa Sanar, pela Secretaria de Saúde de Pernambuco. Estudo avaliativo normativo que determinou o Grau de Implantação, GI, das atividades realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, bem como o percentual de adequação dos municípios, das Gerencias Regionais de Saúde, Geres, de Pernambuco a cada uma das atividades consideradas, segundo as

normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Aplicaram-se formulários semiestruturados à totalidade dos ACS das Unidades Básicas de Saúde que estavam realizando ações de controle da esquistossomose no momento da pesquisa. Um sistema de escores permitiu classificar o GI em implantado = 90 a 100 pontos; parcialmente implantado = 50 a 89,9 pontos e não implantado < 49 pontos. As atividades que obtiveram maior percentual de adequação foram “encaminhamento de pacientes” e “investigação de casos”. Os maiores GI foram observados no município 19 (62,7) e na V Geres (44,1), e Pernambuco teve um GI de 35,8. O estudo evidenciou o baixo grau de adequação das atividades de controle da esquistossomose realizadas pelos ACS aos padrões estabelecidos.

PALAVRAS-CHAVE: Esquistossomose; Avaliação de ações de saúde pública; Agente comunitário de saúde.

EVALUATION OF SCHISTOSOMIASIS CONTROL ACTIVITIES PERFORMED BY COMMUNITY HEALTH AGENTS IN MUNICIPALITIES OF PERNAMBUCO, BRAZIL

ABSTRACT: This study aimed to verify the adequacy of schistosomiasis control activities carried out by Community Health Agents in municipal instances according to the norms proposed by the Ministry of Health for schistosomiasis control before the implementation of the Plan for the Reduction and Elimination of Neglected Diseases in the State of Pernambuco/Sanar Program, by the Pernambuco Health Department. Normative evaluative study that

determined the Degree of Implementation, DI, of the activities carried out by Community Health Agents, as well as the percentage of adequacy of the municipalities, of the Regional Health Managements, Geres, of Pernambuco to each of the activities considered, according to the norms established by the Ministry of Health. Semi-structured forms were applied to all the CHA of the Basic Health Units who were carrying out schistosomiasis control actions at the time of the research. A scoring system allowed classifying the DI as implanted = 90 to 100 points; partially implanted = 50 to 89.9 points and not implanted < 49 points. The activities that obtained the highest percentage of adequacy were “patient referral” and “case investigation”. The highest DI were observed in municipality 19 (62.7) and V Geres (44.1), and Pernambuco had a DI of 35.8. The study evidenced the low degree of adequacy of the schistosomiasis control activities carried out by the CHA to the established standards.

KEYWORDS: Schistosomiasis; Evaluation of public health actions; Community health worker.

INTRODUÇÃO

Desde a década de 70, ações sistemáticas de controle da doença vêm sendo implementadas no Brasil, a exemplo da criação do Programa Especial de Controle da Esquistossomose – PECE, em 1975, para reduzir a prevalência e as formas graves (QUININO; BARBOSA; SAMICO, 2010). Este programa realizou mais de 12 milhões de tratamentos em todo o país, sobretudo na região Nordeste. O programa apresentava diversas falhas conceituais, metodológicas e de objetivos recebendo, por isso, críticas de especialistas da área, principalmente no que diz respeito à realização de ações de forma desintegrada e desarticulada de outros setores da saúde ou fora deles. Mesmo assim, conseguiu diminuir os casos de esquistossomose hepatoesplênica (KATZ; ALMEIDA, 2003).

Em 1980, o PECE, perdeu as particularidades de um Programa Especial, transformando-se em um programa de rotina do Ministério da Saúde, passando a ser intitulado de Programa de Controle da Esquistossomose - PCE permanecendo, com a mesma técnica e o caráter centralizador do PECE (FAVRE et al., 2009; QUININO et al., 2009). Segundo Paim (2003), no momento em que o PCE enfatizou o tratamento de doentes, passou a refletir traços do modelo médico-assistencial-privatista, centrado na demanda espontânea, curativista depreciando a integralidade do cuidado com o paciente.

A descentralização das ações de vigilância epidemiológica iniciou-se de modo efetivo no final da década de 90, com a publicação da portaria 1.399 que regulamentou a Norma Operacional Básica 01/96 em relação às competências da União, Estados e municípios no âmbito da epidemiologia e controle de doenças (BRASIL, 1999). No ano de 2004, um novo instrumento normativo foi publicado, a Portaria 1.172 de 15 de junho de 2004, indicando o processo de descentralização das ações de vigilância e definindo as atividades de vigilância em saúde: vigilância de doenças transmissíveis, vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e de seus respectivos fatores de risco, vigilância

ambiental em saúde e vigilância da situação de saúde (BRASIL, 1999, 2004).

Nestanova conjuntura, o PCE se embasou nos inquéritos coproscópicos; quimioterapia seletiva para portadores em faixa etária específica; ou tratamento coletivo de acordo com a prevalência, controle de moluscos, saneamento ambiental, educação em saúde, vigilância epidemiológica e a alimentação do Sistema de Informação do PCE (SISPCE). A ação de controle da esquistossomose se embasa nos dados históricos registrados pelo PCE e nas suas atividades de vigilância epidemiológica nas áreas endêmicas (QUININO; BARBOSA; SAMICO, 2010). Tais atividades devem ser congregadas àquelas desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2008).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi adotada em 1994 com a finalidade de organizar a atenção básica e reorientar o modelo de assistência à saúde. A ESF se caracteriza por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que compreendem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde e visa o desenvolvimento de práticas interdisciplinares trabalhadas por equipes, levando em consideração a realidade local e as diferentes necessidades dos grupos populacionais (NASCIMENTO; NASCIMENTO 2005).

Com isso, a Política Nacional de Atenção Básica, em 2006, escolheu a integralidade à saúde da população de territórios delimitados como elemento de ação dos profissionais das unidades, exibindo-se como um lugar excelente para praticar vigilância em saúde (BRASIL, 2006). Para a política do Ministério da Saúde, os integrantes da atenção básica/saúde da família e da vigilância em saúde, devem atuar no controle da esquistossomose com ações de assistência, educação e vigilância; desenvolvendo trabalhos que respeitem a integralidade e os conhecimentos específicos de cada profissional, principalmente, dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, evitando a duplicidade de trabalhos que devem ser complementares (SILVA; DOMINGUES, 2011). Neste aspecto, embora o trabalho de todos os profissionais seja de extrema importância para o controle da esquistossomose nas instâncias municipais, o ACS se destaca por integrar a comunidade, apresentando a mesma cultura e por ser o profissional de maior confiança dentro do território. O contato permanente entre o ACS e residentes forma um elo entre serviço e usuário do sistema, promovendo o trabalho de vigilância e promoção da saúde, potencializando assim as atividades educativas e permitindo a permuta do saber (MARZARI; JUNGES; SELLI, 2011).

Dentre as atribuições dos ACS's no que concerne ao controle da esquistossomose estão à responsabilidade por identificar indivíduos e famílias expostas a situações de risco, orientar famílias para utilizar adequadamente o serviço de saúde e desenvolver ações de educação e vigilância o que responsabiliza a equipe de saúde da família quanto ao acompanhamento do usuário em relação as detecções de novos casos, controle de cura ou novas complicações advindas da doença (BRASIL, 2008).

Dessa forma, este trabalho objetivou verificar a adequação das atividades de

controle da esquistossomose realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde nas instâncias municipais de acordo com as normas propostas pelo Ministério da Saúde para o controle da esquistossomose antes da implantação do Plano para Redução e Eliminação das Doenças Negligenciadas no Estado de Pernambuco – Programa Sanar, pela Secretaria de Saúde de Pernambuco.

METODOLOGIA

Esta pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado “Análise da Implantação do Programa de Esquistossomose em Pernambuco” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães conforme parecer nº 099/2008 nº 013/2009 – 0083.0.95.000-08, financiada pelo programa Estratégico de Apoio à Pesquisa em saúde (PAPES), cujo objetivo principal foi analisar a implantação do Programa de Controle da Esquistossomose no Estado de Pernambuco a partir da verificação da influência dos determinantes políticos e estruturais (contexto) na variação do Grau de Implantação (GI) do PCE em municípios do Estado de Pernambuco, segundo referencial teórico desenvolvido por Denis e Champagne (1997).

Para o alcance dos objetivos, este estudo selecionou uma amostra representativa de 20 municípios de Pernambuco (IC: 95%; Erro 10; Variância: 25), onde foram entrevistados gestores e técnicos de nível médio e superior, dos setores de vigilância em saúde e atenção básica, que trabalham com o controle da esquistossomose, através da aplicação de formulários contendo questões relativas à estrutura municipal, ao processo de trabalho e ao contexto político e estrutural municipais, construídos a partir da teoria adotada e, por isso, especialmente adequada ao objetivo do estudo.

Os formulários foram validados em estudo piloto e as modificações necessárias foram feitas. Os formulários utilizados neste estudo foram elaborados, especificamente, para os ACS. A escolha pelo delineamento quantitativo deu-se em função da possibilidade de generalização estatística. O processo de seleção foi de amostragem estratificada proporcional ao município de cada Geres participante do estudo.

O modelo utilizado para o estudo é do tipo avaliativo, que congregou a avaliação normativa em seu componente processo. Segundo a abordagem sistêmica, a qualidade de uma intervenção pode ser medida considerando-se a estrutura existente, o processo e os resultados atingidos (SILVA; FORMIGLI, 1994) onde a “estrutura” corresponde aos instrumentos, recursos, aspectos físicos e organizacionais sendo importante para o desenvolvimento do processo e seus consequentes; o “processo” está relacionado com o conjunto das atividades desenvolvidas na interação profissionais-pacientes, sendo a trajetória mais direta para examinar a qualidade do cuidado tendo, sendo a dimensão escolhida neste estudo. Os “resultados”, por sua vez significa as transformações constatadas no estado de saúde da população que tivessem conferido com a atenção

prestada pelo profissional anteriormente, refletindo o “input” do cuidado (SILVA; FORMIGLI, 1994; DONABEDIAN, 1990).

A avaliação normativa é uma atividade que consiste em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção a partir de critérios e normas comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processos), e os resultados obtidos com critérios e normas que são indicadores provenientes tanto de resultados de pesquisas/fundamentos de pessoas especialistas da área, quanto das publicações normativas existentes (CONTRANDIOPULOS et al., 1997) Este tipo de avaliação permite medir a adequação das atividades de controle da esquistossomose realizadas pelos ACS através da construção do indicador composto “Grau de Implantação” (GI), cuja construção será abordada adiante.

A realização de uma avaliação normativa requer o cumprimento de algumas etapas. Primeiro faz-se necessária à construção de um modelo lógico (ML) (Quadro1), que é compreendido como “um esquema visual de como um programa deve ser implementado e quais resultados são esperados” (QUININO; BARBOSA; SAMICO, 2010). Para sua construção, utilizaram-se como base o Caderno de Atenção Básica nº21 e as leis GM nº 1172/ de 15 de junho de 2004 e 1399/ 1999 (BRASIL, 1999, 2004, 2008). No caso desta pesquisa, o ML contém, de forma detalhada, a estrutura necessária, as atividades que devem ser realizadas e os resultados esperados concernentes às atividades de controle da esquistossomose na Estratégia Saúde da Família com relação às competências do ACS (BRASIL, 1999, 2008).

Componente	Recursos	Atividades	Produto	Resultado	Impacto
Assistência aos pacientes com esquistossomose	<ul style="list-style-type: none"> Manual técnico da esquistossomose; Caderno de Atenção Básica 21; Recursos humanos; Medicamentos; Potes coletor de fezes Materiais de escritório (lápis, caneta, papel, outros). 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar os casos suspeitos de esquistossomose e encaminhá-los à UBS para diagnóstico e tratamento; Supervisionar a tomada em dose única da medicação para Esquistossomose, quando indicado; Agendar controle de cura, que consiste na realização de 3 exames de fezes em dias seguidos, após o quarto mês de tratamento; Proceder a distribuição dos recipientes de coleta de materiais para exame de fezes parasitológico; Receber o resultado do exame e providenciar o acesso do paciente ao tratamento imediato e adequado de acordo com as orientações das SMS e diretrizes técnicas do PCE. 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % dos casos novos de esquistossomose identificados; 100 % das doses administradas supervisionadas; 100% do acompanhamento do controle de cura agendado; 90% dos recipientes para coleta de fezes distribuídos; 100% dos resultados do exame positivo com acesso ao tratamento imediato garantido. 	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a identificação dos números de casos novos de Esquistossomose; Aumentar o acompanhamento da evolução dos casos antigos. 	<ul style="list-style-type: none"> Redução da prevalência da esquistossomose.
Atividades de vigilância	<ul style="list-style-type: none"> Manual técnico do PCE; Caderno de Atenção Básica 21; Recursos humanos; Materiais de escritório. 	<ul style="list-style-type: none"> Investigar a existência de casos no núcleo familiar e comunidade, a partir dos casos confirmados por meio do exame parasitológico de fezes, conforme planejamento e programa da UBS; Comunicar ao instrutor supervisor do ACS a existência do caramujo; Encaminhar ao ACE os casos em que haja necessidade do uso de equipamentos e produtos específicos como moluscocidas. 	<ul style="list-style-type: none"> 100% dos casos no núcleo familiar e comunidade registrados; 100% dos criadouros de caramujos comunicados ao supervisor; 100% dos casos com necessidades ambientais específicas encaminhados para o ACE. 		
Educação em saúde e mobilização da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> Recursos humanos; Materiais de escritório; Material de divulgação da ocorrência do evento (pôsteres, panfleto, bicicleta com som) Caderno de atenção básica 21; 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar ações educativas e de mobilização social visando o controle do agravo na comunidade; Atuar junto aos domicílios informando aos moradores sobre a doença, seus sintomas, riscos e agente transmissor; Orientar a população sobre a forma de evitar locais que possam oferecer riscos para a formação de caramujo; Promover reuniões com a comunidade a fim de mobilizá-la para ações de prevenção e controle da Esquistossomose; Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle dos hospedeiros intermediários do <i>Shistosoma mansoni</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % da área de cobertura da UBS capacitadas quanto a transmissão da doença; 100 % dos domicílios informados com relação ao agravo; 100 % da população orientada para evitar os locais de risco da esquistossomose; 25% das reuniões realizadas a fim de mobilizar a comunidade para ações de prevenção e controle da doença; 100 % da comunidade mobilizadas para o desenvolvimento de medidas de controle ambiental. 		
Atividades integradas	<ul style="list-style-type: none"> Recursos humanos; Materiais de escritório; Material de divulgação do evento; Manual do PCE; critório; Caderno de atenção básica 21. 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar os casos suspeitos de Esquistossomose e encaminhá-los à UBS para diagnóstico e tratamento; Agendar controle de cura; Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> 100% dos casos suspeitos identificados e encaminhados à UBS; 100% do controle de cura dos casos confirmados agendados; 100% das ações educativas realizadas. 		

Quadro 1 - Modelo lógico das atividades de controle da esquistossomose realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde nas instâncias municipais de Pernambuco.

Fonte: autores do trabalho.

Na segunda etapa, procedeu-se à construção da matriz de julgamento (MJ) (Quadro

2) a partir do modelo lógico (Quadro 1), na qual contém os componentes, critérios e padrões exigidos para um controle efetivo da esquistossomose no que diz respeito às atividades que devem ser realizadas pelos ACS, bem como os pontos de corte que foram adotados no julgamento das atividades em relação ao que está estabelecido nas normas (MEDINA et al., 1997).

Em seguida, procedeu-se ao cálculo do GI das atividades desenvolvidas pelo ACS's para o estado de Pernambuco, utilizando-se um sistema de escores (MEDINA et al., 1994) no qual cada item da dimensão processo presente na matriz recebeu uma pontuação específica, de acordo com a importância que o referido item possui no que concerne ao controle da esquistossomose, de modo que o somatório destes foi 100.

O julgamento de valor foi feito em duas etapas: primeiro, para cada município em separado e, depois, para o grupo de municípios representando o Estado de Pernambuco e as Geres. Para a primeira etapa, comparou-se o observado na realidade empírica (proporção de profissionais que se enquadram nas normas) com os critérios contidos na matriz, sendo que, para cada categoria analisada considerou-se como “adequando-se às normas” se >90% dos ACS estivessem realizando as ações como preconizado nos documentos adotados, recebendo, neste caso, máxima pontuação; se entre 50 e 89,9% dos ACS estivessem realizando ações de acordo com a norma, a categoria recebeu pontuação intermediária e se < 49,9% dos ACS estivessem enquadrados recebeu pontuação mínima (Quadro 2). O somatório de pontos atingidos por cada categoria correspondeu ao GI da dimensão processo de trabalho dos ACS no que diz respeito ao controle da esquistossomose para cada município avaliado.

Além do Grau de Implantação, a análise da MJ sob uma perspectiva horizontal possibilitou julgar a adequação dos municípios do estudo à determinada atividade, através do cálculo da proporção de municípios onde mais de 95% de ACS se adequaram ao que está estabelecido pelas normas, a partir do que foi possível apontar quais das atividades de controle estão sendo mais fortemente absorvidas por estes profissionais.

COMPONENTES	CRITÉRIO	PADRÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA	PONTOS DE CORTE/ JULGAMENTO
ASSISTÊNCIA EM SAÚDE	Casos de Esquistossomoses encaminhados	ACS encaminha doente pra unidade	7	<p>> 95% dos profissionais realizando condutas de acordo com os padrões: 7,0 pontos – adequado às normas/ implantado</p> <p>De 60 a 94,9% dos profissionais realizando condutas de acordo com os padrões: 3,5 pontos – parcialmente adequado/ implantado</p> <p>< 59,9% de profissionais realizando condutas de acordo com os padrões: 0,0 pontos – inadequado/ não implantado</p>
	Acompanhamento da tomada de medicação	ACS acompanha pacientes na tomada da medicação	7	
	Controle de Cura agendado	ACS agenda controle de cura	7	
	Investigação dos casos suspeitos de Esquistossomose na família/ comunidade	ACS investiga caso suspeito de Esquistossomose	7	
	Entrega/ coleta de potes	ACS entrega/ coleta potes	7	
	Entrega de resultados/ cadastro do paciente	ACS entrega resultados e cadastra pacientes	7	
	Tratamento imediato/ adequado para Esquistossomose	ACS garante tratamento imediato/adequado do paciente	7	
	Reconhecimento dos Sinais e sintomas – hepatoesplênica	ACS reconhece um caso de esquistossomose hepatoesplênica	7	
	Conhecimento sobre o PCE	ACS possui conhecimento sobre o PCE	7	
	Conhecimento sobre a transmissão da doença (considerar os tópicos 3.4 e 3.5 dos questionários)	ACS reconhece a forma de transmissão da doença	7	
EDUCAÇÃO/ MOBILIZAÇÃO	Ações de educação em Saúde	ACS realiza educação em saúde	5	<p>> 95% dos profissionais realizando condutas de acordo com os padrões: 5,0 pontos – adequado/ implantado</p> <p>De 60 a 94,9% dos profissionais realizando condutas de acordo com os padrões: 2,5 pontos; parcialmente adequado/ implantado</p> <p>< 59,9% de profissionais realizando condutas de acordo com os padrões: 0,0 pontos. inadequado/ não implantado</p>
	Mobilização da comunidade para o controle do caramujo	ACS mobiliza a comunidade	5	
VIGILÂNCIA/ INTEGRAÇÃO	Identificação da prevalência da Esquistossomose na área	ACS identifica a prevalência de Esquistossomose	2,5	<p>> 95% dos profissionais realizando condutas de acordo com os padrões: 2,5 pontos; adequado/ implantado</p> <p>De 60 a 94,9% dos profissionais realizando condutas de acordo com os padrões: 1,25 pontos; parcialmente adequado/ implantado</p> <p>< 59,9% de profissionais realizando condutas de acordo com os padrões: 0,0 pontos. inadequado/ não implantado</p>
	Conhecimento sobre o hospedeiro intermediário	ACS conhece o hospedeiro intermediário	2,5	
	Verificação da existência de coleções hídricas na área	ACS verifica a existência de coleções hídricas na área	2,5	
	Comunicação ao supervisor a existência de caramujos	ACS comunica a existência de caramujos	2,5	
	Encaminhar a necessidade de uso de moluscocidas	ACS encaminha para o uso de moluscocidas	2,5	
	Ações integradas com a vigilância	ACS realiza ações integradas	2,5	
	Notificação	ACS notifica	2,5	
	Planejamento das ações	ACS planeja as ações	2,5	
TOTAL DE PONTOS			100	

Quadro 2 - Matriz de Julgamento, contendo os componentes, critérios, padrão, pontuação e pontos de corte utilizados para julgar as atividades de controle da esquistossomose realizadas pelos ACS nas instâncias municipais de Pernambuco.

Fonte: autores do trabalho.

RESULTADO

Os resultados desta pesquisa estão dispostos na Tabela 1. Observa-se que, para o componente assistência, as atividades que foram mais absorvidas pelos ACS foram “encaminhamento de pacientes” e “investigação de casos”, onde se verifica um percentual de 75% e 70%, respectivamente, de municípios onde mais de 95% dos ACS’s realizam as atividades de acordo com os padrões. Com relação aos componentes Educação/Mobilização e Vigilância/Integração, nenhuma das atividades obteve grau satisfatório de adequação.

Numa perspectiva vertical pode-se avaliar o Grau de Implantação (GI), por município e Geres, da dimensão processo de trabalho dos ACS com relação ao controle da esquistossomose. O município 19 (62,7) obteve o maior GI no Estado de Pernambuco, seguido do município 7 (59,5). Por sua vez, o município 15 obteve o menor GI (10,7), seguido do município 6 com GI de 16,7 pontos. Com relação às Geres, a que obteve melhor GI foi a V, com 44,1 pontos, e a que recebeu menor pontuação foi a IV, com 19,4 pontos.

ASSISTÊNCIA EM SAÚDE			PADRÃO	GERES I	GERES II	GERES III	GERES IV	GERES V	% DE MUNICÍPIOS CUJOS PROFISSIONAIS SE ADEQUARAM ÀS NORMAS
ACS agenda controle de cura	ACS acompanha pacientes na tomada da medicação	ACS encaminha doente pra unidade							
7	3,5	7	M-1						
3,5	0	7	M-2						
3,5	7	7	M-3						
0	0	7	M-4						
0	0	7	M-5						
0	0	3,5	M-6						
3,5	0	7	M-7						
33,5	3,5	7	M-8						
0	3,5	3,5	M-9						
3,5	3,5	3,5	M-10						
3,5	0	7	M-11						
3,5	0	7	M-12						
0	3,5	7	M-13						
0	0	7	M-14						
0	0	3,5	M-15						
0	0	7	M-16						
0	0	7	M-17						
3,5	3,5	7	M-18						
3,5	7	7	M-19						
0	3,5	3,5	M-20						
0,5%	1%	75%							

EDUCAÇÃO / MOBILIZAÇÃO		ASSISTÊNCIA EM SAÚDE						
ACS realiza educação em saúde	ACS mobiliza a comunidade	ACS possui conhecimento sobre o PCE	ACS reconhece a forma de transmissão da doença	ACS reconhece um caso de esquistossomose hepatoesplênica	ACS garante tratamento imediato/ adequado do paciente	ACS entrega resultados e cadastra pacientes	ACS entrega/ coleta potes	ACS investiga caso suspeito de Esquistossomose
5	0	3,5	0	0	3,5	3,5	3,5	7
2,5	0	3,5	0	0	3,5	0	0	7
0	0	3,5	0	0	7	0	3,5	3,5
0	2,5	3,5	0	0	0	0	0	7
2,5	0	7	0	0	3,5	7	7	7
2,5	0	3,5	0	0	0	0	0	3,5
5	2,5	3,5	0	7	3,5	3,5	7	7
5	0	3,5	0	3,5	3,5	0	3,5	7
5	0	3,5	0	0	3,5	3,5	3,5	3,5
2,5	2,5	3,5	0	3,5	3,5	0	3,5	3,5
2,5	2,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	7
5	2,5	3,5	0	0	0	0	0	7
5	2,5	3,5	0	0	3,5	0	0	7
2,5	0	3,5	0	0	3,5	0	0	7
0	0	0	0	0	0	0	0	3,5
2,5	2,5	3,5	0	0	0	0	0	7
0	2,5	0	3,5	0	0	0	0	7
0	0	0	3,5	7	0	3,5	0	7
0	0	0	3,5	7	3,5	3,5	7	7
5	0	3,5	0	3,5	0	3,5	0	3,5
35%	0%	0,5%	0%	15%	0,5%	0,5%	15%	70%

VIGILÂNCIA/ INTEGRAÇÃO									
GI Muni- cipios	ACS planeja as ações	ACS notifica	ACS realiza ações integradas	ACS sabe calcular e avaliar a prevalência da esquistossomose	ACS detecta neces- sidade de interven- ção para controle do caramujo	ACS comunica a existência de caramujos	ACS conhece o hospedeiro intermediário	ACS verifica a existência de coleções hídricas na área	
51	0	1,25	0	0	0	2,5	1,25	2,5	
28,25	0	0	0	0	0	0	1,25	0	
35	0	0	0	0	0	0	0	0	
21,25	0	0	0	0	0	0	1,25	0	
43,5	0	1,25	0	0	0	0	0	1,25	
16,75	0	1,25	0	0	0	1,25	0	1,25	
59,5	1,25	1,25	1,25	0	2,5	1,25	1,25	1,25	
50	2,5	1,25	0	0	1,25	2,5	0	2,5	
29,5	0	0	0	0	0	0	0	0	
40,5	0	0	1,25	0	1,25	2,5	0	2,5	
48,5	0	1,25	0	0	0	1,25	1,25	1,25	
36	2,5	2,5	1,25	0	0	0	1,25	0	
38,25	1,25	1,25	1,25	0	1,25	0	0	1,25	
27,25	0	1,25	0	0	0	1,25	1,25	0	
10,75	1,25	0	0	0	0	1,25	0	1,25	
25	1,25	0	0	0	0	1,25	0	0	
22,5	0	0	0	0	0	0	1,25	1,25	
38,75	0	0	0	0	0	0	2,5	1,25	
62,75	2,5	2,5	2,5	0	2,5	1,25	0	2,5	
31	0	0	0	0	0	2,5	1,25	1,25	
	15 %	10 %	0,5 %	0%	10 %	20 %	0,5 %	20 %	
GI GERES	32,62		44,00		32,75	19,41	44,16		

Tabela1- Distribuição do Grau de Implantação das ações de controle da Esquistossomose realizadas pelos agentes comunitários de saúde por município e Geres e da proporção de adequação dos municípios as normas consideradas. Pernambuco, Brasil, 2008-2010.

DISCUSSÃO

O Ministério da Saúde, através de publicações específicas, torna claro que o trabalho do ACS é fator fundamental na busca pelo desejado controle de doenças de etiologia multicausal como a esquistossomose, considerando que suas atribuições básicas incluem desde a realização de diagnósticos situacionais, passando por ações de educação no âmbito da saúde, o estímulo à participação da comunidade em políticas voltadas para a área da saúde, o monitoramento de situações de risco e a participação em ações que fortaleçam elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (BRASIL, 1999, 2001, 2008, 2009). Neste trabalho, observou-se que a atuação deste ator deixou a desejar em muitos aspectos importantes no controle desta doença, o que pode contribuir para manutenção desta parasitose como problema de saúde pública no Estado de Pernambuco.

No tocante ao componente assistência, sabe-se que a resolutividade dos problemas de saúde, principalmente de doenças multicausais como a esquistossomose, requer a abordagem abrangente do paciente, no sentido de articular ações de alcance preventivo com as assistenciais (SÁ et al., 2007). Isso tanto é verdade no que diz respeito a ações governamentais de largo alcance quanto às ações práticas realizadas em nível micro, a exemplo das realizadas pelos ACS no seu âmbito de atuação, requerendo desde a identificação do paciente sintomático até a realização do controle de cura (PATTY et al, 2010). Neste trabalho, observou-se uma tendência contrária ao que está proposto, pois mesmo que os ACS encaminhem pacientes e investiguem casos, não incorporaram as demais atividades o que, muitas vezes, culmina em perda deste paciente pela interrupção da linha de cuidado (BRASIL, 2008).

Dentre os princípios e diretrizes do SUS, talvez o da integralidade seja o que é menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas (MATTOS, 2004). Corroborando com essa afirmação e com os resultados do presente estudo, Sá et al. (2007), em sua pesquisa que visou identificar e analisar os motivos de abandono do tratamento da tuberculose pelos usuários das Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV, na cidade de João Pessoa – PB, observaram que o não alcance da cura da doença está relacionada com o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde, especialmente o ACS, que por muitas vezes não mantém o cuidado na mesma intensidade, negligenciando assim o acompanhamento do doente podendo prejudicar o sucesso do tratamento.

Outro componente necessário para quebra do ciclo de transmissão da esquistossomose é a “educação e mobilização em saúde”, cuja importância reside na sua capacidade de facilitar ações voluntárias conducentes à saúde através da combinação de diversas experiências de aprendizagem (FIUZA, 2009). Pesquisa realizada por Ferraz e Aerts (2003) mostrou que esta atividade é a segunda mais realizada por estes profissionais. Esta pesquisa, no entanto, mostrou que, no que concerne ao controle da esquistossomose,

o componente de Educação/Mobilização não foi bem assimilado pelos ACS e, mesmo que a realizassem, não surtiria o efeito desejado já que mostraram pouco conhecimento sobre a doença e seu modo de transmissão.

No que concerne a Vigilância à Saúde, são conhecidas as suas propriedades no sentido de reorientar o modelo de atenção vigente, pautado na verticalidade e falta de integração (FARIA; BERTOLOZZI, 2010). Isto é particularmente verdade no que diz respeito ao controle da esquistossomose, fortemente influenciado pela vertente sanitária do início do século, o que torna mais difícil a reorganização do processo de trabalho através da desejada modificação das tarefas no campo da saúde e consequente atendimento às necessidades da comunidade.

Neste trabalho, observou-se que o componente Vigilância/Integração, também não obteve grau satisfatório de adequação das atividades desenvolvidas pelos ACS's nos municípios. São conhecidos os esforços do Ministério da Saúde em efetivar a prática da vigilância na atenção básica (BRASIL, 1999, 2001; MATTOS, 2004), no entanto, o caráter fortemente normativo destas publicações aliado a uma formação acadêmica geralmente condicionada por concepções e valores desenvolvidos sócio historicamente que culmina na falta de transdisciplinaridade do profissional de nível superior responsável pela unidade básica de saúde, onde o ACS está vinculado, e converge para a não incorporação destas ações pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (MARZARI; JUNGES; SELLI, 2011). Com a publicação do Caderno de atenção Básica nº 21 (BRASIL, 2008), cujo texto possui características mais operacionais, esperava-se que este movimento ocorresse mais naturalmente o que, a julgar pelos resultados desta pesquisa, parece não ter acontecido.

Com relação à avaliação do Grau de Implantação, por município e Geres, da dimensão processo de trabalho dos ACS no controle da esquistossomose, observou-se que o município 19 obteve a melhor classificação (62,7 pontos) que, por sua vez, encontra-se inserido dentro da Geres com o maior GI (V Geres, com 44,1 pontos). Por sua vez o município 15, no presente estudo, é o que possui mais baixa aderência ao que é padronizado, estando inserido na Geres com menor GI. Com relação ao município que obteve a melhor colocação no componente “vigilância e integração” foram realizados 62,5% das atividades e o componente “assistência em saúde” 50% dessas.

O estudo evidenciou, de forma geral, que o ACS tem pouca consciência do seu papel no controle da esquistossomose. Uma explicação coerente reside no fato de que esta doença tem sido historicamente, abordada pelos profissionais de vigilância em saúde de maneira focal e com baixa efetividade não chegando, muitas vezes, a alcançar os determinantes dos agravos. Esta forma de atuar reflete o modelo sanitário, estabelecido desde o começo do século, que tem suas origens no modelo sanitário que era baseado em campanhas e programas e influencia as ações de saúde até hoje (FERRAZ; AERTS, 2005). Deste modo, é de se esperar que os ACS não reconheçam o controle da esquistossomose como sendo uma de suas atribuições.

Por outro lado, é necessário mencionar que a origem dos ACS se deu a partir da decisão do Ministério da Saúde, em 1991, ao criar o Programa Agentes Comunitários de saúde (PACS) para enfrentar os graves índices de morbimortalidade infantil e materna no Nordeste, o que imprimiu na mente destes profissionais certa restrição a respeito de suas potencialidades enquanto agentes promotores da saúde (TOMAZ, 2002).

Com a criação do PSF, o papel do ACS foi ampliado, saindo do foco materno-infantil para família e a comunidade, além de exigir novas competências no campo político e social. É necessário considerar se o nível de escolaridade do ACS é capaz de dar conta desse novo papel, bem mais complexo e abrangente, e que muitas vezes faz com que eles carreguem o estigma de “consolidadores dos princípios e diretrizes do SUS”, onde se devem considerar outros fatores de ordem técnica, política e social, bem como o envolvimento de outros atores (TOMAZ, 2002). Isto faz com que estes profissionais se sintam sobrecarregados e confusos diante das diversas atribuições que lhe são conferidas.

Por fim, cabe a extensa discussão a respeito da função do ACS, voltando à atenção para a sua formação enquanto agente promotor da saúde, assim como para delimitação do seu campo de atuação, para que não sejam geradas expectativas em torno de atividades que não serão adequadamente cumpridas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Seção 1, p. 71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa de Saúde da

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.172, de 15 de junho de 2004**. Regulamenta a NOB SUS 1/1996, no que diz respeito às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal na área da vigilância em saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p.58, 17 jun. 2004. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.399, de 15 de dezembro de 1999**. Regulamenta a NOB SUS/96 - Competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose** / Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008.195 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.84 p.: il. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

CONTRANDIOPULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde** - Dos modelos teóricos à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. cap. 2, p. 29 – 47.

DENIS, J.; CHAMPANHE, F. Análise da implantação. In: Hartz Z. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 49-88.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med. 1990; 114: 1115-8. Família. Brasília (DF): 2001.p. 20.

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo. v. 44, n. 3, p. 789-795, 2010.

FAVRE, T.C.; PIERI, O.S.; BARBOSA, C.S.; BECK, L. Avaliação das ações de controle da Esquistossomose implementadas entre 1977 e 1996 na área endêmica de Pernambuco, **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília. v. 18, n. 4, p. 335-343, 2009.

FERRAZ, L.; AERTS, D.R.G.C. O cotidiano de Trabalho Agente Comunitário de Saúde no PSF de Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

FIUZA, T.M. **Necessidades educacionais percebidas por profissionais de nível superior que atuam na estratégia saúde da família**. Dissertação - Universidade Federal do Ceará, 2009.

KATZ, N.; ALMEIDA, K. Esquistossomose, xistosa, barriga d'água. **Cienc. Cult**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 38-43. 2003.

MARZARI, C.K.; JUNGES, J.R; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 873-880, 2011.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MEDINA, M.G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In; HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde** - dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. cap. 2, p. 41 –63.

NASCIMENTO, M.S.; NASCIMENTO, M. A.A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-345, 2005.

PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol, M. Z.; Almeida Filho, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Médici, 2003. p. 567-586.

PATTY, F.A. et al. Desafios à Coordenação dos Cuidados em Saúde: Estratégias de Integração Entre níveis assistenciais los Grandes Centros Urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298. 2010.

QUININO, L. R. M.; BARBOSA, C. S.; SAMICO, I. O programa de controle da esquistossomose em dois municípios da zona da mata de Pernambuco: uma análise de implantação. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**, Recife, v. 10, suppl 1, 2010.

QUININO, L. R. M. et al. Avaliação das atividades de rotina do Programa de Controle da Esquistossomose em municípios da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, entre 2003 e 2005. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 4, p. 335-343, 2009.

SÁ, L. D. et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n 4, p. 712-718, 2007.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

SILVA, P.C.V.; DOMINGUES, A.L.C. Aspectos epidemiológicos da esquistossomose hepatoesplênica no Estado de Pernambuco, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 2011, v. 20, n. 3, p. 327-336, 2011.

TOMAZ, J.B.C. O Agente Comunitário de Saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.10, p. 75-94, 2002.

A PSICANÁLISE EM TEMPOS DE PANDEMIA: O NOVO CORONAVÍRUS E A SAÚDE COLETIVA

Data de aceite: 03/10/2022

Adelcio Machado Santos

Doutor em Engenharia e Gestão do Conhecimento (UFSC). Pós-Doutor em Gestão do Conhecimento (UFSC). Docente, pesquisador e orientador nos Programas de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Sociedade e em Educação, ambos da Universidade Alto Vale Rio do Peixe (Uniarp) <https://orcid.org/0000-0003396-972X>

Dado a lume, originalmente, no periódico “Mais Educação”, em 2022.

RESUMO: Sobreviver consiste em prioridade quando se fala em pandemia. Normas de caráter extremo acarretam mudanças nos cenários mundiais, estejam eles ligados ao setor econômico, social, cultural e ambiental e, conforme se expandem o número de doentes, aumentam os critérios de isolamento social e econômico e as situações de maior sensibilidade mental e/ou vulnerabilidade. A pandemia do novo Coronavírus gera inúmeros impactos negativos, e, no âmbito da saúde os prejuízos foram maiores e muito mais sentidos. A saúde física e mental da população foi extremamente prejudicada, a dor, a angústia, a fobia, o luto e o desamparo se fazem muito presente. Surgem inúmeros pedidos de atenções sobre os aspectos psicológicos, oriundos das incertezas que dela decorrem. Isolamento social, trabalho *home office*, uso de máscaras, fechamento do

comércio, de escolas, em decorrência do medo que assola toda a comunidade, em especial, daqueles que trabalham de forma permanente na linha de frente no combate da enfermidade. Os serviços ligados aos setores da psicanálise foram essenciais para dar um pouco de conforto, buscando melhor forma de atender e preservar a saúde integral dos indivíduos, ocupando-se com a promoção e a prevenção em saúde mental e pública. Assim, busca-se nesse estudo, através da revisão de literatura, fazer um debate teórico entre diversos autores sobre conceitos de saúde pública e psicanálise, com vistas a levantar indagações e reflexões sobre os problemas enfrentados na atual sociedade brasileira. Como forma de pesquisa, foi utilizada a revisão sistemática da literatura, a partir de fontes secundárias publicadas sobre os temas.

PALAVRAS-CHAVE: Psicanálise; Pandemia; Saúde Coletiva.

PSYCHOANALYSIS IN PANDEMIC TIMES: THE NEW CORONAVIRUS AND PUBLIC HEALTH

ABSTRACT: Survival is the priority when we talk about a pandemic. Extreme regulations bring about changes in the world scenarios, whether they are linked to the economic, social, cultural, or environmental sector, and as the number of patients expands, the criteria for social and economic isolation and the situations of greater mental sensitivity and/or vulnerability increase. The pandemic of the new Coronavirus generates countless negative impacts, and, in the health sphere, the damage has been greater and much more felt. The physical and mental health of the

population was extremely damaged; pain, anguish, phobia, mourning, and helplessness are very present. Numerous requests for attention to the psychological aspects have arisen, stemming from the uncertainties that arise from it. Social isolation, home office work, the use of masks, the closing of shops and schools, as a result of the fear that grips the whole community, especially those who work permanently in the front line in the fight against the disease. The services connected to the psychoanalysis sectors were essential to give a little bit of comfort, searching for a better way to attend and preserve the integral health of the individuals, dealing with the promotion and prevention in mental and public health. Thus, it is sought in this study, through literature review, to make a theoretical debate among several authors about concepts of public health and psychoanalysis, in order to raise questions and reflections about the problems faced in the current Brazilian society. As a form of research, a systematic literature review was used, based on secondary sources published on the themes. **KEYWORDS:** Psychoanalysis; Pandemic; Public Health.

1 | INTRODUÇÃO

Algumas concepções alinhadas a qualidade da saúde pública e coletiva, dependerão, exclusivamente, das políticas públicas sociais e econômicas de cada país. O embate sobre esses temas repercutem de forma global em todos os seguimentos da sociedade, buscando alternativas viáveis de viver harmoniosamente em comunidade.

Inúmeras são as políticas públicas implantadas em todas as áreas, estejam elas associadas no âmbito social, econômico, ambiental, educacional e de saúde. Projetos ligados aos seus processos de trabalhos, de produtos e de serviços ofertados a toda a coletividade vão se modificando, se ajustando de acordo com a realidade vivenciada e em cada tempo histórico. Em tempos de pandemia, essas são mudanças são extremamente severas, necessárias e emergenciais, a ponto de colocar imposições sociais de restrições de direitos a todos os cidadãos. (AQUINO *et al.*, 2020).

A par desse novo contexto, com medidas tão extremas, a população sofre grande impacto em sua vida social. Mudanças de hábitos foram essenciais por conta do avanço do novo Coronavírus, que, ao passar dos dias, foram se confirmando novos casos e novas variantes, com um número alarmante de mortes e de internações, de forma repentina, que afetam as famílias com muita dor e desespero. (PASSARINHO, 2021).

A sociedade foi se conscientizando e entendendo que é preciso mudar os hábitos de consumo, a maneira de viver em grupos e os modos de se aperfeiçoar nos ambientes culturais, sociais, econômicos e políticos de seu país. Porém, a saúde coletiva da população, não apenas nos aspectos físicos, mas também, nos aspectos psicológicos, foram fortemente abalados. (DUARTE *et al.*, 2020). As políticas públicas, em decorrência da urgência da COVID-19 foram intermeadas, de acordo com cada aspecto que ia se desenhando e com muitas incertezas sobre o seu enfrentamento. Notícias e métodos viáveis para o controle da doença iam se alternando, não havendo um consenso sobre os meios mais assertivos para

o combate e a eliminação do novo coronavírus, considerado de alto contágio.

Diante de tantas incertezas e informações contraditórias sobre o surgimento e o tratamento viável para a cura da doença, procura-se resposta para a seguinte indagação: Até que ponto a psicanálise é essencial para colaborar no enfrentamento e tratamento de possíveis distúrbios decorrentes do cenário pandêmico, levando em conta as sequelas deixadas em torno das repercussões ocorridas nesse momento histórico, nas relações humanas e na sociedade como um todo?

Assim, busca-se com o estudo discutir temas e conceitos ligados a saúde da população em tempos de pandemia (novo Coronavírus), tendo como objetivo principal, fazer uma análise conceitual sobre a importância da psicanálise para o enfrentamento de novas doenças mentais, apresentando métodos viáveis e necessários para a sua cura.

As justificativas se findam na promoção e articulação de todos os trabalhos efetivados pelos profissionais da área da psicanálise, nos aspectos sociais e ambientais, buscando a promoção da qualidade de vida, propondo a criação de um diálogo entre os profissionais e os pacientes para o desenvolvimento de propostas terapêuticas viáveis em prol da sua saúde mental.

Como forma de pesquisa, utilizou-se como método, a pesquisa de revisão sistemática da literatura, que tem como escopo reunir as trabalhos publicados sobre o tema, com protocolo construído que serve de base para a construção do artigo. Assim, para a realização da revisão sistemática pontuou-se como pontos percorridos: identificar, selecionar, avaliar e sintetizar. (GALVÃO; RICARTE, 2020).

2 | PSICANÁLISE

No decorrer da história, o homem procura mecanismos de melhorias voltados ao aperfeiçoamento da qualidade de vida, incluindo bem-estar físico e mental para si e seus pares. (PESSANO, 2020).

A psicanálise é conhecida por utilizar de métodos de investigações ligados a mente dos indivíduos, com base nas suas vivências e modos de se comportar em sociedade. Criada por Freud, é um reputado campo de estudos resolutivos de problemas e conflitos pessoais, onde as variedades dos seus métodos psicanalíticos engloba um emaranhado de incidências, tal a variedade de fatos e ocorrências que ela pretende abordar. (SILVA; MACEDO, 2016).

Em tempos de pandemia da COVID-19, a estrutura psíquica de cada indivíduo se torna uma bomba relógio. A dor, o sofrimento pela perda de um ente querido foi algo inimaginável, atingindo uma parcela grande da sociedade mundial, que, na maioria dos casos, sequer conseguiu se despedir de seus familiares por conta do alto contágio que a doença possui.

A maneira como os indivíduos convivem em sociedade foi se modificando à medida

que a pandemia avança pelo mundo. Processos de trabalhos ganham novos formatos, criando-se o mecanismo via *home office*, para não ser assolado pelos aspectos econômicos e financeiros. Para limitar a disseminação da doença, a área educacional adota o sistema de aulas remotas ou aulas *on-line*. As atividades se tornam cada vez mais individuais e solitárias. Durante o avanço e auge da doença, a vida social se resume ao confinamento nas residências. (SANTANA; SALES, 2020; SOUZA, 2021).

As emoções e o medo tomam conta dos indivíduos por conta da COVID-19, a busca por tratamentos eficazes no combate da doença foram uma constante, e, ao passar dos tempos, a sociedade foi surpreendida com o surgimento de novas variantes, algumas consideradas mais letais, necessitando de novas intervenções e mais restrições. (AQUINO *et al.*, 2020).

A angústia e o temor foram aumentando, assim como o sofrimento mental. Lidar com essas questões, para algumas pessoas, se torna algo impossível e temeroso. Em especial, para aqueles trabalhadores que ficam na linha de frente no combate desta pandemia e aqueles que precisam sair de casa para trabalhar e trazer o sustento da família. (SCHMIDT *et al.*, 2020). Por esse motivo, a psicanálise tem um papel significativo nessa Nova Ordem Mundial.

É nesse sentido, que Badiou (2008, p. 41) afirma: “o sujeito é cada vez convocado como pensamento num ponto do procedimento em que o universo se constitui”.

Dessa maneira, podemos considerar que a Psicanálise é considerada uma ciência conjectural:

“Exercendo-se a técnica da Psicanálise na relação do sujeito com o significante, o que ela conquistou de conhecimentos só é situável ao se ordenar ao seu redor. Isso lhe confere seu lugar no grupo que se afirma como ordem das ciências conjecturais”. (LACAN, 1998, p. 475)

Segundo Botelho (2017), o inconsciente é o agente causador que rebela as intenções e vontades dos indivíduos e essa descoberta foi concretizada nos estudos apresentados por Freud. O autor, vai além, quando assim discorre: “Apesar das transformações sociais, culturais e tecnológicas dos últimos 120 anos, o método psicanalítico criado por Freud para lidar com o mal-estar inerente à condição humana segue atual”.

Há de se revelar que as medidas restritivas de direitos impostas aos cidadãos é algo temido. O confinamento pode despertar alguns sintomas que estavam escondidos e ao criar um isolamento mais severo, poderá torná-los mais efetivos, com consequências severas. É neste aspecto que a psicanálise vem ao encontro desse processo, auxiliando os indivíduos a lidarem com essas questões.

Sobre a Teoria da Psicanálise, Freud, (1996, p. 26) dispõe:

[...] a teoria da psicanálise é uma tentativa de explicar dois fatos surpreendentes e inesperados que se observam sempre que se tenta remontar os sintomas de um neurótico a suas fontes no passado: a transferência e a resistência. Qualquer linha de investigação que reconheça esses dois fatos

e os tome como ponto de partida de seu trabalho tem o direito de chamar-se psicanálise, mesmo que chegue a resultados diferentes dos meus”.

A verdade é que a psicoterapia ampara os indivíduos, através da ajuda de profissionais capacitados, a lidarem com situações relacionadas a ansiedade, traumas e sofrimentos. O suporte técnico concedido pode ajudá-lo a encontrar novas formas de compreender o mundo.

Assim, diante do caos que se instala no mundo, por conta da COVID-19, lidar com o corpo e mente na busca do equilíbrio é o caminho mais seguro para suportar tanta dor e sofrimento. Sabemos, que estamos em uma pela saúde jornada mental, por isso, devemos tomar não cuidados além do corpo físico. Vale a pena, ficar de olho nas emoções, também.

3 I POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE COLETIVA NO BRASIL

As políticas públicas, se efetivam com a implantação de ações sociais que visam resguardar as garantias dos direitos sociais delimitados em nosso ordenamento Jurídico. A nossa Constituição Federal, é clara ao delimitar com a maior efetividade essas garantias em seu Capítulo II, *in verbis*:

“CAPÍTULO II

DOS DIREITOS SOCIAIS

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”. (BRASIL, 2020).

Ela adquire status relevante e indispensável para o desenvolvimento de uma sociedade, a partir da efetivação de mudanças significativas em seu contexto histórico, buscando a inserção social e a qualidade de vida dos cidadãos. Também, abrange seguimentos ligados aos serviços essenciais de uma coletividade, como educação, saúde, trabalho, lazer, assistência social, meio ambiente, cultura, moradia e transporte. Por ser tratar de uma política de Estado, todas as atividades são regulamentadas por normas e dispositivos constitucionais, relacionadas às tarefas de interesse público. (COUTO; ARANTES, 2006).

Em tempos de pandemia, a responsabilidade social dos gestores públicos aumenta. O papel para o cumprimento de ações voltadas a coletividade é fundamental para a garantia da promoção, progresso e desenvolvimento do seu país, e, acima de tudo, preservar a qualidade de vida preterida por todos os cidadãos.

No que diz respeito a saúde coletiva, a nossa Constituição Federativa, na Sessão II, é clara ao delimitar que, cabe ao Estado essa prerrogativa:

“Art. 196. 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.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado". (BRASIL, 2020).

O mesmo diploma dispõe a divisão de tarefas e obrigações com todos os entes federativos:

"Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - Participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000) § 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)". (BRASIL, 2020).

A aproximação e discussão das práticas em saúde coletiva se manifestam no cotidiano da nossa sociedade, criando-se espaços para inovações de processos de trabalhos e métodos eficientes voltados para tratamentos e diagnósticos de doenças e promoção de saúde. No caso da Pandemia de Covid-19, o comando é efetividade pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que delimita orientações sobre os processos de trabalhos e modelos de gestão de saúde para a sobrevivência da população. (SANTOS *et al.*, 2020).

O modelo de gestão de Saúde Pública adotado no Brasil, segundo Canesi (1995), foi desenhado ao longo da história. A Saúde Pública assumiu diversas formas e modelos de abordagens, de acordo com as necessidades de cada época. Porém, para o autor, na década de 70 ela se fortaleceu.

Nas lições defendidas por Frenk (1992), ao tratar do tema Saúde Pública, o autor corrobora a tese de se tratar de novas práticas de gestão ligada a área da saúde, tendo sua base sustentada em evidências científicas, através de estudos delimitados nas áreas das ciências biológicas, sociais e comportamentais, com foco nas áreas de aplicação populacional, problemas e programas sociais.

O conceito de saúde defendido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é

firmado como sendo a “situação de perfeito bem-estar físico, mental e social” da pessoa. O conceito é considerado ultrapassado, primeiramente, por visar uma perfeição inatingível, atentando-se as próprias características da personalidade. (OMS, 2004).

A respeito do tema, ainda traçamos a ideia defendida por Mioto (2013), que defende que todas as ações sociais devem ser tratadas com bons olhos pelos gestores públicos e, também pelos gestores da área privada. A implementação de projetos sociais, fomentados por meios de programas complementares, devem estar diretamente correlacionados aos meios sociais, políticos, culturais e econômicos, via ações voltadas para cada setor específico da sociedade.

Assim, denota-se que a saúde coletiva, não deve delimitar suas ações apenas no combate das doenças, mas, também na busca de melhorias na qualidade de vida dos indivíduos.

Verdade seja, é que, o que se preserva no contexto político e social é a efetividade ligada às garantias constitucionais, que, em tempos difíceis, afetam diretamente a camada mais pobre da sociedade, como foi o caso da Covid-19, que assola o mundo inteiro com regras de confinamentos e modelos de comportamentos sociais diversos daquele que a população em tempos atuais desconhecia. (MOON; ROSSI, 2020).

A regra do distanciamento social, ocorrido até mesmo entre membros da própria família, altera os padrões de comportamento social, e, o fechamento de escolas, fábricas, parques, academia, as mudanças dos métodos e da logística de trabalho e de diversão, afeta diretamente a saúde física e/ou mental de toda a população. (MAGALHÃES, 2020).

4 | A PSICANÁLISE EM TEMPOS DE PANDEMIA: O NOVO CORONAVÍRUS E A SAÚDE COLETIVA

Lidar com os nossos sentimentos, muitas vezes, é uma tarefa difícil. Em tempo de pandemia, os impactos decorrentes dela mexem com a vida psíquica dos indivíduos. Vivemos um período difícil. Uma ameaça invisível que ataca o planeta, provocando mortes, angústia e desespero. Mudanças bruscas, com restrições de direitos individuais, é uma norma a ser seguido por todos os indivíduos mundo afora. Enquanto, a ciência não consegue achar uma resposta para a cura da COVID-19 ou frear a sua disseminação, os desafios e a expectativa por um mundo melhor se prospera.

Por conta da doença, o isolamento social é uma determinação geral para toda a população, um novo formato de convívio social acontece com o uso das tecnologia da informação, regras duras e a implantação de restrições de alguns direitos sociais aumenta a dinâmica do estresse social e do sofrimento mental. A dinâmica familiar é fortemente abalada. (LIMA, 2020).

Somando a tudo isso, o problema econômico, a falta de informações concretas, estruturas precárias no âmbito da saúde na Atenção Secundária corrobora para o aumento

da tensão entre os indivíduos. As mortes de entes queridos em um curto espaço de tempo, as dificuldades de se despedir de forma digna, colabora para o aumento do estresse e a sociedade, como um todo, entra em colapso. (ALVES, 2022).

Para Kallas (2020), a pandemia é um traumatismo mundial, e, por atingir um número infinito de indivíduos, as crises de transtorno se propagaram rapidamente sem haver um controle efetivo de seus casos. O trauma do sujeito é individual, ou seja, cada um vai responder de acordo com o seu estado psíquico. (MORAIS; SALLES, 1997). Assim, o seu tratamento vai ao encontro das teorias pregadas pela psicanalítica e defendidas por Freud (1895; 1876), através da neurose de angústia, obsessões e as fobias em, que é o que fundamenta as crises do transtorno de pânico. (CAROPRESO; AGUIAR, 2015).

Quem nunca se sentiu tenso ou muito agitado por conta de um evento importante, um acontecimento inesperado? A aceitação pela perda muitas vezes é traumática. O excesso de expectativas, quando não se concretiza, frustra. A ansiedade assola, porém quando ela se torna excessiva, ela pode se transformar em doença.

Para Machado; Fellet, (2019), nos tempos atuais, os indivíduos perderam a capacidade de sonhar, se compararmos com outras épocas da história. Para eles, os sonhos era considerado um instrumento social importante, que orientava os governantes da Grécia, do Egito, da Índia e da China, para concretizar as ações. Porém, nos dias de hoje, essa perda de objetividade causa prejuízos sérios à humanidade.

Verdade seja, é que o mundo não estava preparado para receber uma carga tão grande de problemas com a pandemia de Covid-19. Os hospitais, as clínicas, os Centros de Saúde, entre outros, ficam lotados, os médicos atordoados, a enfermagem sobrecarregada e a população desassistida. Em lugares onde o sistema de saúde é mais precário, o problema se tornou crônico, sem perspectiva de solução. A crise de pânico fica evidenciada entre os cidadãos. Porém, ao resolução dos problemas depende, exclusivamente, de políticas públicas viáveis e disponíveis para atender toda a população.

Segundo Mitchell *et al.* (2009), os atendimentos realizados pelos profissionais ligados a Atenção Básica precisam ser realizados com a maior cautela, quando se trata de problemas ligados a saúde mental. Isso porque, é preciso fazer um diagnóstico mais robusto, e, se possível por profissionais habilitados. Segundo eles, é na fase da ansiedade, como, também, em períodos de depressão que há um grande risco de emitir identificação desacertada, ou seja, um “falso positivo”.

Para Gusso (2010), é preciso ficar atento aos sintomas somáticos e psíquicos existentes na atualidade. A preocupação se formaliza quando há sintomas frequentes do medo de adoecer, de que algo inesperado ou negativo venha ocorrer com os seus entes queridos, de não conseguir atingir as suas metas, tanto financeira como, também profissional. No curso da doença (transtorno), a mudança do foco se concretiza, em especial, os indivíduos com carga maior, os que vivem sozinhos ou os que estão mais fragilizados.

Diante de tantas calamidades, após o período de pandemia da COVID-19, o processo de reconstrução é lento e difícil. Para isso, é preciso nos unirmos e buscarmos soluções rápidas e viáveis que corroborem para mudanças positivas e para o melhoramento da vida dos cidadãos. Nos tempos atuais, a participação da população tem sido mais intensificada, com a confirmação de suas vagas em diversos conselhos (municipal, estadual e federal) e em todos os seguimentos da sociedade.

Por conta disso, as ações passam a apregoar maior efetividade em todos os aspectos ligados as ações sociais, sejam elas implementadas na busca da promoção da saúde, da qualidade e aperfeiçoamento da educação, de projetos sociais, e assim por diante.

Por conta de tantos problemas sociais já existente no Brasil e também no mundo todo, e, agora com mais essa carga advinda da COVID-19, as ações públicas e privadas se tornam essenciais para o enfrentamento de demandas que dificultam o caminhar do progresso das nações. Nas últimas décadas, a construção de políticas públicas de saúde vai ao encontro da valorização e da participação popular, o controle social e o protagonismo das comunidades. (DIAS; AMARANTE, 2022).

Ademais, as ações passam a ser focadas mais na promoção da saúde do que na intervenção curativa e de reabilitação. Por isso, é primordial que os gestores públicos tenham noção dos sistemas de crenças e da construção social, para então, buscar soluções viáveis para a implementação de novas políticas públicas. Por fatos e situações antepassadas é que foi possível, dentre do seu alcance, construir alternativas de combate ao novo coronavírus e/ou outras situações. (MADEIRA *et al.*, 2020).

Outrossim, há de se considerar que, em momentos de crise, em, especial, de grandes proporções, os dados e a atenção dada à todas as evidências são primordiais para o alcance de sua eliminação, priorizando, nesse patamar quais são os problemas e quais as soluções imediatas. Além do mais, os problemas ligados a saúde mental dos cidadãos merece ser tratado com prioridade e com maior efetividade por parte dos gestores públicos.

Verdade seja, a pandemia da COVID-19 trouxe várias incertezas para o mundo e novos desafios para a convivência humana, que ainda está sendo superada. Porém, revela-se, de antemão, que o mundo terá novas possibilidades de repensar os rumos e as prioridades do futuro próximo e longínquo do planeta e de sua população.

Ademais, há de se considerar que nada está posto sobre quais rumos prevalecerão, pois, ainda é muito cedo para que possamos afirmar com previsão o que ainda nos espera. É claro que as perguntas ainda são inúmeras. Ninguém pode ter pretensão de esgotá-las.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao delimitarmos o tema e o objeto de estudo, optamos por utilizar a revisão sistemática da literatura para busca de materiais publicados sobre as consequências do novo coronavírus na saúde mental e na saúde coletiva. Verificou-se que diversos traumas,

tanto físico, como, também psicológicos afetam os cidadãos. Por conta das normas extremas impostas as sociedades, principalmente em relação ao isolamento social em todo o mundo, o cidadão e a sociedade adoeceram, e, a saúde está abalada.

Normas de caráter extremo imposta as sociedades mudaram os cenários nacionais e mundiais, e os setores da economia e da saúde foram impactados diretamente. Conforme, se expandia os casos de doentes pela COVID-19, a sensibilidade e a sensação de incertezas, aliada ao processo de vulnerabilidade, causou uma desordem mundial.

Verdade seja, é que a pandemia do novo coronavírus trouxe inúmeros impactos negativos em todos os setores da sociedade. A dor, a angústia, a fobia e o desamparo, além da incerteza financeira, se fazem presente na vida dos cidadãos. Por conta disso, o diagnóstico precoce, o tratamento rápido e seguro, e o amparo social e econômico, fornecidos aos indivíduos doentes, se tornou o meio “viável para a cura de todas as doenças” vivenciadas atualmente pela sociedade.

Os trabalhos efetivados pelos profissionais ligados a área da saúde foram essenciais, e os da área da psicanálise buscam dar um pouco de conforto para transitar no meio de tantas incertezas, buscando uma melhor forma de atender e preservar a saúde mental e física dos indivíduos, ocupando-se com a promoção e a prevenção em saúde mental e coletiva.

Verdade seja, é que os problemas ligados a mente, como a ansiedade, depressão, entre outros, possuem causas multifatoriais e podem aparecer em qualquer fase da vida, da infância à velhice. Os motivos vão depender da história de vida de cada paciente.

Dessa forma, é essencial que os cuidados com a saúde mental sejam implementados em todo o ciclo vital, assim como a devida assistência a todos os indivíduos em sofrimento, buscando-se meios viáveis para tratamento, ofertando um caminho seguro para a cura, definindo-se prioridades e metas a serem alcançadas.

Ao ensejo de nossas conclusões, o que se verifica-se é que a nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente e com a participação da sociedade organizada, prevê mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades quando da elaboração e implantação das políticas públicas entre o Estado e a sociedade.

Em tempos de pandemia, todo o progresso social é fundamental para a construção de um mundo melhor. Nesse ensejo, é primordial que essas práticas sejam executadas pelos gestores públicos e/ou privados, otimizando de forma ordenada e efetiva os recursos disponíveis, em busca de resultados de qualidade na prestação dos serviços e maximização dos benefícios sociais em prol da coletividade.

Diversas são as facetas da proposição da integralidade, que vão além de assistência direta. O cuidar de si e o cuidar do outro se torna elementar, quando estamos em um momento social difícil, porém, é preciso que as políticas públicas de saúde sejam efetivadas e que colaborem para o bem-estar físico e mental da população.

Por tais razões, é que advogamos pelo zelo e comprometimento de todos os órgãos envolvidos, buscando garantir sempre, como princípio básico, o direito a vida e a sua dignidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, Maria Clara Matos Coelho. “Mesmo sem te ver, acho até que estou indo bem”: uma revisão integrativa acerca do processo de luto das famílias que perderam seus entes pela COVID-19. 2022. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista em Atenção ao Paciente em Estado Crítico) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, 2020. Disponível em: <http://clyde.dr.ufu.br/bitstream/123456789/34180/1/MesmoSemVer.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2022.

AQUINO, Estela M. L.; *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. Supl. 1; p. 2423-2446, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4BHTCFF4bDq4qT7WtPhvYr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2022.

BADIOU, Alain Oito teses sobre o universal. *ETHICA*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 41-50, 2008. Disponível em: <https://estudosbadiouianos.files.wordpress.com/2012/12/badiou-oito-teses-sobre-o-universal.pdf>. Acesso em 18 abril 2022.

BOTELHO, Rachel. Freud explica: entenda sete conceitos básicos da psicanálise. *revistagalileu*, 2017. Disponível em: <https://revistagalileu.globo.com/Ciencia/noticia/2017/11/freud-explica-entenda-sete-conceitos-basicos-da-psicanalise.html>. Acesso em: 18 abril 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Presidência da República, 2020. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 5 jan. 2022.

CANESI, Ana Maria. As ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva. In: CANESI, Ana Maria (Org.). **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1995. 165 p. p. 19-35.

CAROPRESO, Fátima; AGUIAR, Maria Bilig de. O conceito de angústia na teoria freudiana inicial. *Nat. hum.*, São Paulo, v. 1, n. p. 1-14, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v17n1/v17n1a01.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2022.

COUTO, Cláudio Gonçalves; ARANTES, Rogério Bastos. Constituição, governo e democracia no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Bernardo do Campo, v. 21, p. 41-62, Jun. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/mGtBmj9Xw5m99PDdqRzjdj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2022.

DIAS, João Vinícius dos Santos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Educação popular e saúde mental: aproximando saberes e ampliando o cuidado. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, p. 188-199, Jan-Mar. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sN8NWvCCgYzhM9ZPNkbtPSG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2022.

DUARTE, Michael de Quadros; SANTO, Manuela Almeida da Silva; LIMA, Carolina Palmeiro; GIORDANI, Jaqueline Portella; TRENTINI, Clarissa Marceli. COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3401-3411, Set 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2020.v25n9/3401-3411/pt>. Acesso em: 19 fev. 2022.

FRENK, Julio. La nueva salud pública. In: Organización Panamericana de la Salud. La crise de la salud pública: reflexiones para el debate da saúde pública: reflexões para la debate. Washington, D.C.: OPAS, 1992. p. 75-94. (OPS – Publicación Científica, 540).

FREUD, Sigmund. **A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)**. Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. XIV. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996. (Trabalho original de 1914).

GALVÃO, Maria Cristiane Barbosa; RICARTE, Ivan Luiz Marques. Revisão sistemática da literatura: conceituação, produção e publicação. *LOGEION: Filosofia da informação*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 57-73, set.2019/fev.2020. Disponível em: <https://sites.usp.br/dms/wp-content/uploads/sites/575/2019/12/Revis%C3%A3o-Sistem%C3%A1tica-de-Literatura.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2022.

GUSSO, Gustavo Diniz Ferreira. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2a. edição (CIAP-2). 2009. 212 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5159/tde-08032010-164025/publico/GustavoGusso.pdf>. Acesso em 20 abril de 2022.

LACAN, Jacques. Situação da Psicanálise e formação do psicanalista em 1956. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. 943 p. p. 461-495. (Trabalho original publicado em 1956).

LIMA, Rossano Cabral. Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, e300214, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/nyq3wrt8qpWFsSNpbgYXLWG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2022.

KALLAS, Marília Brandão Lemos de Moraes. Psychoanalysis, dreams and mourning in the pandemic. *Reverso, Belo Horizonte*, v. 42, n. 80, p. 55-62, 2020.

MACHADO, Leandro; FELLET, João. Perda de intimidade com o sonho causa grande prejuízo à humanidade. *bbc.*, São Paulo, 11 ago. 2019. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-49287241>. Acesso em: 19 abril 2022.

MADEIRA, Lígia; PAPI, Luciana; GELISKI, Leonardo; ROSA, Taciana. Os estudos de políticas públicas em tempos de pandemia. *ufrgs*, Porto Alegre, 17 Abr 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/coronavirus/base/artigo-os-estudos-de-politicas-publicas-em-tempos-de-pandemia/>. Acesso em: 10 fev. 2022.

MAGALHÃES, Aracê Maria Magenta. A pandemia exacerbou os relacionamentos ou a solidão. *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*, São Paulo, v. 40, n. 99, p. 192-204, Jul/Dez 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v40n99/a04v40n99.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2022.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. *R. Katálysis*, Florianópolis, v. 16, n. spe, p. 61-71, 2013.

MITCHELL, Alex J.; VAZE, Amol ; RAO, Sanjay. Clinical diagnosis of depression in primary care: a metaanalysis. *The Lancet*, Londres, v. 374, issue 9690, p. 609-619, Jul 2009. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60879-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60879-5/fulltext). Acesso em 19 abril 2022.

MOON, Rodrigo Malcon de Barros; ROSSI, Dorival Campos. Como era aquele meme mesmo? Uma análise do espírito de nossa época através dos memes que se produzem. *Razón y Palabra*, México, v. 24, n. 108, 2020. Disponível em: <https://www.revistarazonypalabra.org/index.php/ryp/article/view/1666>. Acesso em: 10 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Declaração de Alma ata sobre cuidados primários. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf

PASSARINHO, Nathalia. Coronavírus: quatro sinais de alerta que indicam surgimento de variantes perigosas. *bbc.com.*, Londres, 10 Fev. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-56002716>. Acesso em: 22 maio 2022.

PESSANO, Carolina Schaan. Docência na educação superior: a importância da gestão de pessoas para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida no trabalho à luz da psicologia positiva. 2020. 150 f. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Escola de Humanidades, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2020. Disponível em: <https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/16849/1/000498734-Texto%2Bcompleto-0.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2022.

SALLES, Ana Cristina Teixeira da; MORAIS, Marília Brandão Lemos. Psicanálise e contemporaneidade: a roupa nova do deus Pã: sobre o transtorno de pânico. *Reverso*, Belo Horizonte, n. 43, p. 79-92, maio 1997. (Publicação semestral do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais).

SANTANA, Camila Lima Santana e; SALES, Kathia Marise Borges. Aula em casa: educação, tecnologias digitais e pandemia COVID-19. *Interfaces Científicas*, Aracaju, v. 10, n. 1, p. 75-92, 2020. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/educacao/article/view/9181>. Acesso em: 10 fev. 2022.

SANTOS, Kionna Oliveira Bernadino; FERNANDES, Rita de Cassia Pereira; ALMEIDA, Milena Maria Cordeiro; MIRANDA, Samilly Silva; MISE, Yukri Figueroa; LIMA, Monica Angelim Gomes. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, p. e00178320, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n12/e00178320/>. Acesso em: 10 maio 2022.

SCHMIDT, Beatriz; et al. A quarentena na covid-19: orientações e estratégias de cuidado In: NOAL, Débora da Silva; PASSOS, Maria Fabiana Damásio; FREITAS, Carlos Machado de. **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 343 p. p. 112-122. Disponível em: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/livro_saude_mental_covid19_Fiocruz.pdf. Acesso em: 18 mar. 2022.

SILVA, Clarice Moreira da; MACEDO, Mônica Medeiros Kother. O método psicanalítico de pesquisa e a potencialidade dos fatos clínicos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 36, n. 3, p. 520-533, Jul/Set2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/FvV7ZY3SzJRf7rgLzVgJPpm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2022.

SOUZA, Diego de Oliveira. As dimensões da precarização do trabalho face da pandemia de COVID-19. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 19, e00311143, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/7rJ6TkW8Cs88QkbNwHfdkxb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2022.

BODY IDENTITY INTEGRITY DISORDER (BIID): O COMPLEXO EM SER INCOMPLETO

Data de aceite: 03/10/2022

Data de submissão: 08/09/2022

Maria Valéria Chaves de Lima

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Mossoró – Rio Grande do Norte
<https://orcid.org/0000-0002-9278-5612>

Perla Silva Rodrigues

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Mossoró – Rio Grande do Norte
<https://orcid.org/0000-0002-1782-0596>

Janaina Maciel de Queiroz

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Mossoró – Rio Grande do Norte
<https://orcid.org/0000-0002-6284-9005>

Thaina Jacome Andrade de Lima

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Santa Cruz – Rio Grande do Norte
<https://orcid.org/0000-0003-1289-8842>

Helida Lunara de Freitas Aquino

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Pau dos Ferros – Rio Grande do Norte
<https://orcid.org/0000-0002-8403-0244>

Lauana Cristina Chaves Ferreira

Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Campina Grande – Paraíba
<https://orcid.org/0000-0001-9056-7235>

Kalyane Kelly Duarte de Oliveira

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Pau dos Ferros/Mossoró– Rio Grande do Norte
<https://orcid.org/0000-0001-7713-3264>

RESUMO: Introdução: Body Identity Integrity Disorder (BIID) é um transtorno caracterizado pelo desejo intenso ou a compulsão de amputar membros do corpo saudáveis. Objetivo: Descrever as possíveis causas do BIID, as estratégias utilizadas para a amputação desse(s) membro (s). Método: Trata-se de revisão narrativa de literatura. Resultados: Observou-se que o BIID é causado por uma disfunção neurológica, contudo a genética tem influência no transtorno. Os maiores índices de BIID são em homens e heterossexuais onde os membros mais amputados são as pernas e essa doença afeta fortemente o convívio familiar e social. Os tratamentos baseiam-se em terapias comportamentais, psicanálise e antidepressivos. Conclusão: O transtorno acarreta mudanças na vida do indivíduo e também da família. Deve-se criar políticas públicas que facilitem a sua vida, bem como investir em pesquisas que busquem novas terapias na busca da cura para essa patologia.

PALAVRAS-CHAVE: Amputação; autoimagem; transtornos mentais.

BODY IDENTITY INTEGRITY DISORDER (BIID): THE COMPLEX IN BEING INCOMPLETE

ABSTRACT: Introduction: Body Identity Integrity Disorder (BIID) is a disorder characterized by the intense desire or compulsion to amputate healthy body members. Objective: To describe the possible causes of BIID, the strategies used for amputation of this limb(s). Method: This is a narrative literature review. Results: It was observed that BIID is caused by a neurological dysfunction, however genetics has an influence on the disorder. The highest rates of BIID are in men and heterosexuals where the most amputated limbs are the legs and this disease strongly affects family and social life. Treatments are based on behavioral therapies, psychoanalysis and antidepressants. Conclusion: The disorder causes changes in the life of the individual and also of the family. Public policies must be created that make their lives easier, as well as investing in research that seeks new therapies in the search for a cure for this pathology.

KEYWORDS: Amputation; self image; mental disorders.

1 | INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a definição de corpo tem se transformado e configurado o perfil de algo mutável e liberto sendo que cada indivíduo tem o direito e o livre arbítrio de decidir o que fazer com sua constituição física. Sendo o corpo a maior forma de expressão e a marca essencial da pós-modernidade e contemporaneidade, alterar as conformações biológicas com as quais nascemos parece algo natural e simples em algumas perspectivas quando parte dessas mudanças não aparecem como um transtorno ou deficiência mental (DE MELO OLIVEIRA; DE ASSIS, 2015).

Embora a realização de desenhos no corpo através das tatuagens e o acréscimo de adereços como piercings, e a própria mudança de sexo mostrem-se atitudes totalmente normais na percepção popularmente defendida de “meu corpo minhas regras” a ideia gera controvérsias quando relacionado a questões como BIID (Body integrity identity disorder) ou como é conhecido no Brasil, TIIC (Transtorno de Identidade e Integridade corporal) (OLIVEIRA, 2018).

O BIID se caracteriza pelo desejo interno ou a compulsão de amputar membros do corpo que são devidamente saudáveis. As pessoas que sofrem desse transtorno têm como meta tornar seu corpo exatamente igual a como ele é visto em sua mente. Estes indivíduos tem na amputação a definição de solução, eles encontram na falta de membros, a sua essencialidade. Para eles, estar completo é justamente se tornar incompleto o que para a maioria das pessoas saudáveis parece totalmente fora de lógica e longe da sanidade (MORA, 2016).

Esse distúrbio é considerado extremamente raro ainda que em muitas pessoas possam ser diagnosticadas em “pré-etapas”. Apesar dos números registrados de portadores que sofre com o incomodo da doença ainda serem poucos, estudos mostram que cerca 7,9% da população em geral já vivenciou o desejo de se livrar alguma parte do corpo que

não considera pertencer a si mesmo, independente destas terem evoluído ou não para o BIID (NOOL; KASTEN, 2014).

Muitas vezes confundido com o sadomasoquismo ou até mesmo considerado a síndrome da customização corpórea, o BIID não é uma escolha de ser diferente, é uma necessidade de se saciar pondo fim a um incomodo. As pessoas não sentem prazer em sentir dor, pelo contrário, o prazer delas é findar a dor interna, e essa dor é cessada a partir do momento que a o rompimento de determinado membro “inútil” daquele corpo que o faz se sentir “incompleto”. Os portadores de BIID não são pessoas que querem retirar membros, são pessoas que em suas mentes já não possuem aqueles membros (LUZ et al, 2018).

O caso dos “wanabess” como também são chamados os portadores da doença, leva em consideração não só as percas físicas para os amputados, mas também o debate de leis, questões jurídicas e médicas que discutem até que ponto pode se deixar o uso da autonomia privada e psicofísica desses cidadãos sobre seu próprio corpo, abordando se a amputação seria um direito de escolha ou uma vontade ocasionada por uma doença (BERALDO, 2014). Devido a isso, discutir sobre a autonomia individual dos portadores de BIID torna-se complexo pelo fato de que mesmo existindo uma autonomia pessoal, esta funciona regida pela autonomia de bem-estar social, que seguidamente utiliza a vontade coletiva como balizadora das vontades individuais (VIEIRA; ASSIS, 2015).

Diante do exposto o objetivo deste estudo é discutir o transtorno de BIID. Desta forma o intuito desta revisão é abordar sobre o assunto, apresentar as possíveis causas desse transtorno, as características que os circundam e as estratégias até então utilizadas para amenizar a vontade destes indivíduos de realizar a amputação acreditando-se que o bem estar dos “Wannabes” deve ser o foco principal das pesquisas.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa de literatura. Utilizou-se como descritor Transtorno de Identidade da Integridade Corporal nos idiomas inglês, português e espanhol, sendo pesquisados nas bases de dados Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Para a base dados do Publisher Medline (Pubmed) utilizou-se o descritor Body integrity identity disorder.

Foram excluídos os trabalhos que abordavam: editoriais; Cartas; Artigos de opinião; Resumos de Anais; Publicações duplicadas; Materiais publicados em outro idioma que não fosse espanhol, inglês e português; e estudos que não contemplassem o escopo desta pesquisa.

A análise qualitativa foi realizada a partir de um instrumento construído para o estudo abordando questões como: o que causa a doença, grupos mais susceptíveis,

impactos para a família, tratamentos. Durante a análise dos trabalhos iniciou-se a leitura dos títulos, seguida da leitura dos resumos e, posteriormente, dos textos completos. A aplicação dos critérios de exclusão foi realizada em todas as etapas, sempre por consenso de dois leitores. Diante disso, esses dados foram comparados quanto a questão de material encontrado e discutidos com literatura pertinente.

Esta pesquisa não requer aprovação por comitê de ética, pois, por ser um estudo de caráter bibliométrico trabalha com dados disponíveis em portais de busca ou bases de dados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de seleção de artigos pode ser observado na figura abaixo.

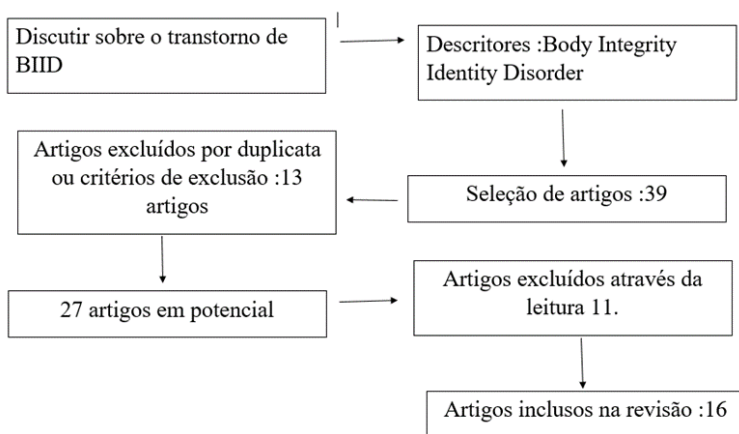


Figura 1 - Fluxograma de seleção dos trabalhos identificados.

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Conforme o quadro abaixo, os estudos encontrados por meio das bases de dados consultadas, foram analisados e compilados, quanto o título, a autoria, ano de publicação, idioma e ideia geral.

Título	Autor, ano	Idioma	Ideia geral
Ponderações constitucionais sobre a autonomia psicofísica.	BERALDO, A. M. S.; 2014.	Português	O trabalho expõe a necessidade de se haver um consenso entre a autonomia estatal e pessoal visando um bem estar psíquico e físico do indivíduo.
Transtorno de identidade de integridade corporal atravessa culturas: relatos de casos na literatura japonesa e chinesa.	BLOM, R. M. et al.; 2016.	Inglês	O artigo apresenta o que é a doença e visa encontrar os registros de casos de BIID na população chinesa apresentando como a cultura pode relacionar-se ao transtorno.
O desejo de amputação está relacionado ao processamento de emoções perturbadas? Uma análise de estudo de caso múltiplo em BIID	BOTTINI, G.; BRUGGER, P.; SEDDA, A.; 2015.	Inglês	O estudo analisa questões que podem estar relacionadas para o desenvolvimento do transtorno, para isso é realizado um estudo de caso através de experimento computadorizado para avaliar a insatisfação das pessoas com seus corpos e a tendência delas de desejarem amputação.
Xenomelia: uma visão da neurociência social da autoconsciência corporal alterada.	BRUGGER, P.; LENGGENHAGER, B.; GIUMMARRA, M. J; 2013.	Inglês	O texto traz uma discussão sobre as diferentes nomenclaturas que os transtornos de identidade e integridade corporal vem recebendo com o passar dos anos e também faz um retrospectiva histórica apresentando quando ocorreram os primeiros casos registrados.
Desejo de amputação de um membro: parafilia, psicose ou um novo tipo de transtorno de identidade.	FIRST, M. B; 2005.	Inglês	O estudo aponta uma pesquisa realizada com usuários que caracterizam-se como portadores da doença. O principal resultado encontrado é que um número considerável de participantes lesionou regiões do corpo para que fosse necessário realizar as amputações.
Disforia de gênero e transtorno de identidade de integridade corporal: semelhanças e diferenças.	GARCIA FALGUERAS, A. et al.; 2014.	Inglês	O artigo propõe discutir as correlações entre as doenças e situações cujo os portadores não se sentem felizes e identificados com os corpos que possuem. Ainda aponta as diferenças e semelhanças entre elas perpassando por aspectos psíquicos, físicos e de gênero.
Alterações de forma dos gânglios da base e tálamo em xenomelia.	HÄNGGI, J.; BELLWALD, D.; BRUGGER, P.; 2016.	Inglês	O estudo expõe as modificações neurológicas que podem ser encontradas em pessoas portadoras de transtornos de identidade e integridade corporal.
Clinical and theoretical parallels between desire for limb amputation and gender identity disorder.	LAWRENCE, A. A; 2006.	Inglês	O artigo discute o transtorno de identidade e integridade corpórea apontando aspectos clínicos o comparando com transtornos de gênero e questões de desejo sexual.

A legislação brasileira aplicada às modificações corporais e aos wannabes.	LUZ, F. H. C. et al.; 2018.	Português	O estudo discute como a legislação brasileira se porta diante as reivindicações de uma pessoa que visa amputar um membro saudável.
Construções do Corpo na razão diagnóstica do dsm e da psicanálise.	MOREIRA, L. E. V. et al.; 2010.	Português	O texto discute como o corpo vem sendo tratado na contemporaneidade como algo individual e construtivo apontando a psicanálise para respaldar tais perspectivas. No entanto, aponta os conflitos que surgem ao discutir tal tema quando vivenciado em casos de BIID.
Devotees, wannabes y pretendes: parafilias vinculadas a la discapacidad	MORA, C.; 2016.	Espanhol	O texto apresenta a relação do BIID com a sexualidade.
Brain activity elicited by viewing pictures of the own virtually amputated body predicts xenomelia.	ODDO-SOMMERFELD, S. et al.; 2018	Inglês	O artigo discute as possíveis alterações neurológicas presentes em portadores de BIID / XENOMELIA.
Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020	DE LA SALUD, Asamblea Mundial; 2013.	Espanhol	O texto propõe e aponta as medidas a serem tomadas para resolver ou minimizar os impactos de diversos transtornos mentais até 2020.
Body integrity identity disorder (BIID): how satisfied are successful wannabes.	NOLL, S.; KASTEN, E.; 2014.	Inglês	O artigo faz uma análise a respeito das pessoas que conseguiram realizar as amputações discutindo se essas pessoas alcançaram a satisfação ou se passaram a almejar novas amputações.
Autonomia Privada e Disposição do Próprio Corpo: Apotemnofilia em Debate.	DE MELLO VIEIRA, M.; DE ASSIS, B. L.; 2015.	Português	O texto aponta a discussão dos portadores de transtorno de identidade e os limites que a jurisdição impõem a essas pessoas.
Defacing the image of God? Elective amputations and the Christian tradition;	WILLIAMS, V.; SONG, R.; 2014.	Inglês	O estudo traz a repercussão que as amputações visadas pelos portadores de BIID geram no âmbito religioso.

Quadro 1- Principais achados dos artigos da revisão.

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

O que os estudos trazem sobre ser portador de BIID/TIIC?

A sensação é a de que o membro simplesmente não os pertences. Há casos em que o desejo é tão incontrollável que os indivíduos chegam a se mutilar e a recorrer a métodos ainda mais desesperadores apenas para retirar o membro indesejável, ainda que esses métodos sem nenhum cuidado possam lhes levar a um prejuízo maior que a amputação ou ao próprio óbito (MORA, 2016).

Há ainda quem acrescente nos casos de BIID as situações em que os indivíduos anseiam por paralisia ou perda de determinadas funções específicas, como inúmeros casos que se tem vivenciado de pessoas que buscam métodos para perder funções motoras como visão, audição ou a movimentação de braços e pernas desejando o uso de cadeiras

de roda (NOOL; KASTEN, 2014).

Em revisões um pouco mais antigas como as de Lawrence (2006) e entrevistas de aproximadamente mesma época como as de First (2005) a doença já mencionada, devido seu grau de complexidade muitas vezes é associada, se não comparada a outros distúrbios de mesmo grau como o Transtorno de Gênero, Apotemnofilia e até mesmo os conhecidos transtornos de Parafilia. Em estudos um pouco mais recentes como os de Brugger; Lenggenhager; Giummarra (2013) a doença já é associada a Xenomelia conhecida como síndrome do membro externo. Essas associações são feitas, devido ao fato de que as pesquisas relacionadas a BIID englobam aspectos que vão além da mudança corporal através de amputações, mas também relações com o desejo sexual e emocional de seus portadores. Portanto, este tipo de patologia em sua grande maioria das vezes pode ser não só um agravante, mas também um acompanhante de todas estas outros distúrbios citados anteriormente.

O que pode causar a doença?

De início a maioria dos estudos neurológicos apresenta a ideia de que o BIID ocorre devido a uma disfunção neurológica em áreas específicas do cérebro. Sendo que está promove uma desordem cerebral que resulta na ruptura da imagem corporal e proporcionalmente na não aceitação de membros específicos do corpo ocasionando que o indivíduo se veja como um amputado (ODDO-SOMMERFELD, et al 2018).

Outros estudos demonstram informações de que o córtex insular das pessoas que sofre de BIID é alterado, apresentando anomalias estruturais e características que os difere das pessoas normais e que equivalentemente podem proporcionar a doença (BOTTINI; BRUGGER; SEDA, 2015). Alguns documentos também apresentam dados mais específicos como o sendo um mal funcionamento do lado do lobo parietal direito, sendo a deficiência dessa região cerebral o responsável pelo grande desejo de amputação (MORA, 2016).

Há ainda pesquisas que apresentem os dados emocionais como um ponto importante para que a doença surja acreditando que o emocional também pode acarretar a patologia em si e ter seu início inclusive na infância. A participação da família e também a genética aparecem como possibilidades acarretadoras, muito embora a descendência de BIID na família seja algo complicado a se descobrir, devido ao fato de que nem todos os portadores expõem seus desejos para os outros familiares e por isso não há como se investigar profundamente (BLOM et al.,2016).

Existe algum grupo que esteja mais suscetível a sofrer de BIID?

Dados de pesquisas como as de Nool & Kasten (2014), mostram que os índices da doença se tornam mais presentes no público masculino e que o número de heterossexuais portadores aparece maior do que o de homossexuais. Afirma ainda que o nível de deficiências mais relatado pelos Wannabes são amputações de pernas e a paralisia. Conquanto, precisa-se de mais pesquisas para que esses dados sejam realmente comprovados.

O impacto da doença para a vida familiar e social das pessoas com BIID.

É perceptível ainda no século XXI preconceito e barreiras para deficientes e amputados, vê-se um mundo que não parece ter sido adaptado para eles e para pessoas que apresentam características distintas do que é considerado comum. E isso acontece tanto nos contextos sociais como familiares. Mas já no caso das dificuldades para os portadores de BIID as problemáticas aparecem nos mesmos cenários, mas com uma perspectiva um pouco diferenciada, seus principais impasses são vivenciados por serem considerados pessoas com transtornos mentais, independente de terem ou não realizado a amputação. Os Wannabes sofrem não por se tornar um amputado ou por perder um membro, mas pela ideia de se decidir perder um membro ainda que saudável.

O primeiro impacto pode se acreditar que é o fato da aceitação da doença, aceitar que sofre do transtorno e que devido a isso não se sente à vontade com determinada parte do seu corpo. O segundo impacto é a convivência com o membro a forma com o usuário lida com a existência e a permanência do mesmo no corpo, o incomodo chega a ser desesperador. E proporcionalmente a frustração dessa situação facilmente pode causar depressão (MORA, 2016).

Há também os impactos das negativas respostas que essas pessoas levam ao buscar atendimento clínico para as amputações, a negação deste procedimento pode trazer uma tristeza profunda, Garcia-Falgueras (2014), já trazia em seus estudos os consideráveis índices de depressão, ansiedade e Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) em portadores de BIID. Somado a isso há também o constrangimento em ser aceito e integrado a grupos sociais como os religiosos, por exemplo, tendo em vista que do ponto de vista de algumas religiões a tentativa de retirar um membro plenamente saudável é uma forma de desfiguração da imagem e semelhança de um ser superior. O que proporcionalmente é inaceitável para algumas igrejas (WILLIAMS; CANÇÃO, 2014).

Ainda assim, destaca-se alguns casos de pessoas que sofrem com a doença comunicam aos parentes porém deixam omitido de seus colegas, confirmando que a vida social dessas pessoas é tristemente afetada (NOOL; KASTEN, 2014).

Porque os Wannabes Não Conseguem Ter Suas Amputações Permitidas?

A vontade coletiva é uma síntese das vontades individuais e nessa perspectiva a vontade de amputar um membro saudável é algo inviável do ponto de vista coletivo e devido a isso não é um método permitido legalmente em todos os países e na maioria dos casos resulta em julgamentos e procedimentos burocráticos para que a vontade da pessoa seja atendida ou não. Em contrapartida a isso, a maioria dos estudos trazem que os tratamentos até então testados para BIID não conseguem “acabar” de vez com a vontade do portador de ser amputado. Sendo assim estes dados põe em xeque a questão de que se a medicina tem como função reduzir o sofrimento do próximo, a amputação seria uma forma de reduzir

o sofrimento do portador de BIID (LUZ et al, 2018). De modo que esta ideia pode ser uma justificativa para o ganho da causa e a permissão para realização do procedimento.

Ademais, além das leis de autonomia privada, a lei de autonomia psicofísica, e o próprio código penal e civil, outra lei aparece como forma de respaldo para a discussão quanto a legalização do procedimento de amputação, a lei de proteção a personalidades. Esta lei foi criada na época dos pós-segunda guerra mundial, a mesma visa proteger todo e qualquer ato que dê conteúdo a sua personalidade sendo que esses direitos são todos aqueles que são indispensáveis ao surgimento das virtudes biopsíquicas de cada indivíduo, englobando a preservação dos aspectos físicos, psíquicos e morais do mesmo (VIEIRA; ASSIS, 2015). Deste modo está lei pode-se servir como uma brecha considerável para a intervenção cirúrgica quando se pensa que a presença de um membro alienígena em um corpo pode interferir na sua personalidade e formação psicossocial proporcionalmente a sua qualidade vida.

Porém o que entra em questionamento todas as vezes que se é discutido BIID é o fato de que se essa pessoa está com um transtorno como pode ela ser capaz de decidir o que fazer sobre seu próprio corpo? Contudo, surge também a dúvida cruel de se a prática da amputação não seria a forma de curar o transtorno ou o impulso para uma reação em cadeia onde uma retirada de membros antecederia outras.

Mora (2016) lista os motivos para que este ato não seja permitido, entre eles temos: as amputações nesse caso violam o princípio de bioética “*primun non nocere*” que significa “primeiro não prejudicar” também é conhecido como princípio da não-maleficência.

A amputação em casos de BIID é um procedimento cirúrgico que leva a retirada de um membro saudável decidido por uma pessoa que pode não ser mentalmente saudável.

E por último a amputação é um método irreversível e, portanto, precisa revisto inúmeras vezes levando-se em conta a possibilidade de que aquela pessoa pode um dia mudar de ideia e arrepender-se.

Quais os Tipos de Tratamento Para Uma Pessoa que Sofre de BIID?

A maioria dos tratamentos apresentados são através de terapias que são baseadas em psicanálise, antidepressivos terapias comportamentais entre outros, sendo que essas buscam ajudar o paciente a lidar com o corpo estranho, ainda que o desejo de amputa-lo não desapareça definitivamente (NOOL; KASTEN, 2014).

Em suma a amputação em si nunca é apresentada como a primeira solução e há o risco dos profissionais que a realizam responderem judicialmente pelo ato, caso esse não seja aprovado por lei. E há ainda situações distintas onde o ato de amputação acontece de maneira inadequada pelo portador (seja através do congelamento do membro, ou realizando lesões com perfuro cortantes e armas brancas) que podem livra-lo de vez da “peça” ou prejudicarem a parte do corpo o suficiente para que haja a intervenção cirúrgica ou ir a extremos levando a morte do portador, tendo em vista os riscos que o mesmo corre

ao se dispor a esse tipo de ação (GARCIA-FALGUERAS, 2014)”.

4 | CONCLUSÃO

BIID é uma doença que impulsiona não só a customização de corpos, mas pessoas que apesar de serem completas fisicamente necessitam vivenciar a percam para se sentirem inteiros. Tendo em vista o quão desgastante é a vivencia dos Wannabes deve-se criar políticas públicas que facilitem a sua vida, bem como investir em pesquisas que busquem novas terapias na busca da cura para essa patologia. Apesar de ser uma doença rara vem aumentando com o passar dos tempos.

E esta prevalência torna imprescindível que haja mais pesquisas e investimentos na área, para que a vida das pessoas portadoras dos transtornos seja menos frustrante. Pois, assim como todos os outros transtornos, ele acarreta mudanças na vida do indivíduo e de todos com quem convive, os quais necessitam entender como a patologia altera não só a imagem que as pessoas se veem, mas toda a sua personalidade e forma de ver a vida.

A partir dessa revisão evidenciou-se a escassez de pesquisas sobre a temática, o que dificultou a realização do estudo e o uso de referências mais recentes.

REFERÊNCIAS

ASSEMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. **Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020**, 2013. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/ Acesso em: 26 de dezembro de 2021.

BERALDO, A. D. M. S. **Ponderações constitucionais sobre a autonomia psicofísica**. Civilistica. com: revista eletrônica de direito civil, vol. 3, n.1, p. 1-21, 2014. Disponível em: <http://civilistica.emnuvens.com.br/redc/article/view/157/123>. Acesso em: 26 de janeiro de 2022.

BLOM, R. M.; VULINK, N. C.; VAN DER WAL, S. J.; NAKAMAE, T.; TAN, Z.; DERKS, E. M.; DENYS, D. **Body integrity identity disorder crosses culture: case reports in the Japanese and Chinese literature**. *Neuropsychiatric disease and treatment*, v. 12, p.1419-1423, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4913986/>. Acesso em: 26 de janeiro de 2022.

BOTTINI, G.; BRUGGER, P.; SEDDA, A. **Is the desire for amputation related to disturbed emotion processing? A multiple case study analysis in BIID**. *Neurocase*, v. 21, n. 3, p. 394-402, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24679146>. Acesso em: 02 de setembro de 2022.

BRUGGER, P.; LENGGENHAGER, B.; GIUMMARRA, M. J. **Xenomelia: a social neuroscience view of altered bodily self-consciousness**. *Frontiers in Psychology*, n. 4, p. 204, 2013. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2013.00204/full>. Acesso em: 02 de setembro de 2022.

DE MELLO VIEIRA, M.; DE ASSIS, B. L. **Autonomia Privada e Disposição do Próprio Corpo: Apotemnofilia em Debate**. *Revista de Gênero, Sexualidade e Direito*, v. 1, n. 1, p. 43-58, 2015. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/210565104.pdf>. Acesso em: 02 de setembro de 2022.

FIRST, M. B. **Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder.** *Psychological medicine*, v.35, n.6, p. 919-928, 2005. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/desire-for-amputation-of-a-limb-paraphilia-psychosis-or-a-new-type-of-identity-disorder/3E6CA6332CB01EFD75E72CEB393C6FAE>. Acesso em: 26 de agosto de 2022.

GARCIA-FALGUERAS, A. **Gender dysphoria and body integrity identity disorder: Similarities and differences.** *Psychology*, v. 5, n. 2, p. 160, 2014. Disponível em: https://file.scirp.org/pdf/PSYCH_2014022709140335.pdf. Acesso em: 26 de agosto de 2022.

HÄNGGI, J.; BELLWALD, D.; BRUGGER, P. **Shape alterations of basal ganglia and thalamus in xenomelia.** *NeuroImage: Clinical*, v.11, p. 760-769, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213158216300912>. Acesso em: 26 de agosto de 2022. LAWRENCE, A. **A. Clinical and theoretical parallels between desire for limb amputation and gender identity disorder.** *Archives of sexual behavior*, v. 35, n. 3, p. 263-278, 2006. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10508-006-9026-6>. Acesso em: 24 de julho de 2022.

LUZ, F. H. C.; DE ARAÚJO, I. M.; DA SILVA, J. R. G.; ZAGANELLI, M. V. **A Legislação brasileira aplicada às modificações corporais e aos wannabes.** *LINKSCIENCEPLACE-Interdisciplinary Scientific Journal*, v. 4, n. 5, 2018. Disponível em: <http://revista.srvroot.com/linkscienceplace/index.php/linkscienceplace/article/view/469/239>. Acesso em: 20 de julho de 2022.

MORA, C. **Devotees, wannabes y pretenders: parafilias vinculadas a la discapacidad.** *Interamerican Journal of Psychology*, v. 50, n. 3, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Carolina_Mora15/publication/315825825_DEVOTEES_WANNABES_Y_PRETENDERS_PARAFILIAS_VINCULADAS_A_LA_DISCAPACIDAD/links/58e90779458515e30dccc6ff/DEVOTEES-WANNABES-Y-PRETENDERS-PARAFILIAS-VINCULADAS-A-LA-DISCAPACIDAD.pdf. Acesso em: 04 de novembro de 2021.

MOREIRA, L. E. V.; SANTOS, A. G. S.; RIBEIRO, C. E.; AMBRA, P. E. S.; NETO, S. C.; JUNIOR, N. S. **Construções do corpo na razão diagnóstica do DSM e da psicanálise.** *A PESTE: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*, v. 2, n.1, 2010. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/apeste/article/view/12076>. Acesso em: 02 de novembro de 2021.

NOLL, S.; KASTEN, E. **Body integrity identity disorder (BIID): how satisfied are successful wannabes.** *Psychol Behav Sci*, v. 3, n.6, p. 222-232, 2014. Disponível em: <http://article.sciencepublishinggroup.com/pdf/10.11648.j.pbs.20140306.17.pdf>. Acesso em: 03 de novembro de 2021.

ODDO-SOMMERFELD, S.; HÄNGGI, J.; COLETTA, L.; SKORUPPA, S.; THIEL, A.; STIRN, A. V. **Brain activity elicited by viewing pictures of the own virtually amputated body predicts xenomelia.** *Neuropsychologia*, v. 108, p. 135-146, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0028393217304475>. Acesso em: 27 de junho de 2022.

OLIVEIRA, M. T. L. **A aplicabilidade dos direitos fundamentais perante a retificação do registro civil do transexual no Brasil.** 2018. Tese de Doutorado. Disponível em: https://repositorio.fumec.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/619/mariana_oliveira_mes_dir_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 03 de dezembro de 2021.

WILLIAMS, V.; SONG, R. **Defacing the image of God? Elective amputations and the Christian tradition; Response to Vanessa Williams.** *Theology*, v. 117, n. 4, p. 256-268, 2014. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0040571X14529252>. Acesso em: 28 de junho de 2022.

CAPÍTULO 6

BUSCA ATIVA E VISITA DOMICILIÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA PANDEMIA

Data de aceite: 03/10/2022

Elienai de Farias Gama Siqueira

Enfermeira. Mestre pela Escola de Enfermagem da USP. Prefeitura de Boituva-SP

Maria Regina Camargo Ferraz Souza

Enfermeira. Mestre pela Escola de Enfermagem da USP. Prefeitura de Boituva-SP

Marcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Enfermeira Pós-doutora. Professora titular da Escola de Enfermagem da USP

Sayuri Tanaka Maeda

Enfermeira. Pós-doutora. Professora titular da Escola de Enfermagem da USP

Cristiano Rodrigues da Mota

Jornalista. Mestre pela Escola de Comunicações e Artes da USP

Denise Cristina Matheiski Alkmim

Psicóloga. Especialista em psicologia clínica pela CRP-SP

RESUMO: Trata-se de um relato de experiência de um CAPS AD localizado no interior do Estado de São Paulo, Brasil (2020-2021). Nos períodos de maior flexibilização das medidas restritivas, a busca ativa foi uma alternativa aos pacientes faltosos mediante, contato telefônico, consultas por vídeo chamadas via aplicativo *WhatsApp Business* e visitas domiciliárias. Foram 6.821 atendimentos a 511 pacientes e seus familiares. Foram 263 visitas domiciliárias, que possibilitou o retorno de 76 pacientes ao tratamento. Estas

estratégias de cuidado, salientando o trabalho relacional, mostraram-se potentes na preservação dos vínculos e na terapêutica de recuperação. A eficácia da interação entre as ferramentas busca ativa e visita domiciliária, aliadas a uma postura de interesse, preocupação, humanidade e amor pelo paciente, favoreceram o retorno de muitos pacientes ao tratamento, apesar do contexto da pandemia.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Tecnologia biomédica. Visita domiciliar. Territorialidade.

ACTIVE SEARCH AND HOME VISITS AS A STRATEGY FOR MENTAL HEALTH CARE IN THE PANDEMIC

ABSTRACT: This is an experience report of a CAPS AD located in the interior of the State of São Paulo, Brazil (2020-2021). In periods of greater flexibility of restrictive measures, the active search was an alternative to absent patients through telephone contact, consultations by video calls via the *WhatsApp Business* application, and home visits. There were 6,821 consultations with 511 patients and their families. There were 263 home visits, which allowed 76 patients to return to treatment. These care strategies, emphasizing the relational work, have shown to be powerful in preserving the bonds and in the therapeutic recovery. The effectiveness of the interaction between the active search and home visit tools, allied to an attitude of interest, concern, humanity, and love for the patient, favored the return of many patients to treatment, despite the pandemic context.

KEYWORDS: COVID-19. Substance use

disorders. Biomedical technology. Home visits. Territoriality.

BÚSQUEDA ACTIVA Y VISITAS DOMICILIARIAS COMO ESTRATEGIA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL: RELATO DE UNA EXPERIENCIA EN LA PANDEMIA

RESUMEN: Este es un informe de experiencia de un CAPS AD ubicado en el interior del Estado de São Paulo, Brasil (2020-2021). Durante los periodos de mayor flexibilidad de las medidas restrictivas, la búsqueda activa fue una alternativa para los pacientes ausentes mediante el contacto telefónico, las consultas por videollamadas a través de la aplicación WhatsApp Business y las visitas a domicilio. Se realizaron 6.821 consultas con 511 pacientes y sus familias. Se realizaron 263 visitas a domicilio, que permitieron que 76 pacientes volvieran a recibir tratamiento. Estas estrategias de atención, destacando el trabajo relacional, han demostrado ser poderosas en la preservación de los vínculos y en la recuperación terapéutica. La eficacia de la interacción entre las herramientas de búsqueda activa y de visita domiciliaria, combinada con una actitud de interés, preocupación, humanidad y amor por el paciente, favoreció el retorno de muchos pacientes al tratamiento, a pesar del contexto pandémico.

PALABRAS CLAVE: COVID-19. Trastornos por consumo de sustancias. Tecnología biomédica. Visitas a domicilio. Territorialidad.

INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 mudou o perfil de consumo de drogas em todo o mundo. De acordo com a United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 275 milhões de pessoas usaram drogas no mundo no último ano, destes, 36 milhões sofreram transtornos associados ao uso de drogas. Houve uma explosão na dinâmica do tráfico de drogas e um aumento da desigualdade, pobreza e condições de saúde mental relacionadas ao fechamento de fronteiras, aumento de preço, redução da pureza das drogas e aumento de desemprego e redução de oportunidades, tornando as camadas mais pobres mais vulneráveis ao uso, ao tráfico e ao cultivo de drogas para obterem sustento (WORLD DRUG REPORT, 2021).

A substância mais consumida foi a cannabis, com a estimativa de 192 milhões de pessoas. O uso de drogas aumentou rapidamente entre os países em desenvolvimento, durante o período 2000-2018, do que nos países desenvolvidos. Adolescentes e jovens representam a maior parcela daqueles que usam drogas, e os jovens também são os mais vulneráveis aos efeitos das drogas, pois são os que mais consomem e seus cérebros ainda estão em desenvolvimento. Pobreza, pouca educação e marginalização social continuam sendo fatores importantes que aumentam o risco de ocorrência de transtornos associados ao uso de drogas. Os grupos vulneráveis e marginalizados também podem enfrentar barreiras para obter serviços de tratamento em razão da discriminação e do estigma (WORLD DRUG REPORT 2021).

As experiências advindas de outros países sobre os impactos da COVID-19 na

saúde mental mostram a relevância dos serviços estratégicos de atenção psicossocial, como forma de redução do estresse e sofrimento intenso com o objetivo de prevenir agravos futuros (DUAN e ZHU, 2020).

Estudos apontam o consumo de substâncias psicoativas e os transtornos decorrentes de seu uso como principal fator de evasão dos serviços de saúde (MELO, GUIMARÃES, 2005; PEREIRA et al, 2013).

É notório que as taxas de abandono de tratamento em serviço psiquiátrico variam entre 30% e 60%. Este dado requer atenção, já que a adesão se associa a um melhor prognóstico dos pacientes (SURJON, PILLON, LARANJEIRA, 2000). Diante desta constatação, a visita domiciliária (VD) é uma ferramenta de trabalho capaz de promover a aproximação e articulação da equipe com a realidade de vida do usuário, com a família e com o território, transcendendo assim os muros institucionais. Esta ferramenta incorpora a noção de território vivo que se constitui como processo e produto das relações sociais, em que se realiza uma instância social, lugar de experiências e subjetivações (EGRY e FONSECA, 2000; ALBUQUERQUE, BOSI, 2009).

Esta ferramenta permite que o sujeito que sofre e sua família tenham maiores possibilidades de vinculação afetiva mútua com os profissionais, uma vez que propicia a autorreflexão e a reflexão conjunta, no que concerne à transformação do objeto em comum, que se entende como o processo de recuperação do envolvido (PIETROLUONGO e RESENDE, 2007).

De acordo com Santos e Rueda (2021), além da interação interpessoal, a produção do cuidado em saúde mental requer uma abordagem adequada para aplicação da ferramenta, de forma a criar oportunidade de assimilar a responsabilidade do sujeito e do sistema no cuidado.

Preocupações com o distanciamento, dificuldade reais de acesso de alguns usuários e abandono do tratamento durante a pandemia e a partir das hipóteses de que a omissão da equipe contribuiria para a fragilidade das relações sociais, para as recaídas ou aumento no uso abusivo de substâncias psicoativas, para perdas de emprego e consequente problemas financeiros e com aumento dos riscos de exposição ao coronavírus, motivaram a equipe a intensificar a busca ativa dos pacientes, nos momentos de flexibilidade das medidas de isolamento.

A partir dessas premissas, este estudo objetiva apresentar um relato de experiência referente às ações realizadas pela equipe de um CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD) localizado no interior do Estado de São Paulo, visando à continuidade da atenção e manutenção do vínculo, apesar da Pandemia de COVID-19.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência dos esforços voltados à manutenção do

vínculo e tratamento dos pacientes com transtornos relacionados ao uso de substâncias por busca ativa por telefone, visitas domiciliares, matriciamento, além da manutenção dos atendimentos individuais de um CAPS AD localizado no interior do Estado de São Paulo, entre julho de 2020 e julho de 2021. Para obtenção dos dados, os recursos do sistema de saúde 4R Tecnologia foram usados.

O CAPS AD é um serviço de porta aberta e funciona em sistema de plantão, onde as enfermeiras acolhem os pacientes de forma imediata no momento da procura pelo serviço ou em situações de crise (Brasil, 2002). As famílias também são acolhidas de forma imediata. Ao final do acolhimento, é oferecido o teste rápido para HIV, Hepatite B, C e Sífilis. Em seguida, dá-se início ao projeto terapêutico singular.

O perfil dos usuários concentra-se em sua maioria de homens (78%) com idade predominante entre 25 e 59 anos. A faixa etária predominante das mulheres entre 35 e 39 anos.

No contexto da pandemia, toda equipe esteve mais envolvida na busca ativa dos pacientes faltosos por meio de contato telefônico. Quando essa estratégia não funcionava por algum motivo, como: caixa postal ou troca do número, ou quando o paciente não era localizado, a situação era encaminhada para realização de visita domiciliar. Geralmente, as visitas ocorreram com a participação da assistente social acompanhada pela psicóloga, enfermeira ou técnica de enfermagem. Nos casos mais graves, o psiquiatra também realizou visitas ou consultas por videochamada via aplicativo *WhatsApp Business*. De forma que a visita domiciliar sempre foi realizada pelo CAPS. Mas, no período da pandemia, foi intensificada nos períodos de maior flexibilização das medidas restritivas, adotando-se todas as recomendações sanitárias vigentes e o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's). Estabeleceu-se que os profissionais não adentrassem na casa por medidas de precaução a ambas as partes. Nesse período, intensificaram-se as ações de matriciamento com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS). Para facilitar o acesso das famílias impossibilitadas de comparecerem aos atendimentos individuais, foram realizados grupos de familiares e atendimentos individuais pela ferramenta *WhatsApp Business*.

RESULTADOS

Entre maio de 2012 e julho de 2020, o município contava com apenas um CAPS II que fornecia atendimento para as demandas de saúde mental e dependência química no mesmo local. A partir de julho de 2020, foi inaugurado o Caps Álcool e Drogas (CAPS AD). Neste período entre julho de 2020 e julho de 2021, o serviço realizou 6.821 atendimentos, dando uma média de 570 atendimentos mensais a, aproximadamente, 511 pacientes e seus familiares.

Foram realizados 800 testes rápidos para HIV, Hepatite B, C e Sífilis. Com relação às visitas domiciliares, o sistema contabilizou 263 visitas. Foram realizados 74 matriciamentos entre a atenção básica, CRAS e CREAS, visando ao acolhimento e acompanhamento desses serviços para além do CAPS AD. Destaca-se aqui o matriciamento de três gestantes residentes em bairros distantes do CAPS. Pelo matriciamento, o cuidado de pré-natal e a motivação para abstinência foram mantidos. As enfermeiras das UBS matriciadas e as equipes do CRAS e CREAS mostraram-se bastante receptivas ao diálogo e prontas a ouvir as orientações, potencializando a manutenção de ações intersetoriais e a integralidade do cuidado.

Uma vez apontado o movimento contínuo da instituição diante dos usuários, vale destacar uma situação de sucesso que envolveu toda a equipe na perspectiva de recuperação.

No mês de março de 2021, fomos acionados por uma família que pedia ajuda, pois o estado do paciente era caótico. Ao chegar à casa, apesar da intoxicação pelo álcool, o paciente reconheceu os profissionais pelos atendimentos acumulados nos quais configurava-se o vínculo. Estava indo trabalhar alcoolizado havia algumas semanas e a ponto de perder o emprego. Ele apresentava feridas abertas e infectadas por todo o corpo, autocuidado prejudicado e falta de higiene na casa. Havia acabado de receber o salário de, aproximadamente, 3 mil reais que já havia sido consumido por completo em álcool. Encaminhamos o paciente na mesma hora até à UBS mais próxima para realização de teste rápidos e de curativos. O clínico solicitou exames laboratoriais e iniciou o tratamento das feridas. Após 2 dias, em nova visita, realizamos a videochamada com o psiquiatra do CAPS, a fim de iniciar o tratamento, uma vez que ele externou desejo de parar. A partir da medicação supervisionada pelo CAPS, foi possível garantir o tratamento medicamentoso e os cuidados com as feridas. Iniciou a psicoterapia individual semanal. Após 15 dias, retomou as atividades laborativas e, até o momento, permanece em acompanhamento pelo CAPS AD. Destaca-se que, em virtude das relações profissionais-usuário anteriores, favoreceu-se o resgate e o retorno ao tratamento e a dignidade como ser humano. Ele expressou felicidade com os cuidados prestados, a ponto de, toda vez que comparecia ao CAPS, fazer questão de agradecer.

No levantamento geral, foi possível identificar que 76 pacientes retomaram o tratamento, após a busca ativa e as visitas domiciliares.

DISCUSSÃO

A experiência apresentada anteriormente vem ao encontro com a visão de alguns estudiosos que entendem o território, como um cenário de produção do cuidado, na qual se promove maior circulação e participação das pessoas na experiência-sofrimento, considerando seus modos singulares de existir e andar a vida. Nesse contexto, a VD

permite estabelecer mediações entre o CAPS, o território e o sujeito, na construção de uma clínica orientada à construção da integralidade e da intersectorialidade, com vistas à produção de novos modos de exercer a cidadania, por meio de estratégias que promovam a emancipação e o empoderamento das pessoas na condução de seus projetos de vida (PIETROLUONGO e RESENDE, 2007; MORAIS et al, 2021).

Entende-se que o trabalho em saúde mental deva ser dinâmico no processo de construção/reconstrução/invenção de possibilidades, habilidades no fazer cotidiano do usuário e da família de tal forma que a reabilitação psicossocial e a reinserção social tornam-se possíveis (BUENO, 1997; EGRY e FONSECA, 2000).

Ir até o paciente, estar ao lado, estar junto, o envolvimento, a confiança e a responsabilização ofereceu suporte necessário para superação dos limites ou adaptação a eles (BOFF, 2008; PEREIRA et al, 2013).

A VD favorece o vínculo, algo que, conforme Seixas et al (2016), constrói-se à medida que profissional e o paciente assumem uma postura ética de enxergar o outro da relação, como alguém com quem há de se estabelecer pactuações. Desta forma, será possível o compartilhamento de projetos terapêuticos no espaço entre desejos de usuários e trabalhadores (SEIXAS et al, 2016).

Aprofundando essa relação entre trabalhadores e usuários, Agreli, Peduzzi e Silva (2016) denominam como trabalho colaborativo quando as equipes substituem o desequilíbrio nas relações de poder no cuidado em saúde por relações de parceria interprofissional e responsabilidade coletiva, focadas nas necessidades de saúde das pessoas.

O estar disponível e acessível é uma importante ferramenta na prática de reabilitação psicossocial e que não ocorre de forma imediata e instantânea. Exige tempo de qualidade, escuta qualificada, empatia e envolvimento do paciente e de seus familiares em todo o processo. De acordo com Remen (1993), quando as pessoas não vivenciam a qualidade de tempo, expressa em um atendimento com atmosfera de confiança, empatia, reafirmação, suas necessidades não são atendidas e sentem-se insatisfeitas.

O acolhimento e a busca ativa devem ser produto da relação trabalhador/usuário, passando pela subjetividade e pela escuta qualificada das necessidades do sujeito. É a construção de novos valores de solidariedade, responsabilidade social, compromisso e construção da cidadania, realizada pelo estabelecimento de vínculo (MAYNART et al, 2014).

Faz-se necessário “deslocar a noção de cuidado de sujeito-objeto para sujeito-sujeito, onde projetos de felicidade podem (e devem) ser incluídos, na perspectiva da pluralidade dialógica e da intensidade com que se estabelece a sintonia e o acolhimento do outro” (MARTINES e MACHADO, 2010, p. 329).

Identifica-se aqui uma aproximação com a teoria do trabalho humano desenvolvida por Engeström, de dupla estimulação, sob a abordagem histórico-cultural de Vygotsky. Entende-se por dupla estimulação um vetor de intervenção com vistas ao desenvolvimento

da ação voluntária e intencional de um dado sujeito por meio da oferta de estímulos externos, sensoriais ou verbais, que operam como potencializadores, mediando a mobilização do processo cognitivo de uma ação humana (CENCI, DAMIANI, 2018).

Soares (2012) amplia essa discussão ao afirmar que, para cuidar, o trabalhador deve “colocar em prática inúmeras qualificações”, que são invisíveis, pouco valorizadas e sem reconhecimento social, porém, sua ausência é sentida. Trata-se das dimensões relacionais e das dimensões emocionais. A dimensão relacional é a capacidade de evitar um embaraço, para si e para outro, a diplomacia, o equilíbrio, a escuta, o controle emocional, a perseverança e a tolerância. Já a dimensão emocional, define-se como manifestações internas que geram uma reação corporal exterior como palidez, enrubescimento ou aceleração dos batimentos cardíacos. De acordo com o estudioso, o trabalho é palco da re(produção) de diferentes emoções (SOARES, 2012).

Na esfera emocional, o amor e o envolvimento são dois componentes vistos pelo autor como inevitáveis, essenciais e positivos na relação entre quem cuida e quem é cuidado, independentemente se o trabalho de cuidar é realizado no âmbito de uma organização, mediante pagamento, escapando à mercantilização (SOARES, 2012).

Se não houver emoções não haverá envolvimento dos profissionais. E, conseqüentemente, não haverá a construção da autonomia e da felicidade.

Para Eynard Vasconcelos (2008, p.153), “cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, dos problemas passíveis de serem enfrentados, pondo-se à disposição de acordo com as condições exigidas por eles e não nas condições oferecidas tradicionalmente pelo serviço”. Ele amplia a concepção política do cuidado uma vez que julga fundamental colocar-se à disposição das necessidades do outro. Desta forma, acredita que os resultados positivos da atuação constitui-se, em grande parte, por elementos afetivos transmitidos pelo olhar, pelos gestos que fogem da intencionalidade profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato de experiência permitiu evidenciar a eficácia da interação entre as ferramentas: busca ativa e visita domiciliária, aliadas a uma postura de interesse, preocupação, humanidade e amor pelo paciente, sendo estes os elementos que favoreceram o retorno de diversos pacientes ao tratamento, apesar do contexto da pandemia. As estratégias utilizadas foram ferramentas decisivas no trabalho entre profissionais, usuários e suas famílias na relação construtiva de colaboração e confiança.

REFERÊNCIAS

AGRELI, Heloíse Fernandes; PEDUZZI, Marina; SILVA, Mariana Charantola. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 59, p. 905-16, 2016.

- ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil; BOSI, Maria Lucia Magalhães. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n.5, p. 1103-1112, 2009.
- BERTOLETE, J. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: Pitta A, organizador. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- BOFF, Leonardo. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002**. Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III. Brasília, 2002.
- BUENO, W. **Betim: construindo um gestor único pleno**. In: MEHRY Elias, ENOCKO Rosana, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec/Lugar, p.169-95, 1997.
- CAMPOS, Celia; SILVA, Barbara; FORLIN, Deisi; TRAPÉ, Carla; LOPES, Iara. Práticas emancipatórias de enfermeiros na Atenção Básica à Saúde: a visita domiciliar como instrumento de reconhecimento de necessidades de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.48 (Esp), p. 119-25, 2014.
- CENCI, Adriane; DAMIANI, Magda Floriana. Desenvolvimento da teoria histórico-cultural da atividade em três gerações: Vygotksy, Leontief e Engstrom. **Roteiro**, v. 43, n.3, p. 919-948, 2018.
- DUAN, Li; ZHU, Gang. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. **The Lancet Psychiatry**, v.7, n. 4, p. 300-302, 2020.
- EGRY, Emiko Yoshikawa; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Rev Esc Enf USP**, v. 34, n. 3, p. 233-9, 2000.
- FIDELIS, Ariélly Cristina. Sentido do cuidado em saúde mental: sobre a Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). **Trab. Educ. Saúde**, v. 16, n. 2, p. 561-582, 2018.
- MARTINES, Wania; MACHADO, Ana Lúcia. Produção de cuidado e subjetividade. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 2, p. 328-33, 2010.
- MAYNART, Willams Henrique da Costa; ALBUQUERQUE, Maria Cícera dos Santos de; BRÉDA, Mércia Zeviani; JORGE, Jorgina Sales. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 4, p. 300-3, 2014.
- MELO, Ana Paula Souto; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Factors associated with psychiatric treatment drop out in a mental health reference center. **R Bras Psiquiatria**, v. 27, n. 2, p. 113-8, 2005.
- MORAIS, Ana Patricia Pereira; GUIMARÃES, José Maria Ximenes; ALVES, Lana Valéria Clemente; MONTEIRO, Ana Ruth Macedo. Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, n.3, p.1163-1172, 2021.
- PEREIRA, Maria Odete; AMORIM, Aluana; VIDAL, Vanessa; FALAVIGNA, Mara Filomena, OLIVEIRA, Marcia Aparecida Ferreira. Busca ativa para conhecer o motivo da evasão de usuários em serviço de saúde mental. **Acta Paul Enferm**, v. 2, n.6, p. 409-12, 2013.

PIETROLUONGO, Ana Paula Cunha; RESENDE, Tania Inessa Martins. Visita domiciliar em saúde mental: o papel do psicólogo em questão. **Psicol. cienc. Prof.**, v. 27, n. 1, 2007.

REMEN, Rachel Naomi. O paciente como ser humano. 2 ed. São Paulo: Summus, 1993.

SANTOS, Renata Guerda de Araújo; ÍÑIGUEZ-RUEDA, Lupicínio. Sentidos sobre el cuidado en salud mental: una revisión bibliográfica Senses about mental health care: a literature review. **SAÚDE DEBATE**, v. 45, n. 128, p. 234-248, 2021.

SEIXAS, Clarissa Terenzi; BADUY, Rosana Staevie; CRUZ, Kathleen Tereza; BORTOLETTO, Maira Sayuri Sakay; SLOMP JUNIOR, Helvo; MERHY, Emerson Elias. O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface (Botucatu)**, v. 23: e170627, 2019.

SEIXAS, Clarissa Terenzi; MERHY, Emerson Elias; BADUY, Rossana Staevie; SLOMP JUNIOR, Helvio. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. **Salud Colect**, v. 12, n.1, p. 113-23, 2016.

SILVA, Ana Luisa Aranha, FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa. El proceso de trabajo en salud mental y el campo psicosocial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 441-449, 2005.

SOARES Angelo. **As emoções do care**. In: Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care. São Paulo: Atlas, 2012.

SURJON, Juliana; PILLON, Sandra; Laranjeira Ronaldo. O que acontece com os pacientes dependentes de álcool e drogas que desaparecem das primeiras consultas? **J Bras Psiquiatr**, v.49, n. 8, p. 571-5, 2000.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

World Drug Report 2021 (United Nations publication, Sales No. E.21.XI.8). Disponível em: https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_2.pdf. Acessado em: 16/04/21

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA SOB A PERSPECTIVA DA AGENDA 2030

Data de aceite: 03/10/2022

Data de submissão: 07/08/2022

Claudia Ayres Cunha de Souza

Universidade Paulista-UNIP, Departamento de
Saúde

São José do Rio Pardo- São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/3892297510049177>

Cybele Cândido de Souza

Universidade Paulista-UNIP, Departamento de
Saúde

São José do Rio Pardo- São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/3537409201112183>

Micheli Patrícia de Fátima Magri

Universidade Paulista-UNIP, Departamento de
Medicina e Enfermagem

São José do Rio Pardo- São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/8543811060701907>
<https://orcid.org/0000-0002-0600-6249>

RESUMO: O câncer de próstata atualmente ocupa o segundo lugar na causa de óbitos no Brasil. Objetivou-se com essa pesquisa descrever ações para atingir os objetivos no Plano de Ação Mundial e na Agenda 2030 para a prevenção e controle do câncer de próstata. Neste estudo, a metodologia aplicada consistirá de uma revisão de literária, com pesquisa bibliográfica no período de 2002 a 2022. O Brasil foi um dos primeiros países a formular uma política direcionada aos homens e a prevenção do câncer de próstata, integrando Plano de Ação Global para Vidas Saudáveis e Bem-Estar

e contemplando a Agenda 2030. Considera-se que há desafios para implementar as campanhas de prevenção de câncer de próstata, assim como a adesão destes, sendo o enfermeiro habilitado a executar campanhas educativas e oferecer orientações para que o câncer de próstata deixe de fazer tantas vítimas.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias da Próstata. Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Prevenção Primária. Política de Saúde. Enfermeiro. Idoso.

NURSES' PERSPECTIVES IN THE PREVENTION OF PROSTATE CANCER FROM THE PERSPECTIVE OF THE 2030 AGENDA

ABSTRACT: Prostate cancer currently ranks second in the cause of death in Brazil. The objective of this research was to describe actions to achieve the goals in the World Action Plan and the 2030 Agenda for the prevention and control of prostate cancer. In this study, the methodology applied will consist of a literature review, with bibliographic research from 2002 to 2022. Brazil was one of the first countries to formulate a policy aimed at men and the prevention of prostate cancer, integrating the Global Action Plan for Healthy Lives and Welfare and contemplating the 2030 Agenda. It is considered that there are challenges to implement prostate cancer prevention campaigns, as well as their adherence, with nurses being able to run educational campaigns and offer guidelines for the Prostate cancer stop making so many victims.

KEYWORDS: Prostate neoplasms. 2030 Agenda for Sustainable Development. Primary

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento masculino proporciona o aumento da próstata, tornando o jato urinário gradativamente fino e fraco (BACELAR *et al.*, 2015). Estes chegam aos serviços de saúde com intercorrências graves ou na impossibilitados de exercer seu papel de trabalhador (BRASIL, 2021), já com os sinais do câncer de próstata: disúria, demora em iniciar e finalizar o ato urinário; hematúria; diminuição do jato urinário e poliúria noturna (BIONDO *et al.*, 2020; BRASIL, 2021).

A atenção primária é onde os homens devem ser orientados sobre a importância da prevenção do câncer de próstata, há a necessidade de se valorizar a urgência em abordar a masculinidade e a saúde para avançar rumo à saúde universal e à igualdade de gênero (BIONDO *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2021), contribuindo para a desconstrução do paradigma cultural da masculinidade vigente, semeando uma melhor qualidade de vida e saúde (BRASIL, 2021; MOTA; BARROS, 2018).

A Sociedade Brasileira de Urologia preconiza que homens a partir dos 50 anos ou antecipe para os 40 anos por ter histórico familiar, realizem os exames de prevenção uma vez ao ano (FERREIRA *et al.*, 2021; VIEIRA *et al.*, 2021), que se inicia pela busca dos assintomáticos para a realização do exame do toque retal e da dosagem do Antígeno Prostático Específico (PSA) (INCA, 2021; VIEIRA *et al.*, 2021; BRASIL, 2021; FERREIRA *et al.*, 2021; MOTA; BARROS, 2018), onde examinador avalia o tamanho, formato e consistência da próstata (BIONDO *et al.*, 2020), possibilitando o diagnóstico precoce, assim as práticas educativas acerca do câncer de próstata, exposição a agentes causais ou fatores de riscos como o tabagismo, sedentarismo, dieta inadequada são essenciais (FERREIRA *et al.*, 2021; BACELAR *et al.*, 2015)

A fim de reduzir a mortalidade prematura dos homens, promover a saúde mental e o bem-estar masculino, a OMS em conjunto com os governos estabeleceram metas para acelerarem as ações para atingir os objetivos no Plano de Ação Mundial e na Agenda 2030 através da Resolução de Prevenção e Controle do Câncer por meio de uma Abordagem Integrada (MALUF; BUZAID; VARELLA, 2020).

Para tornar as campanhas exitosas deve-se considerar os fatores que interferem no acesso, atenção integral e resolutividade dos serviços, buscar conhecer e intervir nos fatores que influenciam o interesse e motivação dos homens a buscar informações e agir na direção da identificação precoce do problema (SILVA *et al.*, 2021; BIONDO *et al.*, 2020; COELHO *et al.*, 2018; MOURA *et al.*, 2014), para isso é preciso promover uma compreensão mais diversificada do que significa ser homem e estudar como essas crenças influenciam sua saúde (MALUF; BUZAID; VARELLA, 2020).

O enfermeiro desenvolve um papel fundamental na estratégia de educação e

conscientização, aproveitando as situações cotidianas da assistência de enfermagem, na perspectiva da promoção da saúde e detecção precoce de agravos, no sentido de orientá-los sobre os fatores de risco e medidas de prevenção relativas ao câncer de próstata (MOURA et al., 2014).

Objetivou-se com essa pesquisa realizar uma revisão de literatura confirmando o impacto do câncer de próstata na vida do idoso, esclarecendo sobre a temática na agenda 2030, considerando as políticas públicas voltadas para a saúde do homem, como também utilizá-la como referencial para readequações de ações de prevenção e promoção, visando o bem-estar do homem em processo de envelhecimento.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de revisão de literatura descritiva através de pesquisas fundamentadas em 30 artigos científicos da *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e 03 legislações brasileira relacionada à saúde do homem.

Para elaboração deste trabalho, estabeleceu-se para o período do estudo publicações indexadas de 2002 a 2022, além disso, o idioma utilizado foi o português, e as buscas tiveram como palavras-chave: Neoplasias da Próstata. Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Prevenção Primária. Política de Saúde. Enfermeiro. Idoso.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 O impacto do câncer de próstata na qualidade de vida masculina brasileira e mundial: incidência e mortalidade

O câncer de próstata é o segundo tipo mais prevalente entre a população masculina, atrás apenas do câncer de pele não melanoma, está entre as doenças crônicas não transmissíveis que mais afetam os idosos (VIEIRA et al., 2021; KRÜGER; CAVALCANTI, 2018).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima a ocorrência de 625 mil novos casos entre os anos de 2020 e 2022 (FERREIRA et al., 2021), constituindo-se como um problema de saúde pública (KRÜGER; CAVALCANTI, 2018), sendo a causa de morte de 28,6% da população masculina que desenvolve neoplasias malignas (BRASIL, 2021).

No Brasil, estimam-se 65.840 casos novos de câncer de próstata para cada ano do triênio 2020-2022, o que corresponde a um risco estimado de 62,95 casos novos a cada 100 mil homens (INCA, 2019). Fato que ocorre devido a maior exposição dos indivíduos a fatores de risco cancerígenos, a modificação dos padrões de vida, condições de trabalho, nutrição e consumo desencadeada pelo processo global de industrialização, que traz reflexos importantes no perfil epidemiológico das populações (BRASIL, 2021). Relaciona-se concomitante à melhora da tecnologia diagnóstica, bem como à ampliação de programas

de rastreamento (MOTA; BARROS, 2018).

O câncer de próstata ocupa a primeira posição no país em todas as Regiões brasileiras, com um risco estimado de 72,35/100 mil na Região Nordeste; de 65,29/100 mil na Região Centro-Oeste; de 63,94/100 mil na Região Sudeste; de 62,00/100 mil na Região Sul; e de 29,39/100 mil na Região Norte (BRASIL, 2021).

Dados do INCA mostram que foram diagnosticados 68.220 novos casos de câncer de próstata e cerca de 15 mil mortes/ano em decorrência da doença no Brasil, para cada ano do biênio 2018/2019, ou seja, 42 homens morrendo por dia em decorrência da doença e aproximadamente 3 milhões convivendo com ela (BRASIL, 2021).

Já a nível mundial, o câncer de próstata é o segundo câncer mais frequente em homens, destacando-se em 106 países do mundo. Foram estimados 1.280 mil casos novos, o equivalente a 7,1% de todos os valores de cânceres considerados, correspondente a um risco estimado de 33,1/100 mil. Sendo a maior taxa de incidência na Austrália (INCA, 2019).

Um terço dos óbitos pela doença está relacionado ao comportamento de risco que os homens levam o que aumenta as chances de complicações relacionadas ao câncer de próstata, são fatores que contribuem os altos índices de gordura corporal; baixa ingestão de frutas e de verduras; falta de atividade física; fumo e consumo de álcool (OPAS, 2018).

A experiência e vivenciar o câncer é desgastante, além de lidar com a confirmação do diagnóstico, que traz modificações em diversas esferas da vida, o paciente, ainda, enfrenta problemas advindos do tratamento, sofrimento e podem influenciar na Qualidade de Vida (FERREIRA *et al.*, 2021; VIEIRA *et al.*, 2021), como por não estar em seu ambiente familiar, alterando o bem-estar físico (MOTA; BARROS, 2018).

3.2 Metas da Agenda 2030: formulações estratégicas de políticas públicas para a saúde do homem e o câncer de próstata

A agenda 2030 tem como objetivo assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Possui como meta reduzir até 2030 um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, como a câncer de próstata via prevenção e tratamento (OPAS, 2018), visto que no Brasil, a taxa de mortalidade por neoplasia maligna da próstata tem-se mantido em patamares entre 11 e 14 por 100 mil homens, desde 2012 até o momento, em todas as Grandes Regiões (PROADESS, 2018).

As formulações estratégicas fornecem aos países orientações para mudanças na promoção da saúde e redução dos fatores de risco, acesso à detecção precoce, tratamento oportuno e apropriado, incluindo alívio da dor e cuidados paliativos (BRASIL, 2021).





As metas propõem ações visam a prevenção ou para que o câncer de próstata seja detectado precocemente (BRASIL, 2021). Para isso devem ser realizadas campanhas, pelos profissionais da saúde, que orientem os homens a alimentação saudável, prática de atividade física, manutenção do peso corporal, cessação do tabagismo e do consumo de bebidas alcólicas (BIONDO *et al.*, 2020; COELHO *et al.*, 2018), o que pode contribuir

para adesão dessa população à realização de exames e investigação diagnóstica (BRASIL, 2021).

Para o alcance dos objetivos e metas da Agenda 2030, são necessárias a ações conjuntas dos governos em seus diferentes níveis, assim como organizações, instituições, empresas e sociedade (PROADESS, 2018).

A Assembleia Mundial da Saúde que aprovou a “Resolução de Prevenção e Controle do Câncer através de uma Abordagem Integrada”, juntamente com os governos e a OMS para acelerarem as ações e atingir os objetivos especificados no Plano de Ação Mundial e na Agenda 2030 a fim de reduzir a mortalidade prematura por câncer entre os homens (OPAS, 2018).

Plano de Ação Global para Vidas Saudáveis e Bem-Estar para todos um visa apoiar governos a acelerar o cumprimento das metas de saúde dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável durante os próximos 10 anos, o plano parte do reconhecimento que, no ritmo atual, as metas da Agenda 2030 para a saúde, presentes não serão cumpridas (MALUF; BUZAID; VARELLA, 2020).

Ano	Objetivos	Meta
2012 	Plano de Ação Mundial para a prevenção e controle de DCNT 2013-2020	Meta global voluntária 1: Redução da mortalidade geral por doenças cardiovasculares, câncer, diabetes ou pelas doenças respiratórias crônicas em 25%.
2015 	Agenda 2030 e os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)	ODS 3: Saúde e Bem-Estar Objetivo 3: Assegurar a vida saudável e promover o bem-Estar para todos, em todas as idades Meta 3.4: Até 2030, reduzir em 1/3 a mortalidade prematura por DNT via prevenção e tratamento, promover a saúde mental e o bem-estar.
2017 	Resolução de prevenção e controle do câncer por meio de uma abordagem integrada.	Plano de Ação Mundial para DCNTs e as metas do ODS criam uma necessidade em investir em câncer. Fornece aos países orientações para mudanças na promoção da saúde e redução dos fatores de risco, com ênfase nas políticas de controle do tabaco e vacinas anticâncer, abordar a desigualdade no acesso à detecção precoce, tratamento oportuno e apropriado, alívio da dor e cuidados paliativos.
2017 	Reunião de Consulta aos especialistas sobre o rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de próstata na América Latina e Caribe.	Convocada pela OPAS, pelo Instituto Nacional de Câncer do México e o Instituto Nacional de Saúde Pública do México, foi realizada uma reunião entre especialistas para discutir abordagens sobre o rastreamento e detecção precoce do CaP nas Américas.


<p>2019</p> 	<p>Plano de Ação Global para Vidas Saudáveis e Bem-Estar para Todos</p>	<p>Plano para apoiar governos a acelerar o cumprimento das metas de saúde dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS 3) durante os próximos 10 anos. O Plano parte do reconhecimento que, no ritmo atual, as metas não serão cumpridas.</p>
---	--	--

Tabela 01: Objetivos e metas propostos pela ONU

Fonte: (MALUF; BUZAID; VARELLA, 2020).

As políticas públicas visam um contexto de prevenção e ações básicas, a busca pela integração dos diferentes subsistemas de saúde vigentes, o câncer passou a ser visto como um problema de maior amplitude, que não poderia se restringir ao âmbito das ações curativas de alta complexidade e a campanhas pontuais, dirigidas a populações específicas (BARRETO *et al.*, 2013).

Fazendo-se necessária estratégia mais ampla com o objetivo de implementar ações nacionais para informação, prevenção, diagnóstico e controle do câncer (CARVALHO *et al.*, 2017).

Global (ONU, OMS e OPAS)		Brasil (Nacional, Estadual e Municipal)	
AGENDA 2030-ODS	DCNTs - Plano de Ação Mundial 2013-2020	Saúde do Homem - PNAISH	Planos Estaduais e Municipais
Resolução de prevenção e controle do câncer por meio de uma abordagem integrada (2017)	Reunião de Consulta aos especialistas sobre o rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de próstata na América Latina e Caribe (2017)	Arcabouço legal MS (Leis, Portarias, Decretos)	Relatórios de Gestão Estadual e Municipal
Plano de Ação Global para Vidas Saudáveis e Bem – Estar para Todos (2019)		Programa Nacional de Controle do Câncer da Próstata (2001)	Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT (2013-2022)
		Consenso do Programa Nacional de Controle do Câncer da Próstata (2002)	Nota técnica do MS/INCA recomendação de que NÃO se organizem programas de rastreamento para CaP (2013)
		Lei dos 60 dias (2012)	
		Consulta em sites oficiais (MS/INCA/SESSP/SMSP/outras)	DDT do Adenocarcinoma de Próstata (2016)

Figura 01: Políticas Públicas global e brasileira

Fonte: (MALUF; BUZAID; VARELLA, 2020).

As políticas, programas e ações devem ser planejadas para prevenir o câncer entre as populações a fim de garantir que todos os envolvidos no processo sejam parceiros no planejamento e na execução das políticas (COELHO *et al.*, 2018; MOREIRA; GOMES; RIBEIRO, 2016).

Estas devem ser implementadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que é o modelo eleito para organizar a atenção básica no país, que é a porta de entrada preferencial da rede de atenção, para aplicar a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem BRASIL, 2008).

A PNAISH, tem como objetivo promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento

e organização dos sistemas de saúde (BRASIL, 2021).

Possui diretrizes e ações voltadas fundamentalmente para a atenção integral, com vistas à prevenção e promoção da saúde, à qualidade de vida e à educação, como dispositivos estratégicos de incentivo às mudanças comportamentais (COELHO *et al.*, 2018; MOURA *et al.*, 2014).

Para atingir o seu objetivo geral, ampliar e melhorar o acesso da população masculina adulta, 20 a 59 anos, do Brasil aos serviços de saúde, a Política Nacional de Saúde do Homem é desenvolvida a partir de cinco eixos temáticos: Acesso e acolhimento, saúde sexual e saúde reprodutiva, paternidade e cuidado, doenças masculinas prevalentes e prevenção de violência e acidentes (BRASIL, 2008).

É preciso promover uma compreensão mais diversificada do que significa ser homem e estudar como essas crenças influenciam a saúde, tendo uma maior atenção ao tema das masculinidades e saúde dos homens (KRÜGER; CAVALCANTI, 2018).

A campanha de conscientização intitulada “novembro Azul”, em prol do Dia Mundial de Combate ao Câncer de Próstata, tendo como 17 de novembro o dia alvo, desenvolvida pelo Ministério da Saúde, baseada em um modelo preventivo australiano (CARVALHO *et al.*, 2017), para mobilização para sensibilizar os homens sobre os cuidados com a própria saúde e a importância do diagnóstico precoce do câncer de próstata (INCA, 2021), através do exame da próstata periodicamente (BRASIL, 2021), porém a baixa adesão à atenção à sua saúde, dificultando o diagnóstico precoce (CARVALHO *et al.*, 2017).

Para que as metas da agenda 2030 atinjam seus objetivos faz necessário a atuação da enfermagem para desenvolver através de aspectos éticos e ações norteadoras uma visão de acesso e cobertura universal de saúde e no envolvimento em iniciativas de saúde global (VIEIRA *et al.*, 2021).

A adoção da agenda 2030 de cobertura universal de saúde representa uma oportunidade para moldar o desenvolvimento da força de trabalho na área e racionalizar as demandas de cuidados de saúde, considerando que um sistema efetivo depende do adequado corpo de pessoal para executá-lo, sendo maior relevância o papel da enfermagem (MOREIRA; GOMES; RIBEIRO, 2016).

3.3 A relação das ações de prevenção, promoção e diagnóstico do câncer de próstata com o bem-estar no processo de envelhecimento

Observa-se que os homens costumam ter mais dificuldades na busca por assistência em saúde, pois a masculinidade, dependendo do contexto sociocultural, não permite expressão de fraqueza e fragilidade (SANTOS, 2017) ou por preconceito e estigma, levando ao medo do diagnóstico (CARVALHO *et al.*, 2017).

Este costumam chegar aos serviços de saúde com intercorrências graves ou quando se veem impossibilitados de exercer seu papel de trabalhador (MOURA *et al.*, 2014), ressaltando que, os homens não buscam os serviços para fins preventivos (BRASIL,

2021), por preferirem respostas objetivas e atendimento com agilidade às suas demandas (MOURA *et al.*, 2014).

A prevenção e o diagnóstico do câncer de próstata ficam comprometidos pela baixa procura dos homens ao serviço de saúde (KRÜGER; CAVALCANTI, 2018). São considerados fatores que interferem na adesão ao exame preventivo o constrangimento, desinformação, medo e preconceito em realizar os exames de rastreamento como o toque retal (procedimento de baixo custo que permite avaliar o tamanho, formato e consistência da próstata (BACELAR *et al.*, 2015) e dosagem do Antígeno Prostático Específico (PSA) sanguíneo (MOTA; BARROS, 2018), afetando diretamente a manutenção da qualidade de vida (FERREIRA *et al.*, 2021).

O INCA orienta que a prevenção se inicia pela busca de homens assintomáticos para a realização do exame do toque retal e da dosagem do Antígeno Prostático Específico (PSA) (INCA, 2021; VIEIRA *et al.*, 2021; BRASIL, 2021; FERREIRA *et al.*, 2021; MOTA; BARROS, 2018), possibilitando o diagnóstico precoce, assim as práticas educativas acerca do câncer de próstata, exposição a agentes causais ou fatores de riscos como o tabagismo, sedentarismo, dieta inadequada são essenciais (FERREIRA *et al.*, 2021; BACELAR *et al.*, 2015), assim como voltadas para o incentivo dos homens em procurar uma unidade ambulatorial para avaliação anual devem ser estratégicos (BRASIL, 2021).

E se necessário complementar com a biopsia e o estudo histopatológico (CARVALHO *et al.*, 2017), dosagens das fosfatases ácida e alcalina, cintilografia óssea, estudo de ressonância magnética da pelve, do retroperitônio e a linfadenectomia ilíaca, para indicar a estratégia de tratamento (MOTA; BARROS, 2018).

Quando os sinais e sintomas dor óssea; dores ao urinar; vontade de urinar com frequência; presença de sangue na urina e/ou no sêmen, aparecem cerca de 95% dos tumores já estão em fase avançada, dificultando a cura (BRASIL, 2021; MOTA; BARROS, 2018), devido ao acesso ao tratamento ainda se apresentar de forma desigual devido a estar concentrado em poucos locais na rede SUS (FERREIRA *et al.*, 2021; VIEIRA *et al.*, 2021).

O estadiamento é usado para descrever a extensão ou a gravidade do câncer, avaliando se há metástases e o prognóstico (FERREIRA *et al.*, 2021; VIEIRA *et al.*, 2021).

As principais terapias utilizadas no tratamento do câncer, são: cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia citotóxica, a imunoterapia (utilização de anticorpos monoclonais e a hormonioterapia (utilização de moduladores que inibem a ação de hormônios que agem na proliferação e na diferenciação celular), vêm ganhando espaço no tratamento das diferentes formas da doença (MOTA; BARROS, 2018).

Cirurgia e radioterapia são apropriadas para tratamento da doença localizada e regional, e pode curar nos estádios precoces do câncer, em geral a radioterapia e cirurgia têm papel limitado no câncer em estádios avançados (FERREIRA *et al.*, 2021; VIEIRA *et al.*, 2021).

3.4 O enfermeiro promovendo ações de prevenção e promoção da saúde masculina com o bem-estar no processo de envelhecimento

O enfermeiro é responsável pela educação em saúde e por proporcionar ao público masculino informações relacionadas à saúde do homem, aproveitando as situações cotidianas da assistência de enfermagem (MOURA *et al.*, 2014) para que possa orientar- ló quanto à prevenção de doenças e aos fatores de riscos (FERREIRA *et al.*, 2021; VIEIRA *et al.*, 2021), ou a reconhecer sinais e sintomas das queixa de dificuldade para urinar, jato urinário fraco e sensação de não esvaziar a bexiga (CARVALHO *et al.*, 2017), visto que ao envolv-lo no processo de rastreamento, permite a tomada de decisões quanto a reconhecer os sinais de alerta da doença para procurar o atendimento junto aos profissionais da sua unidade básica de saúde (INCA, 2021).

Criar ações educativas em saúde que favoreça para a transformação de uma prática assistencial e melhor percepção dos homens sobre sua relevância no cuidado à saúde, ou envolver o contexto familiar e ambiental para a prevenção dos agravos mais frequentes à saúde (MOURA *et al.*, 2014), a partir do respeito à singularidade e à dignidade humana, possibilitando a redução de constrangimentos e medos dos homens, estimulando a participação na produção de sua própria saúde (BRASIL, 2021).

Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, conforme os princípios de universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade através de cadastramento e a vinculação dos usuários (PROADESS, 2018; MOURA *et al.*, 2014).

O incentivo a participação masculina potencializa as oportunidades para realização de exames clínicos de rotina, a assistência à saúde de homens não deve ficar restrita a essas temáticas, devem abrangem os diversos momentos da vida masculina, buscamos esse foco temático a fim de explorar uma opção ou uma oportunidade para envolver diferentes perfis de homens em ações em saúde (MOREIRA; GOMES; RIBEIRO, 2016).

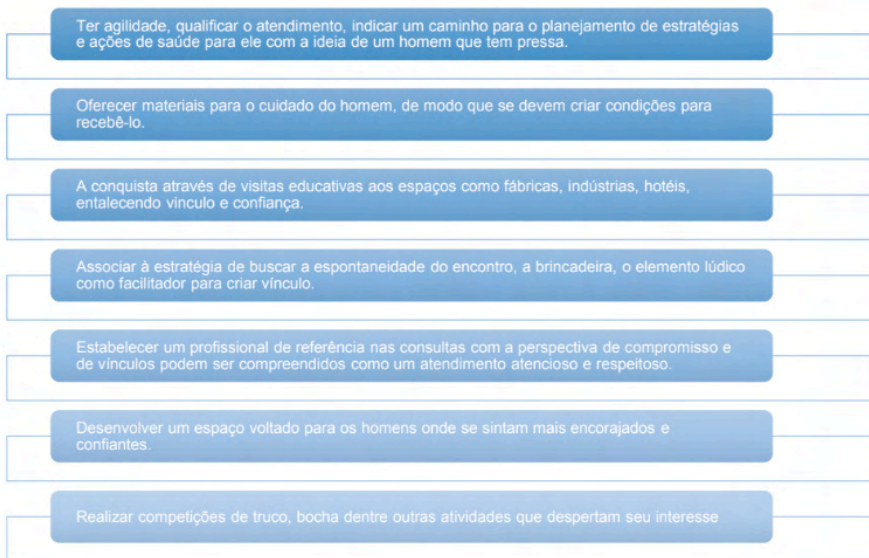


Figura 02: Estratégias adaptadas aos homens para implantar a prevenção e promoção da saúde.

Fonte: (MOREIRA; GOMES; RIBEIRO, 2016).

É vital a formação de profissionais qualificados e sintonizados com a política de saúde, seja em organizações públicas ou privadas, a gestão dos serviços acadêmicos e de saúde deve contar com lideranças capazes de avaliar essas dimensões e, imbuídas do mesmo espírito, buscar decisão conjunta (MOURA *et al.*, 2014)

O enfermeiro na área da saúde é responsável pela criação de valor do serviço entregue ao público que se dá pela qualidade do desempenho dos profissionais (BRASIL, 2021).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após realizar uma revisão de literatura concluímos que o Enfermeiro é peça chave na prevenção do câncer de próstata, através de ações educativas em saúde, incentivando os homens na participação a assistência à saúde potencializando as oportunidades para realização de exames através do acolhimento, transformando a prática assistencial em uma melhor percepção dos homens sobre a relevância no cuidado à saúde masculina de acordo com as metas da agenda 2030.

Para que atinjam seus objetivos faz necessário a atuação da enfermagem na prevenção do câncer de próstata assegurando a sustentabilidade do processo de conscientização, colaboração, compromisso institucional, numa perspectiva de construir pontes e superar as barreiras culturais, objetivando o desenvolvimento de capacidades e emponderamento dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

- BACELAR JUNIOR, A. J. *et al.* Câncer de próstata: métodos de diagnóstico, prevenção e tratamento. **BJS**. V.10, n.3, 6 p. 2015. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?cites=9191499397524749926&as_sdt=2005&scioldt=0,5&hl=pt-BR Acesso em 15/03/2022
- BARRETO, M.L. **Esboços para um cenário das condições de saúde da população brasileira 2022/2030**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 97-120. ISBN 978-85-8110-016-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
- BIONDO, C. S. *et al.* Detecção precoce do câncer de próstata: atuação de equipe de saúde da família. **Enfermería Actual de Costa Rica**. 2020, n.38, pp.32-44. ISSN 1409-4568. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i38.38285>.
- BRASIL, Ministério da saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem**. 2008. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf
- BRASIL. **PORTARIA GM/MS Nº 3.562, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2021**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.562-de-12-de-dezembro-de-2021-367540610>
- CARVALHO, C. M. S. *et al.* Assistência de enfermagem ao homem com câncer de próstata: revisão integrativa da literatura. **REVISTA UNINGÁ**, [S.I.], v. 52, n. 1, jun. 2017. ISSN 2318-0579.
- COELHO, I. B. S., *et al.* **Política nacional de atenção integral a saúde do homem**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 66 p. 2018. Disponível em: www.unasus.ufsc.br
- FERREIRA, R. S., *et al.* Câncer de próstata: prevenção e diagnóstico. **Glob Acad Nurs**, no.2, v. 2, 2021. DOI: <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200178>
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Câncer de Próstata relacionado ao trabalho**. 2021 Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//infografico-cancer-de-prostata-e-trabalho.jpg> Acesso em 12/02/2022.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019. <https://cms.sanarsaude.com/wp-content/uploads/2021/09/01121500/edital-residencia-inca-rj-2022.pdf>
- KRÜGER, F. P. G.; CAVALCANTI, G. Conhecimento e Atitudes sobre o Câncer de Próstata no Brasil: Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. I.], v. 64, n. 4, p. 561–567, 2018. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n4.206. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/206>. Acesso em: 29 maio. 2022.
- MALUF, A.; BUZAID, A.; VARELLA, D. **Projeto de investigação sobre o cenário do câncer de próstata no sistema de saúde público brasileiro**. Leitura estratégica integrada (lei): perfil epidemiológico e políticas públicas. Instituto Vencer o Câncer. v. 4, 2020. Disponível em: https://vencerocancer.org.br/wp-content/uploads/2020/12/LEI_InstitutoVencer_PDF_Interativo_V4.pdf
- MOURA, E. C. *et al.* Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2014, v. 19, n. 02, p. 429-438. DOI: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.05802013>>. ISSN 1678-4561.

MOREIRA, M. C. N.; GOMES, R.; RIBEIRO, C. R. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. *Cadernos de Saúde Pública* [online], v. 32, n. 4, 2016. DOI: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00060015>>. ISSN 1678-4464.

MOTA, T. R.; BARROS, D. P. O. Perfil dos pacientes com câncer de próstata em hospital de referência no estado de Pernambuco. **RBAC**. 2018. ISSN (online): 2448-3877. DOI: 10.21877/2448-3877.201900766.

OPAS. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. 2018. Disponível em: https://www3.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5849:objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=875

PROJETO AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE. 2018. **Boletim Informativo do PROADESS**. Indicadores para o monitoramento do setor Saúde na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, no. 3, 2018. Disponível em: https://www.proadess.icict.fiocruz.br/Boletim_3_PROADESS_Agenda%202030_agosto2018.pdf

SANTOS, E. M. *et al.* Saúde dos homens nas percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Revista de APS**, v. 20, n. 2, 2017. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.16058>

SILVA F., R.; *et al.* Câncer de próstata: prevenção e diagnóstico. **Global Academic Nursing Journal**, n. 2, n. v.2, p. e178, 2021. DOI: 10.5935/2675-5602.20200178.

VIEIRA, T. Q. *et al.* Debates éticos gerados pelo rastreamento do câncer de próstata. **Revista Bioética CREMEGO**. 2021. Disponível em: <https://revistabioetica.cremego.org.br/cremego/article/view/38> acesso em 28/01/2022

CONSIDERAÇÕES ATUAIS SOBRE O RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Data de aceite: 03/10/2022

Averaldo Junior Braga Roque

Discente do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM

Mariana Melo Martins

Discente do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM

Vitor Augusto Ferreira Braga

Júlia Braga Roque

Discente do curso de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte – UniBH

Alanna Simão Gomes Saturnino

Docente do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas. Especialista em Clínica Médica do Hospital Regional de Sobradinho/SESDF. Graduação em Medicina pelo Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM

RESUMO: Introdução: O câncer de próstata (CaP) é o segundo tipo de carcinoma mais comum nos homens. O rastreamento dessa enfermidade é uma questão bastante discutida na atualidade, sendo um tema complexo com diferentes recomendações. **Objetivo:** Realizar um estudo sobre as considerações atuais sobre o rastreamento do Câncer de Próstata. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizada por meio de buscas nas bases científicas Scientific Electronic Library Online e Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, incorporando achados no

período de 2016 a 2021, tendo como descritores: “rastreamento” e “câncer de próstata”.

Resultados e Discussão: Os dois principais métodos utilizados para o rastreio de CaP são: PSA e toque retal. A maioria dos estudos sobre o rastreamento do CaP, apresentaram evidências de que o rastreamento não é benéfico e que pode trazer mais malefícios do que benefícios em decorrência de investigações diagnósticas e/ou intervenções terapêuticas. **Conclusão:** Diante dos estudos, foi possível constatar que a recomendação atual é não realizar o rastreamento do CaP. Ademais, é importante orientar sobre as recomendações desse tema aos profissionais de saúde, com o intuito de promover a prevenção quaternária dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de Próstata. Prevenção Quaternária. Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata. Rastreamento.

ABSTRACT: Introduction: Prostate cancer (PCa) is the second most common type of carcinoma in men. The screening of this disease is a much discussed issue nowadays, being a complex topic with different recommendations.

Objective: To conduct a study on the current considerations on Prostate Cancer screening.

Methodology: This is an integrative literature review, conducted by searching the scientific databases Scientific Electronic Library Online and Virtual Health Library of the Ministry of Health, incorporating findings from 2016 to 2021, using as descriptors: “screening” and “prostate cancer”. **Results and Discussion:** The two main methods used for CaP screening are: PSA and rectal touch. Most studies on screening for PCa,

presented evidence that screening is not beneficial and may bring more harm than good as a result of diagnostic investigations and / or therapeutic interventions. **Conclusion:** In view of the studies, it was possible to verify that the current recommendation is not to screen for PCa. Moreover, it is important to guide health professionals on the recommendations of this issue, in order to promote quaternary prevention of patients.

KEYWORDS: National Program for Prostate Cancer Control. Prostate Cancer. Quaternary Prevention. Screening.

INTRODUÇÃO

A próstata é uma glândula acessória do sistema genital masculino, com formato piramidal, que se localiza entre a bexiga e o reto. Essa glândula participa da produção do sêmen. Além disso, ela envolve a porção inicial da uretra. Seu tamanho altera de acordo com a idade, em jovens ela pode ser do tamanho de uma noz, contudo com o avançar da idade ela pode sofrer um aumento (SILVA et al., 2020).

Em relação ao câncer de próstata (CaP), ele é representado principalmente pelo adenocarcinoma prostático. No Brasil, este é o tipo mais comum de câncer em homens depois dos tumores de pele não melanoma, sendo considerado uma doença da terceira idade, já que cerca de 75% dos casos ocorrem aos 65 anos ou mais. Sua taxa de incidência é maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento (LIMA, 2017).

Ainda, segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), em 2020, ocorreram 65.840 novos casos de CaP no país, representando cerca de 29% de novos casos de todas as neoplasias, excetuando o Ca de pele não melanoma. Nesse sentido, foi constatado 15.983 óbitos por essa doença no ano de 2019, correspondendo assim a terceira causa de óbito por neoplasia no Brasil neste ano, perdendo apenas para o Ca de pulmão e para o Ca de mama (INCA, 2020).

Sobre a etiologia dessa enfermidade, é importante ressaltar que ainda não é totalmente conhecida, acredita-se que ela resulte de múltiplas interações entre fatores genéticos e ambientais. Nesse contexto, alguns fatores de risco são conhecidos como idade avançada, história familiar, etnia, visto que negros são mais acometidos; alterações genéticas, dieta rica em gorduras e obesidade (MORBECK et al., 2019).

No que diz respeito ao quadro clínico, a maioria dos pacientes com essa neoplasia são assintomáticos. Entretanto, em casos de invasão uretral, podem ocorrer sintomas obstrutivos e/ou sintomas irritativos. Quando há envolvimento da uretra prostática e do trígono vesical, é comum a presença de hematúria (OLIVEIRA et al., 2019).

Um estudo realizado nos Estados Unidos demonstrou, por meio de autópsias seriadas, que 60% dos homens com 80 anos tinham CaP. Foi evidenciado que o homem possui 16% de probabilidade de desenvolver esta condição durante toda sua vida e que o risco de morte devido a essa doença é de 2.9%. Logo, é possível inferir que a maioria

dos indivíduos com diagnóstico de CaP morrerão em decorrência de outras causas (GONÇALVES et al., 2018).

Por tratar-se de uma patologia com alta incidência e prevalência, conseqüentemente o câncer de próstata gera muitos gastos aos serviços de saúde em geral, tornando assim o rastreamento dessa enfermidade uma questão bastante discutida na atualidade, sendo um tema complexo com diferentes recomendações.

Nesse sentido, o termo rastreamento, derivado do inglês screening, vem da ideia de peneira, rica em furos, ou seja, todos os programas possuem resultados falso-positivos e falso-negativos. Nesse contexto, um exame positivo não implica fechar um diagnóstico, pois geralmente são exames que selecionam as pessoas com maior probabilidade de apresentar a doença em questão (INCA, 2019).

Dessa forma, o rastreamento é caracterizado como a realização de testes ou exames diagnósticos em populações ou pessoas assintomáticas, com o objetivo de possibilitar a busca pelo diagnóstico em uma fase pré-clínica e o controle de riscos, com a finalidade de reduzir a morbidade e a mortalidade da doença, agravo ou risco rastreado (PRADO, et al., 2020). Diante disso, o objetivo dessa revisão é realizar um estudo sobre as considerações atuais sobre o rastreamento do Câncer de Próstata.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura sobre o rastreamento do câncer de próstata. Nesse sentido, essa revisão cumpriu as seguintes etapas durante a sua realização: definição do tema e elaboração da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de elegibilidade; identificação dos estudos nas bases científicas; avaliação dos estudos selecionados e análise crítica; categorização dos estudos; avaliação e interpretação dos resultados e apresentação dos dados na estrutura da revisão integrativa.

O estudo foi guiado pela seguinte pergunta norteadora: “Quais são os conceitos atuais sobre o rastreamento do câncer de próstata?”. Foram selecionados artigos dos bancos de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. A busca foi realizada com base no Medical Subject Headings (MeSH) e nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), tendo os seguintes descritores: “rastreamento” e “câncer de próstata”.

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, revisões de literatura e relatos de casos que abordassem o tema Rastreamento do Câncer de Próstata e que permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, publicados no idioma português, entre janeiro de 2016 a setembro de 2021. Foram excluídos do estudo, artigos que não abordaram, em conjunto, os temas rastreamento e câncer de próstata.

Essa seleção foi realizada entre agosto e setembro de 2021, independentemente, por todos os pesquisadores, que posteriormente se encontraram para comparar a amostragem

selecionada, discutir as discrepâncias e chegar a um consenso acerca dos artigos incluídos no estudo. Para isso, foi construído um quadro com os resultados, que contém título, ano de publicação, tipo de artigo, objetivos e principais achados.

RESULTADOS

No total, foram encontrados 82 artigos e após leitura criteriosa das publicações, 73 artigos não foram utilizados devido aos critérios de exclusão. Dessa forma, 9 artigos foram utilizados.

O Quadro 1 apresenta as evidências expressas nos artigos incluídos na revisão integrativa.

Autor/Ano	Método	Objetivos	Principais Achados
SILVA et al., 2020.	Revisão de literatura.	Descrever o câncer de próstata com ênfase na saúde preventiva do homem.	Fatores relacionados com a falta de adesão dos homens a consultas médicas na atenção primária são: filas grandes; horários de funcionamento incompatível com a jornada de trabalho e poucos profissionais atuando na ESF.
OLIVEIRA et al., 2019.	Estudo qualitativo do tipo ensaio comunitário.	Descrever a percepção dos homens sobre o câncer de próstata e os fatores de prevenção relacionados.	Foi observado que ainda há uma barreira física e social a ser superada diante dos estigmas masculinos. Além disso, existe uma carência de conhecimento sobre a prevenção do CaP.
PRADO et al., 2020.	Revisão de literatura.	Explicitar os dados encontrados na literatura atual sobre o câncer de próstata, com ênfase em seus métodos diagnósticos clínicos, laboratoriais, histopatológicos e de imagem.	Definição de rastreamento e métodos diagnósticos (PSA e toque retal) para o câncer de próstata. Recomendação da sociedade brasileira de Urologia sobre o rastreamento do CaP. (acho que é melhor falar que defende ou não o rastreamento e qual é o recomendado)
SOUZA et al., 2021.	Estudo retrospectivo transversal não controlado.	Analisar os dados de pacientes de uma clínica de imagem no município de Itaúna-MG, comparando seus resultados de PSA e de biópsia, analisando se o uso dos resultados de PSA seriam confiáveis para um screening inicial.	Os valores de PSA tem relação e sofrem influência direta com o aumento linear da idade. Foi constatado que é um método de rastreamento e não diagnóstico para CaP, sendo demonstrado limitações em estabelecer um valor de corte para PSA que aumente a acurácia do teste.
MODESTO et al., 2017.	Revisão de literatura.	Analisar criticamente os argumentos favoráveis e contrários ao rastreamento do CaP.	Observou-se a partir de evidências científicas a falta de benefícios do rastreamento do CaP.

SANTOS et al., 2021.	Estudo qualitativo e exploratório.	Analisar a percepção e experiências de homens e médicos/as sobre a tomada de decisão compartilhada para o rastreamento do câncer de próstata no Brasil.	Esse estudo apresentou o desconhecimento dos homens sobre os possíveis danos relacionados ao rastreamento deste câncer. Além disso, a investigação demonstrou que a prática do rastreamento do câncer de próstata ainda não está consolidada no Brasil
STEFFEN et al., 2018.	Revisão de literatura.	Avaliar os riscos e benefícios do rastreamento do CaP.	O rastreamento não é indicado por inúmeras instituições estrangeiras e, no Brasil, o Instituto Nacional de Câncer também não recomenda a organização de programas de rastreamento.
GONÇALVEZ et al., 2018.	Revisão de literatura.	Investigar a utilidade do rastreamento populacional, bem como avaliar o impacto destas campanhas sobre a sociedade.	O CaP é uma doença comum em homens idosos. O rastreamento sistemático ou oportunístico não é benéfico e que pode trazer mais malefícios do que benefícios em decorrência de investigações diagnósticas e/ou intervenções terapêuticas excessivas.
ARAÚJO et al., 2020.	Estudo observacional, de corte transversal.	Avaliar a frequência das solicitações de antígeno prostático específico (PSA) para homens com menos de 40 anos, bem como observar a possível influência da especialidade do médico solicitante.	Foi observado nesse estudo que há uma frequência muito elevada de solicitações de PSA em homens com baixa probabilidade de se beneficiarem com a realização do exame. É necessário investimento na divulgação das melhores práticas em relação ao rastreamento do câncer de próstata, especialmente entre os clínicos e os cardiologistas.

Quadro 1: Considerações atuais sobre o rastreamento do Câncer de Próstata.

Fonte: Dos autores, 2021.

DISCUSSÃO

Os principais métodos de rastreamento para o CaP são a dosagem de antígeno prostático específico (PSA) e o exame de toque retal. Este consiste no exame digital feito pelo médico, em que é possível avaliar anormalidades da superfície da glândula prostática, a partir da sua íntima relação anatômica com o reto. Entretanto, muitas vezes, a alteração perceptível ao exame físico só é encontrada em estágios avançados da patologia, os quais podem ser irreversíveis (PRADO, et al., 2020).

O PSA é um achado de dano ao epitélio da próstata. Sendo assim, pode identificar a lesão neoplásica na glândula. No entanto, algumas limitações dificultam a sua utilização como marcador deste câncer, como a sua não especificidade para tumores, o que faz com que possa estar aumentado em outras situações, como infecções e processos hiperplásicos benignos. Além disso, pacientes com CaP sintomáticos podem não apresentar o PSA elevado (BRASIL, 2016).

De acordo com SOUSA et al. (2021), em um estudo realizado em Itáúna, no qual foi comparando resultados de dosagens de PSA e realização de biópsias, observou-se que para reduzir a realização de biópsias excessivas com todos seus impactos negativos associados, seria necessário a associação de vários critérios diagnósticos, tais como quadro clínico do paciente, dosagem de PSA, a densidade de PSA, velocidade de PSA, toque retal e/ou presença de áreas alterada na ultrassonografia transretal. Em vista disso, pode se constatar que um resultado de PSA positivo, utilizado de forma isolada como rastreamento, não é o suficiente para uma indicação absoluta de biópsia em pacientes que fazem rastreamento para CaP (SOUSA et al., 2021).

Em referência ao rastreamento do CaP, vários estudos demonstraram resultados conflitantes sobre essa temática. Desse modo, no estudo PLCO (Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian), foram randomizados 76.693 homens com idade entre 55 e 74 anos nos Estados Unidos, utilizando com método de rastreio o PSA, cujo ponto de corte foi de 4,0 ng/ml (OLIVEIRA, 2019).

Esse estudo não encontrou diferença entre o grupo submetido ao rastreamento e o grupo não submetido. A diferença absoluta na mortalidade, que também não foi estatisticamente significativa, foi de 0,05 mortes a mais para cada mil pessoas submetidas a rastreamento (MODESTO et al., 2017).

Outro grande estudo sobre esse tema foi o ERSPC (European Randomized Study for Prostate Cancer). Ele foi realizado na Europa, onde foram randomizados 182.160 homens em nove países, com faixa etária predominante de 55 a 69 anos (OLIVEIRA, 2019).

Foi constatado que após 13 anos de seguimento, a mortalidade por CaP no grupo submetido ao rastreamento foi 20% menor do que a mortalidade no grupo controle. Dessa maneira, essa diferença representa uma redução absoluta de 0,11 mortes por CaP para cada mil homens submetidos aos procedimentos de detecção precoce, que é uma diferença bastante pequena, especialmente, se considerarmos os danos relacionados ao *screening* (MODESTO, 2017).

Entretanto, nesse estudo acredita-se que a diferença de opção de tratamento entre o grupo de controle e o grupo de rastreamento, favoreceu o grupo rastreamento. Isso pode ter sido o fator responsável pela diferença de mortalidade encontrada no estudo (MODESTO, 2017).

Outros estudos menores, como o Sueco de Göteborg, demonstrou que, em seguimento tardio de 14 anos, a diminuição do risco de óbito foi de 0,784% no grupo controle (sem rastreamento) para 0,442% no grupo que fez rastreamento, implicando em uma redução de 7/1000 para 4/1000. E, o estudo PIVOT, demonstrou que após 12 anos de seguimento não foram observadas diferenças significativas na mortalidade entre o grupo controle e o grupo que realizou o rastreamento (OLIVEIRA, 2019).

Torna-se evidente, portanto, que a maioria dos estudos sobre o rastreamento do CaP, apresentaram evidências de que o rastreamento não é benéfico. Além do mais, pode

trazer mais malefícios do que benefícios em decorrência de investigações diagnósticas e/ou intervenções terapêuticas excessivas (MODESTO, 2017).

Diante desse cenário, a Organização Mundial de Saúde (OMS), declarou-se contra a organização de ações de rastreamento para o câncer da próstata, com base nas evidências científicas disponíveis. Assim, pacientes que desejam a realização do exame devem ser informados por seus médicos sobre os riscos e benefícios associados a essa prática e posteriormente definirem em conjunto com a equipe de saúde pela realização ou não do rastreamento (SANTOS, 2021).

O Ministério da Saúde e o Instituto Nacional do Câncer (INCA), também, posicionam-se contra estratégias de rastreamento populacional para o CaP, visto que a partir de estudos clínicos com seguimento por mais de dez anos não se observou diminuição da mortalidade geral dos homens e, houve pouca relação com a queda da mortalidade específica por CaP. Este pequeno benefício não compensa eventuais riscos, como impacto psicológico de um resultado falso-positivo, sobrediagnóstico e sequelas de um tratamento (MODESTO, 2018).

Isso é ratificado ainda ao pensar nos critérios que devem ser avaliados ao criar um programa de rastreamento oportunístico que incluem magnitude, transcendência e vulnerabilidade da doença, conhecimento da história natural da doença e impacto na morbimortalidade (BRASIL, 2010). Contudo, diferente das organizações governamentais, o rastreamento é suportado pelas sociedades de especialidades médicas, como a Sociedade Brasileira de Urologia – SBU (OLIVEIRA, 2019).

Pacientes com idade superior a 75 anos e assintomáticos a recomendação é de não realizar o rastreamento, já que as evidências demonstram que essa estratégia não é eficaz e que os danos podem superar os benefícios. Além disso, durante as consultas, os homens que não desejam realizar o rastreamento não devem ser induzidos a fazer (SANTOS, 2021).

País / Organização	Ano	Recomendação
Sociedade Brasileira de Urologia	2017	>50 anos – Consulta e decisão compartilhada. >45 anos – Consulta precoce para pacientes de risco aumentado (raça negra ou parente de 1º grau). >75 anos – Exames realizados apenas para aqueles com expectativa de vida acima de 10 anos.
Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	2016	Não recomenda o rastreamento.
Instituto Nacional do Câncer	2015	Não recomenda o rastreamento.

Quadro 2 – Recomendações das sociedades médicas e agências brasileiras sobre o rastreamento para o câncer de próstata.

Fonte: STEFFEN et al., 2018.

Todavia, um estudo realizado no Paraná, demonstrou que mesmo com as recomendações contra o rastreamento, a prevalência de realização de exames para o rastreamento do CaP foi elevada (LIMA, 2018). Diante disso, é necessária uma divulgação sobre as recomendações atuais sobre este tema, com o intuito de evitar procedimentos e/ou intervenções desnecessárias para os pacientes, promovendo assim a prevenção quaternária, isto é, evitar ações iatrogênicas (ARAÚJO et al., 2020).

A campanha novembro azul é uma iniciativa que teve origem em 2003, na Austrália, com o objetivo de chamar a atenção para a prevenção e o diagnóstico precoce de doenças que atingem a população masculina. No Brasil, esse movimento deu ênfase ao câncer de próstata, estimulando sua prevenção e seu diagnóstico precoce (INCA, 2018).

Atualmente, foi criado o programa “Linha Azul”, que busca fortalecer atenção à saúde do homem e sensibilizar população sobre importância do diagnóstico precoce do câncer de próstata (INCA, 2021). No entanto, foi observado alguns aspectos que dificultam a adesão dos homens a consultas médicas em atenção primária como horários de funcionamento incompatível com a jornada de trabalho, filas grandes, além de uma carência de conhecimento e um estigma masculino sobre essa neoplasia (SILVA et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2019).

Assim, é importante ressaltar que mesmo com a não recomendação do rastreamento do CaP pela maioria das sociedades brasileiras, é imprescindível na consulta médica abordar temas de promoção de saúde, como mudança de estilo de vida, cessação de tabagismo, redução do consumo de açúcar e alimentos industrializados, estímulo a perda de peso no combate a obesidade e orientar a prática de exercícios físicos (SANTOS, 2021).

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) ratifica esta recomendação, enfocando que o cuidado com os homens deve assumir uma postura não estereotipada e não culpabilizante, enxergando-os de forma holística e abordando a integralidade no atendimento. Ademais, a educação em saúde é igualmente importante. Dessa forma, na assistência ao paciente é válido conversar com ele e discutir os prós e os contras das recomendações de conduta (MODESTO, 2018).

CONCLUSÃO

Diante dos estudos, foi observado que a recomendação atual é não realizar o rastreamento do CaP. Visto que a maioria dos estudos demonstraram que não há evidências científicas que este procedimento proporcione mais benefícios do que riscos ao paciente.

Ademais, é importante campanhas que abordem este tema, visto que muitos profissionais de saúde realizam o rastreamento, mesmo ele ainda não sendo recomendado. Correlacionando a isso, é válido lembrar que a educação em saúde atua em relação com a prevenção quaternária.

Observa-se, também, que a saúde do homem deve ser abordada na sua integralidade,

pensando nos outros rastreamentos oportunistas que são pregados conforme a faixa etária, como àqueles que avaliam o perfil metabólico. Além disso, a conduta deve ser holística e humanizada, visando vencer estereótipos da postura masculina e sua resistência às consultas médicas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Fernando Antonio GR et al. **Avaliação das solicitações de PSA em homens com menos de 40 anos de idade**. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, v. 56, 2020.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, CC de A.; MACEDO, M. **The integrative review method in organizational studies**. *Rev Eletr Gestão Soc*, v. 5, n. 11, p. 121-36, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata**. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

GONÇALVES, Eduardo Paz et al. **Rastreamento do câncer de próstata e o papel das campanhas de conscientização**. *Acta méd. (Porto Alegre)*, p. 515-524, 2018.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. 2021. Acesso em: 6 de setembro de 2021.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Rastreamento do câncer de próstata**. 2019.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Novembro Azul, INCA e Ministério da Saúde alertam para a saúde do homem**. 2018

LIMA, Alisson Padilha de et al. **Prevalence and factors associated with the performance of prostate cancer screening in the elderly: a population-based study**. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 21, p. 53-59, 2018.

LIMA, Daniel Xavier. **As mudanças recentes no rastreamento do câncer da próstata**. *REVISTA MÉDICA DE MINAS GERAIS*, 2017, v. 27, ed. 1882.

MODESTO, Antônio Augusto Dall'Agnol et al. **Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem**. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2018.

MORBECK, Igor Alexandre Protzner; GADIA, Rafael; CHAVES, Nayara Rosina. **Câncer de próstata**. *Diretrizes oncológicas*, 2019.

OLIVEIRA, Pâmela Scarlatt Durães et al. **Câncer de próstata: conhecimentos e interferências na promoção e prevenção da doença**. *Enfermería Global*, v. 18, n. 2, p. 250-284, 2019.

OLIVEIRA, RENATO ALMEIDA ROSA. **Análise da custo-efetividade do rastreamento e das modalidades terapêuticas do câncer de próstata**. 2019.

PRADO, Marcella Resende Monteiro et al. **Câncer de Próstata—Uma revisão sobre o seu rastreamento e diagnóstico.** Brazilian Journal of Health Review, v. 3, n. 5, p. 13954-13962, 2020.

SANTOS, Renata Oliveira Maciel; DE ABREU, Mirhelen Mendes; ENGSTROM, Elyne Montenegro. **A decisão clínica compartilhada diante dos riscos do rastreamento do câncer de próstata.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 16, n. 43, p. 2470-2470, 2021.

SILVA, Janyeire Francisca Gomes et al. **Câncer de próstata com ênfase na saúde preventiva do homem.** Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 10, p. 74532-74548, 2020.

SOUSA, Maria Júlia Alves et al. **Comparação de dados de PSA e resultados da biópsia no diagnóstico do câncer de próstata, obtidos em Itaúna (MG), no período de 2002 a 2018.** Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 4, p. 14956-14970, 2021.

STEFFEN, Ricardo Ewbank et al. **Rastreamento populacional para o câncer de próstata: mais riscos que benefícios.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 28, 2018.

CAPÍTULO 9

MORBIMORTALIDADE POR CÂNCER DE PRÓSTATA NAS REGIÕES BRASILEIRAS NO PERÍODO DE 2016 A 2020

Data de aceite: 03/10/2022

Data de submissão: 19/09/2022

Lizandra de Farias Rodrigues Queiroz

Enfermeira. Mestre em Recursos Naturais.
Membro da equipe de Enfermagem do HUAC/
EBSERH
Campina Grande-PB
<https://orcid.org/0000-0002-1045-8483>

Márcia Alencar de Medeiros Pereira

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família.
Membro da equipe de Enfermagem do HUAC/
EBSERH
Campina Grande-PB
<https://orcid.org/0000-0001-9455-8643>

Ana Cristina Rodrigues Luna e Silva

Enfermeira. Mestre em Desenvolvimento e
Meio Ambiente pela Universidade Federal
da Paraíba - UFPB. Membro da equipe de
Enfermagem do HUAC/EBSERH
Campina Grande-PB
<https://orcid.org/0000-0003-2855-4884>

Giovanna Raquel Sena Menezes

Enfermeira pela Universidade Federal de
Campina Grande
Petrolina-PE
<https://orcid.org/0000-0001-9059-0347>

Audimere Monteiro Pereira

Enfermeira. Especialista em Urgência e
Emergência, UTI e nefrologia. Membro da
equipe de Enfermagem do HUAC/EBSERH
Campina Grande-PB
<https://orcid.org/0000-0001-7883-0192>

Martapolyana Torres Menezes da Silva

Enfermeira. Mestre em Biotecnologia pela
Universidade Federal do Vale do São Francisco
– UNIVASF. Membro da equipe de Enfermagem
do HUAC/EBSERH
Campina Grande-PB
<https://orcid.org/0000-0002-9517-2600>

Rosângela Vidal de Negreiros

Enfermeira. Doutoranda pela Universidade de
São Paulo - USP. Professora da Universidade
Federal de Campina Grande
Campina Grande-PB
<https://orcid.org/0000-0001-7242-6447>

Juliana Dias Pereira de Sousa

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública.
Membro da equipe de Enfermagem do HUAC/
EBSERH
Campina Grande-PB
<https://orcid.org/0000-0001-9411-3046>

Marta Lucia Cruz de Andrade

Enfermeira pela Universidade Estadual da
Paraíba. Membro da equipe de enfermagem do
HUAC/EBSERH
Campina Grande-PB
<https://orcid.org/0000-0001-7862-4639>

Érida Oliveira Gonçalves

Enfermeira. Especialista em Urgência,
Emergências e UTI. Membro da equipe de
Enfermagem do HUAC/EBSERH
Campina Grande-PB
<https://orcid.org/0000-0001-9784-643X>

RESUMO: De acordo com a literatura, o câncer de próstata é considerado o segundo tipo

de neoplasia mais prevalente na população masculina, afetando sobretudo aqueles que apresentam fatores de risco não modificáveis, como a idade avançada e o histórico familiar da doença. Sendo assim, foi proposto como objetivo deste estudo avaliar a morbimortalidade por câncer de próstata nas diferentes regiões brasileiras, através da análise de números absolutos e taxas de internação e de mortalidade. Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo, de natureza descritiva e com abordagem quantitativa. Os dados foram obtidos a partir do endereço eletrônico do Departamento de Informática do SUS/DATASUS e categorizados em números de internações e de óbitos por Neoplasia Maligna da Próstata, distribuídos nas cinco regiões brasileiras e apresentados na forma de números absolutos e taxas. Dentro do período compreendido no estudo, de 2016 a 2020, foi observado que a região Norte possui as mais elevadas taxas de mortalidade e as menores taxas de internação por câncer de próstata. Dessa forma, aponta-se que a limitada procura da população masculina aos serviços de saúde, bem como o preconceito e receio existente em relação ao exame de toque retal, prejudicam o diagnóstico precoce e conseqüentemente, o tratamento oportuno e efetivo do câncer de próstata. Portanto, os serviços de saúde devem enfatizar ações assistenciais direcionadas à saúde deste público, desenvolvendo estratégias e ofertando serviços que priorizem a redução nos níveis de morbimortalidade decorrente desta patologia e promovam a igualdade na assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Indicadores de Morbimortalidade; Neoplasias da Próstata; Saúde do Homem.

MORBIMORTALITY FROM PROSTATE CANCER IN BRAZILIAN REGIONS IN THE PERIOD FROM 2016 TO 2020

ABSTRACT: According to the literature, prostate cancer is considered the second most prevalent type of neoplasm in the male population, affecting mainly those with non-modifiable risk factors, such as advanced age and family history of the disease. Therefore, the objective of this study was to evaluate morbidity and mortality from prostate cancer in different Brazilian regions, through the analysis of absolute numbers and hospitalization and mortality rates. This is an ecological, retrospective, descriptive study with a quantitative approach. Data were obtained from the electronic address of the Department of Informatics of SUS/DATASUS and categorized into numbers of hospitalizations and deaths from Malignant Prostate Neoplasia, distributed in the five Brazilian regions and presented in the form of absolute numbers and rates. Within the period comprised in the study, from 2016 to 2020, it was observed that the North region has the highest mortality rates and the lowest rates of hospitalization for prostate cancer. In this way, it is pointed out that the limited demand of the male population for health services, as well as the existing prejudice and fear in relation to the digital rectal exam, impair early diagnosis and, consequently, the timely and effective treatment of prostate cancer. Therefore, health services should emphasize care actions aimed at the health of this public, developing strategies and offering services that prioritize the reduction in the levels of morbidity and mortality resulting from this pathology and promote equality in care.

KEYWORDS: Indicators of Morbidity and Mortality; Prostatic Neoplasms; Men's Health.

1 | INTRODUÇÃO

A próstata é uma glândula presente em homens e encontra-se localizada na parte inferior do abdômen, situando-se na frente do reto e abaixo da bexiga, envolvendo a porção inicial da uretra (INCA, 2017). A neoplasia maligna da próstata é destacada como um dos tipos de câncer mais comum e prevalente na população masculina e tem afetado principalmente homens com idade igual ou superior aos 65 anos. Sendo que os países desenvolvidos apresentam as maiores taxas de ocorrência de câncer de próstata e cerca de 75% dos casos diagnosticados mundialmente ocorrem após os 65 anos de idade (INCA, 2021).

Em 2018, após realização de estudo observacional, foi possível estimar a ocorrência de 1,3 milhões de novos casos de câncer de próstata no mundo, ficando atrás apenas do câncer de pulmão como uma maior prevalência nos homens relacionado à população mundial. Já no Brasil nesse mesmo período, foi estimado um quantitativo de 15.576 óbitos por neoplasia (INCA, 2020). Observa-se a predominância de fatores de riscos não modificáveis relacionado diretamente com a idade avançada e o histórico familiar de câncer de próstata, o que potencializa maior risco de desenvolver a patologia, e ainda, é diretamente associada uma maior predisposição em indivíduos que possuem a cor da pele negra (TAO et al., 2015).

No Brasil, estimam-se 65.840 casos novos notificados de câncer de próstata para cada ano do triênio 2020-2022. Esse valor representa um risco estimado de 62,95 novos casos a cada 100 mil homens (INCA, 2019). A incidência do câncer de próstata é maior em países desenvolvidos quando comparado aos países em desenvolvimento. Torna-se importante ressaltar que a evolução dos métodos diagnósticos, a melhoria na qualidade dos sistemas de informação e o aumento na expectativa de vida corroboram com o crescimento nas taxas de incidência no Brasil (INCA, 2021; PORTO; LEAL; FERREIRA, 2018).

Em virtude das altas taxas de incidência e mortalidade relacionadas à neoplasia prostática, a Organização Mundial de Saúde tem se mostrado sensível ao desenvolvimento de políticas públicas de saúde, que buscam priorizar a importância do diagnóstico precoce e tratamento oportuno, para tal alternativa conta com a participação efetiva dos serviços de saúde, principalmente aqueles relacionados à Atenção Primária à Saúde (APS), tendo em vista seu estreito relacionamento com a população adscrita, tornando possível um rastreamento efetivo para o câncer de próstata, o qual é considerado um problema de saúde pública para a população brasileira.

Porém, o diagnóstico precoce ainda continua sendo um dos grandes desafios relacionados à doença, isso ocorre devido a falta de informação e de conhecimento da população masculina, da mistificação relacionada ao exame de toque retal, assim como o engajamento do próprio homem ao serviço de saúde e à atenção básica, culminando assim, tanto no diagnóstico como no tratamento tardio, o que resulta em altos índices de

mortalidade pela doença (KRÜGER; CAVALCANTI, 2018). Merece destaque, portanto, a adoção de estratégias preventivas que visam diminuir a incidência desse agravo (CZORNY et al., 2017).

Diante do exposto, é imprescindível destacar a relevância deste estudo, que objetiva avaliar a morbimortalidade por câncer de próstata nas diferentes regiões brasileiras, por meio da análise de números absolutos e taxas de internação e mortalidade, como também, verificar a distribuição dos casos de câncer de próstata de acordo com a faixa etária selecionada.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa (GIL, 2017). Utilizou-se dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS e Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde - SIM/MS, referentes à Neoplasia Maligna da Próstata, os resultados foram obtidos por meio do acesso ao endereço eletrônico do Departamento de Informática do SUS/DATASUS.

A população alvo foi composta por indivíduos do sexo masculino, residentes no Brasil, portadores de Neoplasia Maligna da Próstata, com idade igual ou superior a 40 anos, identificados por ocorrência do registro na Declaração de Óbito e Declaração de Internamento, a partir do preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar - AIH, ocorridas entre 2016 a 2020. Determinou-se este período de coleta, por ser o ano de 2020, o mais recente e completo disponível no Sistema de Informação utilizado nesta pesquisa.

No banco das internações hospitalares e mortalidade do SUS, o diagnóstico foi selecionado de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão - CID-10, correspondendo às AIH pagas no período e classificadas como Neoplasia Maligna da Próstata.

Para obtenção da coleta de dados foram utilizadas a distribuição de internações por região do Brasil, assim como a quantidade de óbitos por Neoplasia Maligna da Próstata registrados no período selecionado. Estas variáveis encontram-se disponíveis no site do DATASUS que atendem ao objetivo proposto na pesquisa. Os dados foram categorizados em números de internações e de óbitos por Neoplasia Maligna da Próstata, distribuídos nas cinco regiões brasileiras, como também, foi realizado o cálculo das taxas de internação e de mortalidade no período proposto. Os dados foram apresentados na forma de números absolutos e taxas.

As taxas de internação foram calculadas pela razão entre o número total de internações por Neoplasia Maligna da Próstata e pela população total residente estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE no período selecionado, multiplicando-se esse quociente por 10 mil habitantes. A taxa de mortalidade hospitalar

foi obtida através do cálculo da razão entre a quantidade de óbitos e a população total estimada no período e multiplicada por 100 mil habitantes (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2011).

A coleta de dados foi realizada no mês de novembro de 2021, diretamente no endereço eletrônico do DATASUS. Para tanto, à medida que as variáveis foram extraídas, construiu-se tabelas para melhor visualização e análise.

As análises foram referentes à distribuição geográfica dessas internações hospitalares e mortalidade decorrentes de Neoplasia Maligna da Próstata. Os resultados obtidos foram dispostos de acordo com as cinco regiões brasileiras e analisados no mês de dezembro de 2021, utilizando a estatística descritiva, na qual, os dados foram transportados para Microsoft Office Excel 2007, para elaboração de tabelas contendo o valor absoluto e para realização do cálculo das taxas de internação e de mortalidade. Em seguida, foram confrontados e discutidos com a literatura pertinente.

A utilização das informações oriundas do SIH/DATASUS é de livre acesso a toda população brasileira e as tabulações geradas garantem os princípios éticos contidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, razão pela qual não há necessidade de submissão ao Comitê de Ética, conforme orientação recebida pela equipe técnica do DATASUS.

3 | RESULTADOS

Analisando o cenário relacionado ao câncer de próstata no Brasil, entre os anos de 2016 e 2020, observamos o total de 157.674 internações e 14.981 óbitos de homens em decorrência desta patologia, no âmbito do SUS.

No período estudado foram registrados o total de 4.475 internações por câncer de próstata na região Norte, apresentando a maior taxa 5.17/10.000 habitantes no ano de 2019. O número de óbitos não apresentou oscilação significativa durante os anos estudados, com uma maior taxa em 2018 (14.68/100.000 hab.) (Tabela 1). Vale ressaltar que dentre as regiões brasileiras, a região Norte possui as mais elevadas taxas de mortalidade e as menores taxas de internação por câncer de próstata no período do estudo.

Ano	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Número de internações	791	900	865	1.006	913	4.475
Taxa de internação *	4.06	4.62	4.44	5.17	4.69	22,99
Número de óbitos	113	118	127	138	120	616
Taxa de mortalidade**	14.29	13.11	14.68	13.72	13.14	68,94

*Número de casos de internações hospitalares por neoplasia maligna de próstata no Sistema Único de Saúde (SUS), por 10 mil habitantes;

** Número de óbitos por neoplasia maligna de próstata por 100 mil habitantes

Tabela 1. Internações e mortalidade por neoplasia maligna de próstata em homens. Faixa etária de 40 anos ou mais, residentes na região Norte, no período de 2016 a 2020.

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

Na Tabela 2, analisamos os dados referentes à Região Nordeste. Observamos que o maior número de internações ocorreu em 2019, com uma taxa de 10.94/10.000 habitantes, entretanto, a maior taxa de mortalidade por câncer de próstata foi observada em 2017 (8.94/100.000 habitantes).

Ano	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Número de internações	7.085	7.598	7.960	8.190	7.077	37.910
Taxa de internação *	9.47	10.15	10.64	10.94	9.46	50,66
Número de óbitos	573	679	672	701	616	3.241
Taxa de mortalidade**	8.11	8.94	8.45	8.56	8.71	8,56

*Número de casos de internações hospitalares por neoplasia maligna de próstata no Sistema Único de Saúde (SUS), por 10 mil habitantes;

** Número de óbitos por neoplasia maligna de próstata por 100 mil habitantes

Tabela 2. Internações e mortalidade por câncer de próstata em homens. Faixa etária de 40 anos ou mais, residentes na região Nordeste, no período de 2016 a 2020.

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

Ao verificar os dados da Tabela 3, observamos que a região Sudeste apresentou o maior número de internações quando comparado às demais localidades, totalizando 81.084 no período estudado, com uma maior taxa no ano de 2019 (13.38/ 10.000 habitantes). No que se refere à taxa de mortalidade, não observamos grande variação dos dados obtidos.

Ano	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Número de internações	15.204	16.296	16.458	18.133	14.993	81.084
Taxa de internação *	11.22	12.03	12.15	13.38	11.07	59,85
Número de óbitos	1.425	1.500	1.531	1.629	1.410	7.495
Taxa de mortalidade**	9.4	9.23	9.33	9.01	9.43	9,27

*Número de casos de internações hospitalares por neoplasia maligna de próstata no Sistema Único de Saúde (SUS), por 10 mil habitantes;

** Número de óbitos por neoplasia maligna de próstata por 100 mil habitantes

Tabela 3. Internações e mortalidade por câncer de próstata em homens. Faixa etária de 40 anos ou mais, residentes na Região Sudeste, no período de 2016 a 2020.

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

Na Tabela 4, observamos os dados da região Sul e constatamos que o maior número de internações foi no ano de 2019, apresentando uma taxa de 11.03/10.000 habitantes e com a maior taxa de mortalidade no ano de 2020 (11.65/100.000 habitantes).

Ano	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Número de internações	4.581	4.821	5.129	5.301	4.585	24.417
Taxa de internação *	9.53	10.03	10.67	11.03	9.54	50,82
Número de óbitos	443	509	526	557	534	2.569
Taxa de mortalidade**	9.68	10.56	10.26	10.51	11.65	10,52

*Número de casos de internações hospitalares por neoplasia maligna de próstata no Sistema Único de Saúde (SUS), por 10 mil habitantes;

** Número de óbitos por neoplasia maligna de próstata por 100 mil habitantes

Tabela 4. Internações e mortalidade por câncer de próstata em homens. Faixa etária de 40 anos ou mais, residentes na região Sul, no período de 2016 a 2020.

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

Na tabela 5, observamos a distribuição de casos na região Centro-oeste, verificamos que a maior taxa de internação (9.79/10.000 habitantes) e taxa de mortalidade (11.28/100.000 habitantes) ocorreram no ano de 2019.

Ano	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Número de internações	1.966	2.012	1.827	2.078	1.905	9.788
Taxa de internação *	9.26	9.48	8.61	9.79	8.97	46,11
Número de óbitos	212	205	196	233	214	1.060
Taxa de mortalidade**	10.79	10.2	10.75	11.28	11.28	10.87

*Número de casos de internações hospitalares por neoplasia maligna de próstata no Sistema Único de Saúde (SUS), por 10 mil habitantes;

** Número de óbitos por neoplasia maligna de próstata por 100 mil habitantes

Tabela 5. Internações e mortalidade por câncer de próstata em homens. Faixa etária de 40 anos ou mais, residentes na região Centro-oeste, no período de 2016 a 2020.

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

4 | DISCUSSÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a neoplasia prostática é um dos tipos câncer mais frequentes na população masculina e representa um relevante problema de saúde pública, para um melhor prognóstico deve-se promover o acesso aos serviços de saúde, possibilitando um diagnóstico e tratamento precoce, o que impactará diretamente na redução das taxas de morbimortalidade (ALCANTARA *et al.*, 2021).

O câncer da próstata em fase inicial pode apresentar uma evolução silenciosa, muitas vezes os pacientes podem não apresentar sintomas ou apresentarem sintomas parecidos aos do tumor benigno da próstata (INCA, 2014). Segundo Santos (2018), nos estágios iniciais, pode manifestar dificuldade para urinar, dor óssea, infecção generalizada e/ou insuficiência renal nos estágios avançados. Os sinais de alerta para a neoplasia da próstata compreendem a demora em iniciar e finalizar o ato urinário e a nictúria.

A baixa adesão aos serviços de saúde mantém relação com o índice de mortalidade por câncer de próstata, demonstrando a estigmatização da saúde como uma particularidade feminina. Constatação reforçada pela percepção de que ocorre uma maior participação do público feminino nos estabelecimentos de saúde, com a presença da mulher seja como profissional de saúde ou como paciente (ARAÚJO *et al.*, 2013).

Nesse sentido, Braga *et al.* (2017) observaram que uma menor proporção de pacientes diagnosticados com câncer de próstata no início do tratamento ambulatorial reside na região Norte, corroborando com os dados obtidos neste estudo, que demonstram um menor número de internações e um elevado número de óbitos. Entretanto, os autores apontam que os pacientes hospitalizados têm um maior risco de óbito pelo câncer, relacionado a um maior número de complicações, presença de comorbidades ou piores condições clínicas, principalmente em pacientes mais idosos.

Alcantara *et al.* (2021) ressaltam que além das desigualdades enfrentadas nas

regiões brasileiras no que se refere à distribuição de renda, o diagnóstico de câncer de próstata tem sido prejudicado em virtude do difícil acesso aos serviços de saúde, repercutindo diretamente no atraso do diagnóstico e no início do tratamento.

Outra particularidade demonstrada em pesquisas anteriores é a própria concepção de que o homem tem temor ao exame de toque retal, mencionando ser uma condição desagradável e de constrangimento, estes fatores podem piorar a condição dos homens com neoplasia, por evitar buscar conhecimentos sobre a patologia ou por se sentirem desconfortáveis ao procurar os serviços de saúde, tendo como consequência a ausência de diagnóstico precoce e retardando o início do tratamento adequado (COSTA; MOURA, 2013).

Esse contexto pode ser confirmado por Moura *et al.* (2014), pois os homens retardam em buscar por atendimento de saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF), e só o fazem quando exibem quadros agudos ou crônicos de doença, em casos de acidente, para realizar de exames de rotina, ou para procurar medicamentos. Assim, o público masculino acaba negligenciando a procura por exames preventivos como o próprio exame do toque retal, seja por vergonha ou por desconhecerem a importância da prevenção, tal situação pode acarretar agravamento da condição de saúde e estabelecer um diagnóstico tardio.

Para Solano *et al.* (2017) a APS é essência na assistência ao público do sexo masculino, porém, a organização nesse nível de atenção se baseia no cuidado voltado para a mulher e para a criança por meio de educação em saúde e da própria assistência clínica, criando brechas para os cuidados equivalentes relacionados ao gênero e acarretando a ausência de cuidado para a saúde do homem.

Contudo, apesar da relevância das conquistas e mudanças nas áreas social, política e médica, os tabus em relação à realização do toque retal ainda precisam ser mais discutidos, sobretudo pelos profissionais de saúde que necessitam lidar com o preconceito para desconstruí-lo. Assim, além de orientar sobre os benefícios da realização do exame de maneira preventiva, o profissional deve incentivar o diálogo de maneira acolhedora para promover um processo educativo, construindo dessa forma um cuidado integral e humanizado ao paciente (VENÂNCIO *et al.*, 2018).

Dessa forma, as ações desenvolvidas no Novembro Azul não devem ser o único instrumento para a conscientização da saúde do homem, faz-se necessária uma adaptação e interação dos serviços de assistência à saúde destinada ao cuidado integral à saúde do público masculino (MODESTO *et al.*, 2018). É indispensável que ocorram mais investimentos direcionados ao tema e que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008) seja mais discutida, uma vez que a falta de informações a respeito dos cuidados relacionados à saúde do homem pode levar à falta de conhecimento sobre a importância da política na atenção básica para o sexo masculino, elevando cada vez mais os índices de adoecimento e morte pela baixa procura dos serviços de saúde (MOURA *et al.*, 2014).

Neste sentido, é notório que o acolhimento na APS é uma estratégia que pode melhorar o conhecimento do público masculino sobre a relevância do cuidado com a sua saúde, propiciando assim, uma maior adesão desse grupo às atividades dos serviços de saúde. Outra alternativa consiste em promover uma maior divulgação da PNAISH em todos os meios de difusão visando sensibilizar e formar a todos sobre a participação no cuidado da própria saúde.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que através deste estudo foi possível averiguar que é essencial desmistificar o convencionalismo do público masculino no que se refere ao autocuidado, devido ao aumento na incidência dos casos de neoplasia maligna da próstata no Brasil e à resistência desse público em adotar um comportamento de prevenção diante da doença. A urgência dessa constatação também se justifica pelo elevado número de óbitos causados por tal neoplasia.

Assim, torna-se imprescindível a ampliação dos investimentos em serviços de saúde ofertados ao público masculino, colocando o cuidado à saúde do homem como um dos pilares da assistência à saúde. Logo, considerando que o melhor prognóstico dessa doença está associado à maior oferta de assistência e de recursos para estabelecer um diagnóstico precoce e eficaz, as medidas descritas podem ser efetivas e devem incorporar o conhecimento sobre o perfil epidemiológico, facilitando a organização das ações direcionados à saúde do homem.

Em suma, apontam-se como potencialidades deste estudo a contribuição para o conhecimento sobre a realidade do câncer de próstata no período descrito, bem como a colaboração com a gestão dos serviços de saúde ao abordar a distribuição da morbimortalidade por essa neoplasia no cenário brasileiro. Como limitação, aponta-se a ausência dos indicadores socioeconômicos da população acometida pela doença na descrição dos dados.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, S.S.A. *et al.* **Epidemiological profile of prostate cancer mortality and access to hospital care in Brazilian regions - an ecological study.** Journal of Human Growth and Development, v. 31, n. 2, p. 310-317, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.36311/jhgd.v31.12227>

ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos, Aplicações.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ARAÚJO, J.S. *et al.* **As representações sociais de homens sobre o câncer de próstata.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 5, n. 2, p. 3884-93, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n2p3884>

BRAGA, S.F.M. *et al.* **Sobrevida e risco de óbito de pacientes após tratamento de câncer de próstata no SUS.** Rev. Saúde Pública, v. 51, n.46, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006766>

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 40 p.

COSTA, T.B.; MOURA, V.L.F. **O significado do toque da próstata para o homem: enfermeiro na promoção da saúde.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 5, n. 4, p. 537-546, 2013. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4767740>

CZORNY, R.C.N. *et al.* **Fatores de risco para o câncer de próstata: População de uma unidade básica de saúde.** Cogitare Enfermagem, v. 22, n. 4, p. 1-10, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.51823>

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 6. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2017.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Próstata.** 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata+/definicao>

INCA. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Câncer de próstata: Vamos falar sobre isso?** Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/cartilhas/cancer-de-prostata-vamos-falar-sobre-isso>

INCA. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Câncer de próstata.** 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata>

INCA. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Câncer de Próstata.** 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata>

INCA. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://tinyurl.com/estimativa2020inca>

KRÜGER, F.P.G.; CAVALCANTI, G. **Conhecimento e atitudes sobre o câncer de próstata no Brasil: revisão integrativa.** Revista Brasileira De Cancerologia, v. 64, n. 4, p. 561-567, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n4.206>

MODESTO, A.A.D. *et al.* **Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem.** Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 22, n. 64, p. 251-262, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0288>

MOURA, E.C. *et al.* **Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 2, p. 429-438, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.05802013>

PORTO, A.O.; LEAL, C.B.M.; FERREIRA, R.B.S. **Processo de Enfermagem Aplicado ao Paciente com Infecção de Sítio Cirúrgico Pós-Prostatectomia: relato de experiência.** Revista Prevenção de Infecção e Saúde, v. 4, p. 1-11, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26694/repis.v4i0.7215>

SANTOS, M.O. **Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 64, n. 1, p. 119-120, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n1.115>

SOLANO, L.C. *et al.* **O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária**. Revista Online de Pesquisa, Cuidado é Fundamental, v. 9, n. 2, p. 302-308, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.302-308>

TAO, Z.Q. *et al.* **Epidemiology of prostate cancer: current status**. Eur Rev Med Pharmacol Sci, v. 19, n. 5, p. 805-812, 2015. Disponível em: <https://www.europeanreview.org/article/8627>

VENÂNCIO, C.B. *et al.* **Toque retal: significados atribuídos por homens**. Saúde Coletiva, v. 8, n. 45, p. 857-861, 2018. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1143>

CAPÍTULO 10

INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIOECONÔMICOS NA MORBIMORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA NO PERÍODO DE 2017 A 2021

Data de aceite: 03/10/2022

Data de submissão: 30/08/2022

Lizandra de Farias Rodrigues Queiroz

Enfermeira. Mestre em Recursos Naturais pela Universidade Federal de Campina Grande
Membro da equipe de enfermagem do Hospital Universitário Alcides Carneiro/EBSERH
Campina Grande-PB
<https://orcid.org/0000-0002-1045-8483>

Giovanna Raquel Sena Menezes

Enfermeira pela Universidade Federal de Campina Grande
Campina Grande-PB
<https://orcid.org/0000-0001-9059-0347>

Martapolyana Torres Menezes da Silva

Enfermeira. Mestre em Recursos do Semiárido pela Universidade Federal do Vale do São Francisco. Membro da equipe de enfermagem do Hospital Universitário Alcides Carneiro/EBSERH
Campina Grande-PB
<https://orcid.org/0000-0002-9517-2600>

Ana Cristina Rodrigues Luna e Silva

Enfermeira. Mestre em Desenvolvimento e Meio Ambiente pela Universidade Federal da Paraíba
Membro da equipe de enfermagem do Hospital Universitário Alcides Carneiro/EBSERH
Campina Grande-PB
<https://orcid.org/0000-0003-2855-4884>

Márcia Alencar de Medeiros Pereira

Enfermeira pela Universidade Federal da Paraíba. Membro da equipe de enfermagem do Hospital Universitário Alcides Carneiro/EBSERH
Campina Grande-PB
<https://orcid.org/0000-0001-9455-8643>

Juliana Dias Pereira de Sousa

Enfermeira pelo Centro Universitário João Pessoa. Membro da equipe de enfermagem do Hospital Universitário Alcides Carneiro/EBSERH
Campina Grande-PB
<https://orcid.org/0000-0001-9411-3046>

Audimere Monteiro Pereira

Enfermeira pela União de Ensino Superior de Campina Grande. Membro da equipe de enfermagem do Hospital Universitário Alcides Carneiro/EBSERH
Campina Grande-PB
<https://orcid.org/0000-0001-7883-0192>

Rosângela Vidal de Negreiros

Enfermeira. Doutoranda pela Universidade de São Paulo. Docente da Universidade Federal de Campina Grande
Campina Grande-PB
<https://orcid.org/0000-0001-7242-6447>

Marta Lucia Cruz de Andrade

Enfermeira pela Universidade Estadual da Paraíba. Membro da equipe de enfermagem do Hospital Universitário Alcides Carneiro/EBSERH
Campina Grande-PB
<https://orcid.org/0000-0001-7862-4639>

Érida Oliveira Gonçalves

Enfermeira pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. Membro da equipe de enfermagem do Hospital Universitário Alcides Carneiro/EBSERH
Campina Grande-PB
<https://orcid.org/0000-0001-9784-643x>

RESUMO: Dada a magnitude do câncer de mama como o segundo tipo de neoplasia mais incidente e o que causa o maior número de óbitos em mulheres, objetivou-se compreender a influência dos fatores socioeconômicos nos indicadores de morbimortalidade por câncer de mama no período de 2017 a 2021. Trata-se do recorte de um estudo do tipo ecológico, de natureza descritiva e com abordagem quantitativa, que utilizou dados referentes ao número de internações e quantidade de óbitos por Neoplasia Maligna da Mama, disponibilizados pelo endereço eletrônico do Departamento de Informática do SUS/DATASUS. Os resultados evidenciaram disparidades regionais, cuja região Sul denota a maior taxa de internação e a menor taxa de mortalidade no período descrito, em oposição ao que foi encontrado na região Norte. Dessa forma, ficou constatada a influência dos fatores socioeconômicos nos determinantes de mortalidade, bem como o impacto das diferenças de recursos empregados em cada região quanto à hospitalização por neoplasia e a cobertura assistencial. Por fim, cabe refletir o cenário epidemiológico e a interferência dessas variáveis no fornecimento de políticas públicas de saúde de forma igualitária à população feminina do país.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias da Mama; Indicadores de Morbimortalidade; Fatores Socioeconômicos.

INFLUENCE OF SOCIOECONOMIC FACTORS ON BREAST CANCER MORBIDITY AND MORTALITY FROM 2017 TO 2021

ABSTRACT: Given the magnitude of breast cancer as the second most frequent type of neoplasm and the one that causes the highest number of deaths in women, the objective was to understand the influence of socioeconomic factors on morbidity and mortality indicators, for breast cancer in the period from 2017 to 2021. This is an ecological study, descriptive of data, which used the number of hospitalizations and number of deaths from Malignant Breast Neoplasia, provided by the address of the Department of Informatics of SUS/DATASUS. The results are regional disparities, whose South region denotes the highest unrecorded mortality rate and the lowest mortality rate in the described period, in opposition to that found in the North region. Thus, the influence of socioeconomic factors on the determinants of mortality was verified, as well as the impact of differences in employee resources in each region on hospitalization for cancer and care coverage. Finally, it is worth reflecting on the epidemiological scenario and an interference of variables in the provision of health policies in an egalitarian way to the female population of the country.

KEYWORDS: Breast Neoplasms; Indicators of Morbidity and Mortality; Socioeconomic Factors.

1 | INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o segundo tipo de neoplasia mais incidente na população feminina no Brasil e no mundo, ficando atrás apenas do câncer de pele não melanoma, e ocupa a primeira posição quanto à mortalidade proporcional por câncer em mulheres no país. Por tais motivos, representa um grande desafio na saúde pública brasileira e requer investimento em estratégias de enfrentamento aos impactos da doença, visto que já apresenta prioridade na agenda de saúde (INCA, 2022).

Nessa perspectiva, cabe reconhecer o papel do conhecimento epidemiológico acerca das neoplasias no planejamento efetivo das políticas públicas de controle e rastreamento, uma vez que permite entender a magnitude do acometimento por câncer no país e seus fatores determinantes. Assim como o perfil de morbimortalidade sofreu grande variação no último século, os indicadores de saúde-doença acompanham esse processo e sofrem constante interferência de questões ambientais, sociais e econômicas (SILVA; TEIXEIRA; GUERRA, 2011).

De modo semelhante, os fatores sociodemográficos podem contribuir significativamente no perfil epidemiológico de diversos tipos de neoplasias, em particular aos cânceres de mama e de colo de útero que apresentam diferenças quanto à distribuição regional da incidência e da mortalidade por essas neoplasias (DUARTE; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2018). Tais disparidades costumam ocorrer até mesmo quando se comparam as capitais com as cidades do interior do estado, demonstrando forte consequência do nível socioeconômico e do acesso aos serviços de saúde (DUARTE; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2018; SILVA; TEIXEIRA; GUERRA, 2011).

Outros determinantes ao desenvolvimento da neoplasia de mama estão ligados aos fatores de risco conhecidos da doença, sobretudo à idade, fatores genéticos e endócrinos. Além disso, os fatores ginecológicos e reprodutivos estão inclusos nos fatores de risco, a saber: menarca precoce, menopausa tardia, primeira gravidez após os 30 anos e nuliparidade. Dentre os fatores de risco passíveis de modificação, como o sedentarismo, a obesidade e a ingestão regular de álcool, é indicada a prática de atividade física como um relevante fator protetor (BRASIL, 2013).

Sendo assim, pretendeu-se com este estudo compreender a influência dos fatores socioeconômicos nos indicadores de morbimortalidade por câncer de mama no período descrito, a partir de uma comparação inter-regional das taxas de internação e de mortalidade.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo ecológico, de natureza descritiva e com abordagem quantitativa, sendo também um recorte de um trabalho intitulado de “Morbimortalidade por neoplasia da mama em mulheres acima de 30 anos nas regiões brasileiras”. Para a coleta de dados foi utilizado o endereço eletrônico do Departamento de Informática do SUS/DATASUS, cuja busca se deu através de dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS e do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde - SIM/MS, sobre a Neoplasia Maligna da Mama.

A população alvo do estudo foi composta por mulheres, portadoras de Neoplasia Maligna da Mama e residentes no Brasil, com idade igual ou superior a 30 anos, identificadas por meio do registro na Declaração de Óbito e Declaração de Internamento, com dados

resultantes do preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar – AIH efetuadas entre os anos de 2017 e 2021.

Já a coleta de dados foi efetuada no período de dezembro de 2021 a fevereiro de 2022 por meio do endereço eletrônico do DATASUS, de onde foram extraídos os dados referentes ao número de internações e quantidade de óbitos por Neoplasia Maligna da Mama, distribuídos por cada uma das regiões brasileiras e organizados em tabelas no Microsoft Office Excel 2016 para análise. Posteriormente, foram realizados os cálculos das taxas de internação e de mortalidade durante o período descrito, permitindo assim a análise dos dados através da estatística descritiva no mês de fevereiro de 2022.

Dessa maneira, as taxas de internação foram calculadas pela razão entre o número total de internações por Neoplasia Maligna da Mama e a população total residente estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE no período selecionado, multiplicando-se esse quociente por 10 mil habitantes. Enquanto a taxa de mortalidade hospitalar foi calculada através da razão entre a quantidade de óbitos e a população total estimada no período e multiplicada por 100 mil habitantes.

Torna-se oportuno salientar que o estudo não precisou ser submetido ao parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, posto que as informações fornecidas pelo SIH/DATASUS são de livre acesso à toda população brasileira, além de que as tabulações construídas e os dados discutidos atendem aos princípios éticos preconizados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

3 | RESULTADOS

Na Tabela 1 são apresentados os dados referentes à região Norte, onde foi registrado o total de 10.951 internações por câncer de mama entre os anos de 2017 e 2021. Quanto à variação da taxa de internação, foi verificado um aumento progressivo de 2017 a 2019, porém com queda nesse indicador em 2020 (7,08 por 10 mil habitantes). Quanto à taxa de mortalidade, apesar de demonstrar certa oscilação no período analisado, foi verificada a maior taxa no ano de 2020 (11,04 por 100 mil habitantes). Traçando um comparativo nacional, aponta-se o Norte como a região com a maior taxa de mortalidade (9,52) e a menor taxa de internação (35,36).

Ano	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Número de internações	1.998	2.122	2.366	2.193	2.272	10.951
Taxa de internação *	6,45	6,85	7,64	7,08	7,34	35,36
Número de óbitos	176	210	220	242	195	1.043
Taxa de mortalidade**	8,81	9,9	9,3	11,04	8,58	9,52

*Número de casos de internações hospitalares por neoplasia maligna da mama no Sistema Único de Saúde (SUS), por 10 mil habitantes;

** Número de óbitos por neoplasia maligna da mama por 100 mil habitantes

Tabela 1. Internações com AIH aprovadas e mortalidade por neoplasia maligna de mama em mulheres com idade igual ou superior a 30 anos, residentes na região Norte, no período de 2017 a 2021.

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

Em relação à região Nordeste (Tabela 2), há uma tendência de aumento no número de internações por câncer de mama no período, excetuando-se no ano de 2020 em que houve redução desse indicador em todo o país. A taxa de internação mais elevada foi observada no ano de 2021 (12,62) e a maior taxa de mortalidade foi notada em 2019 (8,19). Comparando-se com as demais regiões, o Nordeste apresenta a segunda menor taxa de internação (57,90) e de mortalidade (7,80).

Ano	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Número de internações	13.437	14.036	15.067	14.963	16.020	73.523
Taxa de internação *	10,58	11,05	11,87	11,78	12,62	57,90
Número de óbitos	1.070	1.123	1.233	1.147	1.160	5.733
Taxa de mortalidade**	7,97	8,01	8,19	7,67	7,24	7,80

*Número de casos de internações hospitalares por neoplasia maligna da mama no Sistema Único de Saúde (SUS), por 10 mil habitantes;

** Número de óbitos por neoplasia maligna da mama por 100 mil habitantes

Tabela 2. Internações com AIH aprovadas e mortalidade por neoplasia maligna de mama em mulheres com idade igual ou superior a 30 anos, residentes na região Nordeste, no período de 2017 a 2021.

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

Já a Tabela 3 é composta pelos dados referentes à região Sudeste, que se destaca pelo quantitativo de 164.870 internações no período analisado, com aumento significativo da taxa de internação de 2017 a 2019. No tocante à taxa de mortalidade percebe-se uma flutuação no decorrer dos anos, com maior número em 2020 (9,33 por 100 mil habitantes). No cenário nacional, o Sudeste equivale à segunda região com a maior taxa de internação (73,81) no período, coincidindo com a mesma posição com a maior taxa de mortalidade (9,06).

Ano	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Número de internações	31.759	33.521	36.627	31.995	30.968	164.870
Taxa de internação *	14,22	15,01	16,40	14,32	13,86	73,81
Número de óbitos	2.907	3.070	3.177	2.982	2.789	14.925
Taxa de mortalidade**	9,16	9,16	8,68	9,33	9,01	9,06

*Número de casos de internações hospitalares por neoplasia maligna da mama no Sistema Único de Saúde (SUS), por 10 mil habitantes;

** Número de óbitos por neoplasia maligna da mama por 100 mil habitantes

Tabela 3. Internações com AIH aprovadas e mortalidade por neoplasia maligna de mama na região Sudeste, no período de 2017 a 2021.

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

Já a região Sul expressa a maior taxa de internação (82,27) e a menor taxa de mortalidade (7,48) em comparação com as demais regiões brasileiras no período de 2017 a 2021, como pode ser constatado na Tabela 4. Apesar disso, foi verificada uma queda na taxa de internação de 2019 a 2021 ao passo que a taxa de mortalidade foi aumentando nesse mesmo intervalo de tempo.

Ano	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Número de internações	12.142	12.750	13.113	12.036	11.824	61.865
Taxa de internação *	16,15	16,95	17,44	16,01	15,72	82,27
Número de óbitos	894	917	978	916	919	4.624
Taxa de mortalidade**	7,37	7,19	7,46	7,61	7,77	7,48

*Número de casos de internações hospitalares por neoplasia maligna da mama no Sistema Único de Saúde (SUS), por 10 mil habitantes;

** Número de óbitos por neoplasia maligna da mama por 100 mil habitantes

Tabela 4. Internações com AIH aprovadas e mortalidade por neoplasia maligna de mama em mulheres com idade igual ou superior a 30 anos, residentes na região Sul, no período de 2017 a 2021.

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

Por fim, a Tabela 5 expõe as informações sobre a região Centro-Oeste, que demonstra tendência de variação dos dois indicadores no período estudado, com menor taxa de internação em 2021 (11,23) e maior taxa de mortalidade em 2020 (9,56). Numa análise inter-regional, o Centro-Oeste ocupa a terceira posição com a maior taxa de internação (59,34) e a terceira maior taxa de mortalidade (9,02).

Ano	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Número de internações	4.251	4.141	4.265	3.900	3.864	20.421
Taxa de internação *	12,35	12,03	12,39	11,33	11,23	59,34
Número de óbitos	379	346	379	372	363	1.839
Taxa de mortalidade**	8,93	8,37	8,9	9,56	9,41	9.02

*Número de casos de internações hospitalares por neoplasia maligna da mama no Sistema Único de Saúde (SUS), por 10 mil habitantes;

** Número de óbitos por neoplasia maligna da mama por 100 mil habitantes

Tabela 5. Internações com AIH aprovadas e mortalidade por neoplasia maligna de mama em mulheres com idade igual ou superior a 30 anos, residentes na região Centro-oeste, no período de 2017 a 2021.

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

4 | DISCUSSÃO

Através dos resultados expostos foi possível evidenciar grande variação dos indicadores analisados a depender da região brasileira, inclusive com associação positiva ou negativa entre a taxa de internação e de mortalidade. Esse fato é cabível de ser exemplificado pelo ocorrido na região Sul, que apresentou a maior taxa de internação (82,27/10.000 hab.) e a menor taxa de mortalidade (7,48/100.000 hab.) no período de 2017 a 2021. Em contrapartida, a região Norte representou a maior taxa de mortalidade (9,52/100.000 hab.) e a menor taxa de internação (35,36/10.000 hab.), indicando que a maior cobertura de assistência à saúde pode estar relacionada à uma menor mortalidade pela doença.

Além dessa associação, as duas situações supracitadas revelam a disparidade entre a região Norte do país, que é menos desenvolvida, e a região Sul, que dispõe de um nível socioeconômico mais elevado. Nesse sentido, estudos confirmam a influência dos fatores socioeconômicos nos determinantes de incidência e de mortalidade por câncer de mama (COUTO *et al.*, 2018; COSTA *et al.*, 2019). Aliás, fatores como pobreza, baixa escolaridade e falta de acesso aos serviços de saúde são apontados em correlação com a mortalidade (COSTA *et al.*, 2019).

No que tange à elevada taxa de mortalidade da região Norte como consequência das desigualdades socioeconômicas do país, é um resultado das dificuldades assistenciais que levam à um diagnóstico tardio e um pior prognóstico, que quando somados aos obstáculos no acesso ao tratamento adequado, repercutem em menor sobrevida e maior chance de óbito (TORTAJADA *et al.*, 2019; COSTA *et al.*, 2019). Além dessa dificuldade de acesso aos métodos diagnósticos e terapêuticos, a escassez de recursos também se encontra ligada à mortalidade, visto que essa região possui os menores custos despendidos com internações por neoplasias (SANTOS; MACIEL; OLIVEIRA, 2020).

Essas discrepâncias nos recursos empregados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em internações hospitalares nas macrorregiões brasileiras, com maiores investimentos nas regiões Sul e Sudeste, contribuem para o entendimento das raízes dessas diferenças inter-regionais nos indicadores. Segundo Santos, Maciel e Oliveira (2020), a região Sul possui a maior média de leitos por mil habitantes do país, o que corrobora com os achados do presente estudo ao notar que tal região detém a maior taxa de internação, seguida da região Sudeste.

Ademais, o grande número de internações nessas regiões mais desenvolvidas do país talvez esteja relacionado também à uma maior incidência, uma vez que a literatura ressalta a associação entre a incidência de câncer de mama e o nível socioeconômico elevado, devido à presença de mais fatores de risco reprodutivos nesse segmento (MARTINS; PINHEIRO, 2021). Embora a incidência não tenha sido contemplada nos resultados deste estudo, cabe apontar a sua influência nos demais indicadores, já que as regiões Sul e Sudeste registram o maior número de casos novos e uma maior prevalência, em virtude de disponibilizarem melhor cobertura diagnóstica e possuírem populações mais idosas (SANTOS; MACIEL; OLIVEIRA, 2020; DUARTE; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2018).

Outro fenômeno relevante ocorreu com as regiões Sul e Sudeste quanto à taxa de mortalidade por câncer de mama, que apesar de demonstrar tendências de aumento de forma gradativa no período de 1980-2012 no país, vem sofrendo redução nessas regiões (COSTA *et al.*, 2019). Ainda conforme Costa *et al.* (2019), a região Sudeste foi a única a reduzir esses índices de mortalidade no intervalo descrito, afirmativa também ratificada por este estudo. Tal fenômeno deve ser explicado pelo potencial de investimento dessa região em medidas de prevenção, detecção precoce e tratamento da neoplasia de mama (COUTO *et al.*, 2018).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, tornou-se clara a influência dos aspectos socioeconômicos nos determinantes de morbimortalidade por câncer de mama no país, já que os indicadores como a taxa de mortalidade e a incidência da doença foram significativamente afetados pelas variáveis socioeconômicas. Bem como, foi perceptível que o desigual investimento do SUS na cobertura assistencial e diagnóstica privilegiam as regiões mais desenvolvidas e impactam a taxa de internação.

Apartir da influência desses fatores socioeconômicos nos determinantes da neoplasia de mama, foi comprovado também que o aumento da longevidade e os fatores de risco reprodutivos, como a redução da fecundidade, podem interferir no aumento da mortalidade até mesmo nas regiões mais desenvolvidas economicamente. Essa constatação leva a refletir que o acesso aos serviços de saúde e o rastreamento efetivo não são suficientes para a redução do número de óbitos por câncer de mama no Brasil.

Por isso, são necessários mais estudos que promovam reflexões e análises acerca da influência desses fatores no cenário epidemiológico dessa e de outras neoplasias no país. Desse modo, é possível contribuir com a gestão das políticas públicas de saúde, sobretudo no direcionamento das estratégias de rastreamento, detecção precoce e tratamento adequado de forma igualitária à população feminina de todas as regiões brasileiras.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

COSTA, L.L.N. *et al.* **Mortalidade por Câncer de Mama e Condições de Desenvolvimento Humano no Brasil**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 65, n. 1, p. 1-6, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n1.50>

COUTO, M.S.A. *et al.* **Comportamento da mortalidade por câncer de mama nos municípios brasileiros e fatores associados**. Revista Panamericana de Salud Pública [online], v. 41, p. 1- 10, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.168>.

DUARTE, D.A.P.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. **Iniquidade Social e Mortalidade por Câncer de Mama e Colo do Útero: Uma Revisão Integrativa**. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 877–888, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.877-888>

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Atlas da mortalidade**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Base de dados. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade>

MARTINS, E.C.; PINHEIRO, J.M. **Fatores biopsicossociais relacionados ao câncer de mama**. Revista de Enfermagem, v. 14, n. 14, p. 80-95, 2021. Disponível em: <http://www.revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/3079>

SANTOS, H.L.P.C.; MACIEL, F.B.M.; OLIVEIRA, R.S. **Internações Hospitalares por Neoplasias no Brasil, 2008-2018: Gastos e Tempo de Permanência**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 66, n. 3, p. 1 - 7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n3.992>

SILVA, G.A.; TEIXEIRA, M.T.B.; GUERRA, M.R. Epidemiologia do Câncer. *In*: ALMEIDA FILHO, N; BARRETO, M.L. **Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 501-514.

TORTAJADA, J.S. *et al.* **Desigualdades socioeconômicas na mortalidade por câncer de mama: revisão sistemática**. Nucleus, v. 16, n. 2, p. 441 – 452, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3738/1982.2278.3673>.

CAPÍTULO 11

PACIENTES ONCOLÓGICOS E SEUS FAMILIARES: UM OLHAR EDUCACIONAL DA ENFERMAGEM

Data de aceite: 03/10/2022

Data de submissão: 07/09/2022

Pamela Nery do Lago

Hospital das Clínicas da Universidade Federal
de Minas Gerais / Empresa Brasileira de
Serviços Hospitalares (HC-UFMG/EBSERH)
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-3421-1346>

Raquel Resende Cabral de Castro e Silva

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0001-5311-0658>

Sandra Patrícia Duarte

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0001-9421-1391>

Juliana da Silva Mata

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-5174-9439>

Natália Borges Pedralho

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0003-0246-3693>

Ronaldo Antônio de Abreu Junior

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0001-9568-5644>

Juliana Raquel Maciel do Nascimento

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-6440-7999>

Paula Moraes Rezende

Hospital Universitário da Universidade Federal
de Juiz de Fora (HU-UFJF/EBSERH)
Juiz de Fora – MG
<https://orcid.org/0000-0001-5587-1709>

Sandra Martins de França

Hospital Universitário Lauro Wanderley da
Universidade Federal da Paraíba (HULW-
UFPB/EBSERH)
João Pessoa – PB
<https://orcid.org/0000-0002-4904-1431>

Martapolyana Torres Menezes da Silva

Hospital Universitário Alcides Carneiro da
Universidade Federal de Campina Grande
(HUAC-UFPG/EBSERH)
Campina Grande – PB
<https://orcid.org/0000-0002-9517-2600>

Daniela de Sousa Azeredo

Hospital Universitário da Universidade Federal
de Sergipe (HU-UFS/EBSERH)
Aracaju – SE
<https://orcid.org/0000-0002-9244-9360>

Kiwisunny Galvão Franzoi

Hospital das Clínicas da Universidade Federal
do Pernambuco (HC-UFPE/EBSERH)
Recife – PE
<https://orcid.org/0000-0001-6323-3555>

Karla Patrícia Figueirôa Silva

Hospital das Clínicas da Universidade Federal
do Pernambuco (HC-UFPE/EBSERH)
Recife – PE
<https://orcid.org/0000-0002-1870-0393>

RESUMO: Este trabalho discute as ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros e demais integrantes da equipe de enfermagem com pacientes oncológicos e seus familiares, as principais ações e instrumentos utilizados, a importância das mesmas para o tratamento do paciente e o papel do enfermeiro nesse contexto. Para tal, realizou-se uma pesquisa bibliográfica envolvendo estudos publicados entre os anos de 2008 e 2017 na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando para tanto os descritores: educação em saúde, paciente oncológico e assistência de enfermagem. Foi realizada a leitura na íntegra dos artigos com textos completos em português que abordavam a temática proposta. Após análise dos textos, pode-se concluir que os meios utilizados para realização de educação em saúde com pacientes oncológicos e seus familiares são: o diálogo dentro da consulta de enfermagem, atividades lúdicas, confecção de materiais impressos, visitas domiciliares, atividades em grupo e acompanhamento via telefone. Relatos de pacientes e seus familiares citam como muito importante essas ações educativas realizadas pela equipe de enfermagem, uma vez que minimiza a ansiedade e medo, tira dúvidas existentes e auxilia na tomada de decisão sobre a melhor conduta terapêutica possível pra cada situação de adoecimento. No que concerne o papel do enfermeiro, percebeu-se que por ser o líder da equipe e também o profissional que está mais tempo presente nos cuidados com o paciente, este torna-se fundamental na condução das ações educativas, pois tem a capacidade de perceber as reais necessidades da sua clientela e atuar de forma personalizada e rápida na resolução dos problemas e dissolução de dúvidas que vão surgindo ao longo do tratamento. Portanto, que as ações de educação em saúde desenvolvidas com pacientes oncológicos e seus familiares, são imprescindível para que haja uma resposta positiva na condução do tratamento terapêutico, sempre respeitando as crenças e o desejo do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde; Paciente Oncológico; Assistência de Enfermagem.

CANCER PATIENTS AND THEIR FAMILIES: AN EDUCATIONAL LOOK OF NURSING

ABSTRACT: This paper discusses the health education actions carried out by nurses and other members of the nursing team with cancer patients and their families, the main actions and instruments used, their importance for the patient's treatment and the nurse's role in this context. To this end, a bibliographic research was carried out involving studies published between 2008 and 2017 in the Virtual Health Library, using the descriptors: health education, cancer patient and nursing care. A full reading of the articles with full texts in Portuguese that addressed the proposed theme was carried out. After analyzing the texts, it can be concluded that the means used to carry out health education with cancer patients and their families are: dialogue within the nursing consultation, recreational activities, production of printed materials, home visits, group activities and telephone follow-up. Reports from patients and their families cite these educational actions carried out by the nursing team as very important, since it minimizes anxiety and fear, clears existing doubts and helps in decision-making on the best possible therapeutic approach for each illness situation. Regarding the role of the nurse, it was noticed that, as the team leader and also the professional who is present for the longest time in patient care, the nurse becomes fundamental in the conduct of educational actions, as he/she has the ability to perceive the real needs of its clientele and to act in a personalized and fast way in the resolution of problems and resolution of doubts that arise

during the treatment. Therefore, health education actions developed with cancer patients and their families are essential for a positive response in the conduct of therapeutic treatment, always respecting the patient's beliefs and wishes.

KEYWORDS: Health Education; Cancer Patient; Nursing Care.

1 | INTRODUÇÃO

Com o aumento da população idosa ao longo dos últimos anos e, com a expectativa desse cenário continuar progredindo, elevam-se consequentemente os índices das doenças crônico-degenerativas relacionadas ao avanço da idade, entre elas o câncer.

Segundo Brasil (2008), o câncer é responsável por cerca de 13% de todas as causas de óbito no mundo: mais de 7 milhões de pessoas morrem anualmente da doença (International Union Against Cancer – UICC). Em 2004, o Brasil registrou 141 mil óbitos por câncer. As principais causas de morte por câncer no sexo masculino foram de pulmão, próstata e estômago, enquanto no sexo feminino foram de mama, pulmão e intestino. Atualmente, o câncer se constitui a segunda causa de morte por doença no Brasil e no mundo.

Diante desta realidade alarmante, se faz mais do que necessário que as equipes de enfermagem acompanhem e proporcionem ações de educação em saúde com pacientes oncológicos e seus familiares, visando sobretudo uma melhor qualidade de vida destes. Captein *et al.* (2017) traz que o profissional de enfermagem, na atenção oncológica, necessita implementar ações educativas voltadas para o efetivo conhecimento dos pacientes sobre a doença, o tratamento e as repercussões dela na sua vida. Tais ações precisam ser pautadas, contudo, em referencial teórico que valorize o conhecimento prévio dos pacientes e seus familiares favorecendo, com isso, a melhor convivência do paciente com a doença e o tratamento, bem como melhorando a adesão aos cuidados de saúde necessários para uma melhor qualidade de vida e resposta terapêutica.

A melhoria da qualidade de vida dos pacientes oncológicos, bem como sua reintegração social, quando possível, são fundamentais para um tratamento positivo. Independente do prognóstico, o enfermeiro atua diretamente como educador neste contexto, promovendo vínculo ao serviço e esclarecendo possíveis dúvidas.

Este trabalho tem por objetivo discutir as ações educativas de enfermagem desenvolvidas com pacientes oncológicos e seus familiares. Assim como, identificar as principais ações e instrumentos utilizados; caracterizar de que forma essas ações auxiliam no tratamento oncológico e perceber a importância do profissional de enfermagem na condução das ações educativas.

Metodologicamente este trabalho de revisão bibliográfica explana sobre as principais ações educativas de enfermagem realizadas junto ao paciente oncológico e seus familiares, quais os benefícios destas ações, os instrumentos mais utilizados e sua importância para

o tratamento do paciente.

Foi realizada uma revisão bibliográfica de artigos científicos, analisados entre os meses de fevereiro a abril de 2018, no site Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os seguintes descritores: educação em saúde, paciente oncológico e assistência de enfermagem. As publicações estudadas foram escolhidas conforme os seguintes critérios de inclusão: ser publicado em periódico indexado, disponível online, idioma português, publicados no período de 2008 a 2017, estar em texto completo e abordar assuntos acerca da temática estudada.

21 PRINCIPAIS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Quando se fala em ações de educação em saúde em oncologia, temos que considerar o conhecimento prévio de pacientes e seus familiares, para então construir em cima deste, uma orientação personalizada com vistas a melhor conduta possível. Partindo deste ponto de vista, abordamos aqui as principais ações e instrumentos encontrados na literatura para o desenvolvimento de ações educativas em oncologia.

As ações de educação em saúde no tratamento do câncer visam oferecer assistência de enfermagem integral individualizada, para cada paciente, informar sobre cada passo do tratamento, seja por cirurgia, radioterapia ou tratamento combinado, fornecendo informações que minimizem as possíveis complicações, orientando, sobretudo para o autocuidado (BRASIL, 2008).

Castro *et al.* (2014), apontou em estudo que a falta de padronização das orientações, o baixo nível de escolaridade do paciente/família/cuidador, a ausência de um acompanhante durante a internação do paciente e o déficit do número de funcionários são os principais obstáculos para a concretização da educação em saúde. Entendemos, no entanto, que não se pode considerar o fator escolaridade como limitante da ação educativa, e buscar sempre estratégias que minimizem a distância entre o que se pretende ensinar e o perfil do público a ser alcançado, efetivando-se assim ações personalizadas para cada situação encontrada.

As ações realizadas pelos enfermeiros devem trazer materiais didáticos, de fácil compreensão e buscando adequação ao perfil dos pacientes/famíliares, ter baixo custo, ser objetivo e claro, considerando sempre o conhecimento prévio a respeito do assunto e construindo assim um cuidado culturalmente competente. Corroborando com esta ideia, Captein *et al.* (2017), afirmar que as ações educativas necessitam ser dinâmicas e interativas, bem como ser realizadas por meio de estratégias pedagógicas adequadas, permitindo atender às especificidades das demandas em saúde.

Alguns autores apontam como principal alternativa para a realização de ação de educação em saúde, momentos de diálogo aberto com pacientes e familiares, sendo este fundamental para sanar dúvidas, realizar orientações e diminuir a ansiedade comum nesse

tipo de contexto de adoecimento. Salimena *et al.* (2010), afirma que quando a equipe de enfermagem se envolve com os pacientes e seus familiares, valorizando os sentimentos e as emoções dos mesmos, abre-se a possibilidade de transformar o processo do tratamento, que é causador de medo e ansiedade, em algo menos desconfortável.

Complementando esta visão Fontes e Alvim (2008), afirmam que a relação com o cliente não está restrita apenas aos procedimentos técnicos, mas pode compreender atributos típicos de uma relação de amizade, como abraços, carinhos e conversas confiáveis. É fundamental que se estabeleça com o paciente, um relacionamento de ajuda e confiança, que favoreça o esclarecimento de dúvidas, conversas a respeito das expectativas do tratamento e a expressão de sentimentos positivos e negativos.

Pesquisa desenvolvida por Paiva; Motta e Griep (2010) abordou atividades educativas em grupos, realizando ações de caráter preventivo e de promoção à saúde, por meio do vínculo adquirido com a periodicidade dos encontros e ainda no ambiente domiciliar compartilhado com esses sujeitos. Evidencia-se a aquisição do conhecimento em saúde a partir de um processo sequencial, o qual abarca duas vertentes que são: a aquisição de conhecimentos cientificamente corretos, os quais explicam a formação de atitudes favoráveis, e a adoção de práticas de saúde.

Uma alternativa apontada por um estudo seria a possibilidade de realizar educação em saúde via telefone, sendo mais uma forma de acompanhar com maior periodicidade o tratamento do paciente e ainda sanar possíveis dúvidas antes da próxima consulta presencial. Car e Sheikh (2003) afirmam que um telefonema de rotina para acompanhamento de pacientes oferece a oportunidade de dar continuidade às orientações, reforçar a educação em saúde, avaliar a adesão do paciente ao tratamento, reduzir o número de visitas de emergência e, para alguns pacientes, ajuda a proporcionar uma ponte emocional entre sua casa e o hospital.

A ludicoterapia também foi indicada como um tipo de ação educativa importante, principalmente quando cuidamos de crianças, que necessitam de uma linguagem diferenciada e que atraia a sua atenção. Evidencia-se esta afirmação no estudo de Vieira (2012) que sugere que a ludicoterapia pode ser inserida pelos enfermeiros como ferramenta de educação, orientação e promoção em saúde, diversificando a assistência à criança com câncer hospitalizada, valorizando o processo de desenvolvimento infantil, abrindo espaço para o riso, a alegria e a apropriação do cotidiano hospitalar.

Instrumentos impressos são importantes formas de ilustrar ações de educação em saúde e amplamente utilizados pelos serviços. Salles e Castro (2010) realizaram uma atividade educativa utilizando para tal um material impresso com base na literatura científica. O material impresso ilustrado inclui orientações e textos com linguagem simples sobre câncer, tratamento quimioterápico, efeitos colaterais, cuidados domiciliares com o paciente, cuidados com alimentação e medicamentos.

A utilização de material impresso e ludicoterapia também esteve presente em

ações educativas realizadas por Oliveira *et al.* (2012), em que foi apresentado material demonstrativo, além da realização das atividades lúdicas, que proporcionaram maior interação entre o grupo e os profissionais.

Segundo Di Primo (2010) para que o enfermeiro e demais membros da equipe de saúde possam contribuir substancialmente no percurso do conviver com câncer, se faz necessário que conheçam e integrem a rede social de pacientes e seus familiares. Esse olhar diferenciado sobre o adoecer com câncer, que torna a relação profissional-paciente-família coesa e com disposição para a implementação da melhor terapêutica possível.

3 I IMPORTÂNCIA DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Diversos estudos pesquisados apontam as ações de educação em saúde realizadas com pacientes oncológicos nos diferentes espaços do cuidado e abordam a importância dessas ações para o tratamento dos pacientes. Castro *et al.* (2014) realizou estudo em que os entrevistados afirmam que a maior importância das ações de educação em saúde com pacientes oncológicos é a diminuição da ansiedade. Controlar a ansiedade é fundamental, pois trata-se de um sentimento muito relatado por pacientes oncológico e seus familiares diante do diagnóstico.

Mafetoni; Higa e Bellini (2011) afirmam que é possível observar que programas educativos oferecem benefícios para os cuidadores/familiares, uma vez que esses proporcionam bem-estar, melhora no enfrentamento da situação, suporte social, aumento da capacidade de resolução de problemas e o desenvolvimento de habilidades.

Por meio da educação em saúde, ajuda-se o paciente/família/cuidador a cooperar sobre sua nova condição de saúde e aprender a resolver problemas no enfrentamento de novas situações, podendo isso impedir recorrentes hospitalizações que, com frequência, ocorrem quando se desconhece a importância do autocuidado, alterando os padrões de custo-efetividade (CASTRO *et al.*, 2014).

Para Herr *et al.* (2013) é importante e necessário o avanço nas ações e políticas públicas no sentido de desenvolver ações de educação em saúde para que a população tenha condições e autonomia de se cuidar melhor. A educação em saúde é um instrumento facilitador na capacitação da comunidade contribuindo para a promoção da saúde. Assim, trabalhadores de saúde e usuários precisam estabelecer uma relação dialógica pautada na escuta terapêutica, no respeito e na valorização das experiências, das histórias de vida e da visão de mundo.

Nesse contexto, fica clara a importância de ações voltadas para o apoio e a orientação de familiares e pacientes com câncer em todos os seus aspectos, a fim de melhorar sua qualidade de vida, manter sua autonomia e capacidade de autocuidado, bem como a sua vida familiar e social (CUNHA *et al.*, 2017).

Pesquisa de Cruz; Ferreira e Reis (2014) que aborda as ações educativas realizadas

durante a consulta de enfermagem, os pacientes são unânimes em dizer que esse momento é importante, principalmente, devido às orientações transmitidas e às dúvidas esclarecidas. A autonomia promovida foi determinante para a redução da frequência dos efeitos adversos das drogas quimioterápicas.

Estudo de Silva *et al.* (2017) mostra que os acompanhantes percebem com clareza a importância das atividades lúdicas desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem para o tratamento de câncer pediátrico, o qual provoca alterações na dinâmica familiar e na autoestima. Afirmando que a presença do lúdico nas instituições de saúde pediátrica é muito importante para a diminuição do estresse que o tratamento do câncer pode causar, contribuindo com o tratamento, visto que traz bem-estar, diminui o estresse que a internação pode causar, além de mudar a perspectiva dos pacientes pediátricos e seus acompanhantes. Como resultado, o ambiente fica mais leve e o relacionamento com a equipe de saúde fica mais amistoso.

4 | PAPEL DO ENFERMEIRO NA CONDUÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS

Brasil (2008) afirma que o enfermeiro é o profissional mais habilitado para apoiar e orientar o paciente e a família na vivência do processo de doença, tratamento e reabilitação, afetando definitivamente a qualidade de vida futura. Neste contexto, Callegaro *et al.* (2010) complementa citando que é fundamental que a equipe de enfermagem adote como atribuição diária a educação de pacientes, familiares e cuidadores sob sua responsabilidade.

(...) O câncer é uma doença fortemente ligada ao medo e ao tratamento debilitante, portanto estudar seu impacto no paciente e entender como fornecer um tratamento humano e eficiente é um objetivo a ser alcançado através da empatia e da competência profissional (Barbosa *et al.*, 2021).

De acordo com Salles e Castro (2010) o enfermeiro atua como educador cujo objetivo é contribuir com o tratamento e com a reintegração dos pacientes e seus familiares às suas rotinas de vida, remetendo suas ações à educação em saúde, a qual consiste em um processo que é orientado e planejado para a utilização de estratégias que estimulem a autonomia dos sujeitos, pressupondo ações partilhadas e não diretivas e possibilitando a tomada de decisões livres e a seleção de alternativas num contexto adequado de informações, habilidades cognitivas e de suporte social.

Castro *et al.* (2014) traz que a ação educativa se faz de maneira não estruturada, baseada nas experiências profissionais individuais. A falta de tempo provocada pela escassez do número de profissionais de enfermagem é apontada como fator limitante.

A importância da equipe de enfermagem consiste em empoderar o usuário para que ele possa participar de forma ativa e consciente no cuidado de sua saúde. O conhecimento adquirido permite que os indivíduos tenham condições de fazer escolhas que promovam a saúde ou predisponham à doença. Nesse contexto, o conhecimento dos fatores de risco

para o desenvolvimento de doenças oncológicas torna-se essencial para a prevenção (HERR, 2013).

À equipe de enfermagem cabe o ensino e o aconselhamento desses indivíduos acerca da doença, suas consequências e tratamentos, no sentido de diminuir a morbidade e a mortalidade associadas à terapêutica antineoplásica e contribuir para o aumento da qualidade de vida dos pacientes (POTTER e PERRY, 2009).

Complementando o exposto, as atividades de educação em saúde realizadas durante a consulta de enfermagem, não devem se restringir apenas à consulta de enfermagem inicial, mas deve perdurar durante todo o período no qual o paciente está sendo assistido na unidade de tratamento. Dessa forma, consultas de enfermagem subsequentes permitem verificar se as orientações fornecidas foram de fato assimiladas, bem como realizar o manejo de possíveis efeitos adversos que venham a ocorrer ao longo das infusões dos ciclos de quimioterapia antineoplásica (CRUZ; FERREIRA e REIS, 2014).

A educação em saúde pode ser mediada por tecnologias que ajudem o indivíduo a adotar ou modificar condutas que permitam um estado saudável, possibilitando ao profissional diversas estratégias de promoção da saúde (MOREIRA *et al.*, 2013).

Abordando as atribuições do enfermeiro, encontramos a educação continuada que objetiva melhoria da saúde da população, da assistência ao cliente com câncer e em quimioterapia, já que a informação/orientação é fundamental para que os pacientes se adaptem às alterações que irão ocorrer no seu cotidiano (BARBOSA *et al.*, 2016).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ações de educação em saúde visam, sobretudo, trabalhar assuntos de relevância para um determinado grupo, com o objetivo de sanar dúvidas, aprimorar conhecimentos e despertar nos envolvidos o autocuidado que leve a uma melhor qualidade de vida. No caso dos pacientes oncológicos e seus familiares, essas ações são fundamentais para a escolha da condução terapêutica adequada a cada indivíduo, de forma personalizada.

Constatou-se que as ações de educação em saúde desenvolvidas com pacientes oncológicos consistem principalmente em diálogo realizado no contexto da consulta de enfermagem, atividades em grupos, folders explicativos, ludicoterapia, acompanhamento para tirar dúvidas via telefone e visitas domiciliares que permitem conhecer o contexto em que vive o paciente, bem como sua rede de apoio social.

Em entrevistas realizadas nos estudos pesquisados, tanto pacientes quanto seus familiares são unânimes em dizer que as atividades de educação em saúde são de extrema importância no sentido de minimizar a ansiedade, o estresse e o medo que estão presentes no momento de descoberta do diagnóstico, bem como dirimir possíveis dúvidas que possam surgir ao longo de todo o tratamento.

O enfermeiro tem uma importância ímpar nesse processo de aprendizado, pois é

o profissional que tem a oportunidade de estar a maior parte do tempo com o paciente e seus familiares durante todo o tratamento. A realização de tais atividades permite que se estreitem os laços entre profissional-paciente-família, gerando confiança, respeito e segurança, essenciais para uma assistência de qualidade com vistas a uma melhor qualidade de vida.

Por fim, através da pesquisa de revisão bibliográfica permitiu-se o enriquecimento teórico e a possibilidade de implantação no serviço de ações educativas voltadas para esse público singular e que necessita de muita orientação para um tratamento adequado.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, D. M.; OGAVA, L. G.; MANSO, M. E. G. Tratamento oncológico e o impacto na vida de idosos. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 3, p. 12094-12104 may./jun. 2021.

BARBOSA, M. S.; NERIS, R. R.; ANJOS, A. C. Y.; MAGNABOSCO, P.; PORTO, J. P. Ação educativa com equipe de enfermagem em serviço de quimioterapia ambulatorial: relato de experiência. **Rev. Enferm. UFPE Online**, Recife, v. 10, n. 2, p. 675-682, fev. 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. rev. atual. ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

CALLEGARO, G. D.; BAGGIO M. A.; NASCIMENTO, K. C.; ERDMANN, A. L. Cuidado perioperatório sob o olhar do cliente cirúrgico. **Rev. Rene**. v. 11, n. 3, p. 132-142, set. 2010.

CAPTEIN, K. M.; SIMÃO, D. A. S.; AGUIAR, A. N. A.; PENA, E. D.; SOUZA, R. S.; MENDOZA, I. Y. Q. Ações educativas no cotidiano da enfermagem oncológica: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE Online**. Recife, vol. 11 (Supl. 2), p. 999-1007, fev. 2017.

CAR, J.; SHEIKH, A. Telephone consultation. **Br. Med. J.**, v. 3, n. 326, p. 966-969, 2003.

CASTRO, A. P.; OIKAWA, S. E.; DOMINGUES, T. A. M.; HORTENSE, F. T. P.; DOMENICO, E. B. L. Educação em Saúde na Atenção ao Paciente Traqueostomizado: Percepção de Profissionais de Enfermagem e Cuidadores. **Rev. Brasil.Cancerol.**, v. 60, n. 4, p. 305-313, 2014.

CHRISTÓFORO, B. E. B.; CARVALHO, D. S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período préoperatório. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 14-22, 2009.

CRUZ, F. O. A. M.; FERREIRA, E. B.; REIS, P. E. D. Consulta de enfermagem via telefone: relatos dos pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 4, n. 2, p. 1090-1099, maio/ago 2014.

CUNHA, F. F.; VASCONCELOS, E. V.; SILVA, S. E. D.; FREITAS, K. O. Representações de pacientes oncológicos sobre o tratamento de quimioterapia antineoplásica. **J. Res.: fundam. care. online**, v. 9, n. 3, p. 840-847, jul./set. 2017.

DI PRIMO, A. O. Rede social e vínculos apoiadores das famílias de crianças com câncer. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 334-342, abr/jun. 2010.

FONTES, C. A. S.; ALVIM, N. A. T. Human relations in nursing care towards cancer patients submitted to antineoplastic chemotherapy. **Acta. Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 77-83, 2008.

HERR, G. E.; KOLANKIEWICZ, A. C. B.; BERLEZI, E. M.; GOMES, J. S.; MAGNAGO, T. S. B. S.; ROSANELLI, C. P.; LORO, M. M. Avaliação de Conhecimentos acerca da Doença Oncológica e Práticas de Cuidado com a Saúde. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 59, n. 1, p. 33-41, 2013.

MAFETONI, R. R.; HIGA, R.; BELLINI, N. R. Comunicação enfermeiro-paciente no pré-operatório: revisão integrativa. **Rev. Rene**; v. 12, n. 4, p. 859-865, out./dez 2011.

MOREIRA, C.B.; BERNARDO, E. B. R.; CATUNDA, H. L. O.; AQUINO, P. S.; SANTOS, M. C. L.; FERNANDES, A. F. C. Construção de um Vídeo Educativo sobre Detecção Precoce do Câncer de Mama. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 59, n. 3, p. 401-407, 2013.

OLIVEIRA, A. M.; POZER, M. Z.; SILVA T. A.; PARREIRA, B. D. M.; SILVA, S. R. Ações extensionistas voltadas para a prevenção e o tratamento do câncer ginecológico e de mama: relato de experiência. **Rev. Esc Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 240-245, 2012.

PAIVA, E. P.; MOTTA, M. C. S.; GRIEP, R. H. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre o câncer de próstata em Juiz de Fora - MG. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 88-93, 2010.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. 6ª ed. São Paulo: Elsevier; 2009.

SALIMENA, A. M. O.; MARTINS, B. R.; MELO, M. C. S. C.; BARA, V. M. F. Como Mulheres Submetidas à Quimioterapia Antineoplásica Percebem a Assistência de Enfermagem. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 56, n. 3, p. 331-340, 2010.

SALLES, P. S.; CASTRO, R. C.B. R. Validação de material informativo a pacientes em tratamento quimioterápico e aos seus familiares. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 44, n. 1, p. 182-189, 2010.

SILVA, L. S. R.; CORREIA, N. S.; CORDEIRO, E. L.; SILVA, T. T.; COSTA, L. T. O.; MAIA, P. C. V. S. Anjos da enfermagem: o lúdico como instrumento de cidadania e humanização na saúde. **Rev. Enferm. UFPE Online**, Recife, v. 11, n. 6, p. 2294-2301, jun. 2017.

VIEIRA, N. H. K. **Anjos da Enfermagem: A Percepção dos Acadêmicos Voluntários do Projeto**. Blumenau. Monografia [Graduação] Universidade Regional de Blumenau. [Internet]. 2012. Disponível em: <http://www.bc.furb.br/docs/MO/2012/351520_1_1.PDF>. Acesso em 13 abr. 2018.

CAPÍTULO 12

AÇÕES EDUCATIVAS E MULTIPROFISSIONAIS COMO ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Data de aceite: 03/10/2022

Pedro Victor Landim Ribeiro

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato - Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8105985953823589>

José Thiago Alves de Sousa

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato - Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8062913385007952>

Ana Paula Pinheiro da Silva

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato - Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4309835642253400>

Hedilene Ferreira de Sousa

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato - Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5616936855383008>

Ademar Maia Filho

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato - Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9570480278376163>

Valdília Ribeiro de Alencar Ulisses

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato - Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9730825758511373>

Fernanda Ribeiro da Silva

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato - Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9567818563501383>

Davy Deusdeth Timbó Magalhães Sobrinho

Centro Universitário Católica de Quixadá –
UNICATÓLICA
Quixadá - Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4457789478368110>

Micael Sampaio da Silva

Universidade Federal de São Carlos – UFSCar
São Carlos – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/5607377006166477>

RESUMO: Introdução: Educação Popular tornou-se solo fértil para diversas práticas cotidianas nos serviços e ações em saúde, as quais revelam o componente interdisciplinar onde se produz cuidado para além do tratamento de enfermidades, sendo um bom exemplo disso a disseminação de informações/ações educativas que visam promover qualidade de vida através da aquisição de saberes voltados para o autocuidado com a saúde. Desse modo, o presente estudo tem por objetivo apresentar a vivência dos Residentes Multiprofissionais em Saúde Coletiva na produção de Educação em Saúde numa Unidade de Saúde da Família (USF), por meio da sala de espera educativa. **Materiais e Método:** Trata-se de um relato de experiência sobre ações de promoção e educação em saúde, ancorado no método qualitativo, de caráter descritivo. Para tal, as ações de Educação em Saúde tiveram como público-alvo gestantes, puérperas e usuários de demanda livre. Como parte das ações desenvolvidas, as palestras foram realizadas com objetividade e clareza, abordando temáticas

específicas para cada perfil com a perspectiva de melhorias na saúde a longo prazo. **Resultados e Discussão:** Ao final das palestras, ocorriam rodas de conversas de forma dinâmica onde os protagonistas se interagem e esclareciam dúvidas, tornando cada momento rico em experiências e fortalecendo os laços entre população e residentes. Diante disso, percebe-se que uma boa orientação ou um encaminhamento correto nos serviços de saúde podem salvar vidas por propagar o conhecimento para a comunidade e envolvê-la numa responsabilidade compartilhada. **Considerações Finais:** Evidenciou-se que a participação da equipe multiprofissional de residentes em conjunto com os demais profissionais da USF foi fundamental no desenvolvimento de ações de Educação em Saúde, pois a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade tornaram o processo formativo mais proveitoso, além de ampliar o alcance do direcionamento de informações essenciais para a manutenção da saúde e qualidade de vida da comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde. Saúde Coletiva.

EDUCATIONAL AND MULTIPROFESSIONAL ACTIONS AS HEALTH PROMOTION STRATEGIES IN PRIMARY CARE

ABSTRACT: Introduction: Popular Education has become fertile ground for several daily practices in health services and actions, which reveal the interdisciplinary component where care is produced beyond the treatment of diseases, a good example of which is the dissemination of information/actions educational programs that aim to promote quality of life through the acquisition of knowledge aimed at self-care with health. Thus, the present study aims to present the experience of Multiprofessional Residents in Collective Health in the production of Health Education in a Family Health Unit (USF), through the educational waiting room. **Materials and Method:** This is an experience report on health promotion and education actions, anchored in the qualitative, descriptive method. To this end, the Health Education actions targeted pregnant women, postpartum women and free demand users. As part of the actions developed, the lectures were carried out with objectivity and clarity, addressing specific themes for each profile with the perspective of long-term health improvements. **Results and Discussion:** At the end of the lectures, conversations took place dynamically where the protagonists interacted and clarified doubts, making each moment rich in experiences and strengthening the bonds between the population and residents. In view of this, it is clear that good guidance or correct referral in health services can save lives by spreading knowledge to the community and involving it in a shared responsibility. **Finals Considerations:** It was evidenced that the participation of the multiprofessional team of residents together with the other professionals of the USF was fundamental in the development of Health Education actions, since the multiprofessionality and interdisciplinarity made the training process more profitable, in addition to expanding the reach of targeting essential information for the maintenance of the health and quality of life of the community.

KEYWORDS: Primary Health Care. Health education. Collective Health.

INTRODUÇÃO

Os sistemas de atenção à saúde foram definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar

e manter a saúde. Por consequência, esses sistemas são respostas sociais organizadas deliberadamente para responder às necessidades, demandas e representações das populações em determinada sociedade e em determinado tempo (MENDES, 2019).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo e sua criação proporcionou o acesso gratuito e universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com a perspectiva na qualidade de vida, visando a prevenção, promoção e a continuidade dos cuidados voltados para a saúde (BRASIL, 2021).

Para tal, a Atenção Básica tornou-se um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, sendo a porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde - RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017).

Pensando na articulação entre os profissionais de saúde e comunidade, a Política Nacional de Atenção Básica traz como atribuição comum aos membros das Equipes que atuam na Atenção Básica a realização de ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe, utilizando abordagens adequadas às necessidades da comunidade (BRASIL, 2017).

A sala de espera educativa faz parte das ações de educação em saúde, se configurando como espaços no qual a comunidade inicialmente é acolhida e, enquanto aguardam o atendimento dos profissionais de saúde, conversam, trocam experiências entre si, observam, expressam-se e, assim, as pluralidades emergem através do processo interativo. Este tipo de ambiente é propício à prática da educação em saúde, que tem por finalidade aproximar a comunidade dos profissionais e humanizar o cuidado. Em geral, são realizadas atividades preventivas ou que promovam a saúde, constituindo um espaço de produção de trocas que se estabelece a partir de ações educativas com vistas à realização de um cuidado integral para o desenvolvimento do autocuidado e a constituição da cidadania (RODRIGUES *et. al.*, 2018).

Visando uma participação mais ativa e eficaz da comunidade, as contextualizações informativas realizadas na sala de espera devem levar em consideração a realidade local dos sujeitos, bem como enaltecer o saber popular e integrá-lo de maneira segura no âmbito da promoção de saúde, tendo como estratégia evidenciar suas potencialidades e riscos em acordo com a literatura disposta em bases científicas. Nesse prisma, o plano da produção do conhecimento, a Educação Popular, tem historicamente se constituído com base em vivências e ações que reconhecem e valorizam o saber popular e experienciam processos pautados na reflexão-ação-reflexão com vistas à transformação social (PARO, 2020).

Seguindo a mesma ótica supramencionada, em 2013, a Política Nacional de

Educação Popular em Saúde defende o papel do compromisso com os princípios do SUS, principalmente a participação social, sendo mediada por meio de diálogos e trocas de saberes, levando à construção de conhecimentos individuais e coletivos, ambos capazes de serem introduzidos na realidade do SUS, fomentando uma maior participação social na construção e consolidação do SUS, e consequentemente na emancipação de seus usuários (RAIMONDII *et. al.*, 2018).

Diante do exposto, surge a problemática do presente estudo: quais os impactos da educação em saúde na atenção básica numa ótica dos profissionais-residentes? Ademais, este trabalho visa relatar a experiência dos Residentes Multiprofissionais em Saúde Coletiva na fomentação de Educação em Saúde numa Unidade de Saúde da Família, por meio de sala de espera educativa.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência sobre ações de promoção e educação em saúde com os usuários do SUS atendidos em uma Unidade de Saúde da Família (USF) na cidade de Crato-CE, ancorado no método qualitativo e de caráter descritivo. Este tipo de pesquisa descreve uma vivência que pode contribuir de forma relevante para determinada área de atuação, no qual descreve especificidades do objeto de estudo (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

As ações foram desenvolvidas por residentes do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Regional do Cariri – URCA, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do município de Crato, com o intuito de informar, conscientizar e fomentar sobre diversos temas de saúde, seguindo o Calendário Nacional de Saúde disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS).

A equipe multiprofissional da Residência em Saúde Coletiva conta com profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, biólogo e nutricionista. As atividades ocorreram durante todo o ciclo de vivência dos residentes na USF, entre março e dezembro de 2021, sob orientação dos preceptores (enfermeira e médico), além do odontólogo da unidade em questão. Ressalta-se que, as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS's) foram peças fundamentais na divulgação das ações em saúde para a comunidade.

As atividades foram planejadas de acordo com a habilidade e competência de cada residente dentro da sua área de atuação. Utilizou-se de mídias digitais elaboradas pelos residentes para promoção de educação em saúde. Algumas mídias foram impressas e distribuídas durante as palestras e demais ações, sendo também disponibilizadas em formato digital via redes sociais. O público-alvo foi composto por gestantes, puérperas e usuários de demanda livre.

Durante as ações, os participantes foram encaminhados para o auditório da USF ou para a sala de espera, seguindo todo o protocolo de prevenção a COVID-19, mantendo o

distanciamento social. Foi disponibilizado álcool gel para higienização das mãos.

Esses momentos foram subsidiados por meio de rodas de conversa, abordando diversas temáticas pertinentes aos momentos vividos pelos pacientes, como alternativa para que os ouvintes tivessem maior empoderamento da fala durante as explicações, propiciando uma troca de informações mais efetiva. A fim de enriquecer as discussões, foram utilizados materiais didáticos como folders e maquetes educativas.

Os materiais impressos ofertados obedeciam aos seguintes critérios: abordagem do tema com linguagem facilitada e objetiva; informações de caráter científico adaptadas à realidade da população com ilustrações autoexplicativas.

Ao finalizar cada abordagem eram realizadas indagações relacionadas às temáticas trabalhadas, sendo perceptível que a maioria das perguntas eram prontamente respondidas pelos participantes, seja através das dinâmicas estimuladoras seja por meio de perguntas da parte das ouvintes.

Ao final de cada ciclo temático de ações, realizou-se momentos de discussões sobre o alcance de metas e de possíveis ajustes na metodologia das ações educativas. Essas discussões eram registradas em reuniões mensais entre residentes e preceptores. Esses registros formaram a base do *corpus* discursivo do presente estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva visa contemplar no primeiro ano de atuação do residente a imersão à Atenção Primária à Saúde (APS), estimulando-o ao aperfeiçoamento profissional voltado para prevenção e promoção de saúde por meio de ações educativas para usuários do sistema de saúde. Diante dessa premissa, os residentes atuam em funções fundamentais a nível da USF, pois são peças estruturais no desenvolvimento de atividades com a finalidade de promover a mudança de comportamento das pessoas usuárias através de métodos formativos.

As práticas em questão ocorrem por meio de palestras e ações mediadas pelos Residentes Multiprofissionais em Saúde Coletiva com participação efetiva do público alvo com reconhecimento positivo pelas participantes, que de forma ativa acompanharam as ações.

Para o desenvolvimento das temáticas, levou-se em consideração tanto o Calendário Nacional de Saúde quanto as demandas apresentadas na USF. Dessa forma, foi possível definir o público alvo entre gestantes, puérperas e a população em geral, atentando-os de acordo com a demanda específica.

Ações de Educação em Saúde para gestantes e puérperas

As ações de Educação em Saúde iniciaram com gestantes e puérperas atendidas na USF. As atividades ocorriam de acordo com o fluxo de atendimento desse público, todas as

terças-feiras. As palestras desenvolvidas buscaram trazer à realidade dúvidas e sugestões de melhoria de saúde para o cotidiano durante essas duas fases da vida da mulher.

A didática utilizada foi baseada em palestras e oficinas, sendo abordadas as seguintes temáticas: (1) alimentação saudável; (2) técnicas de higienização de alimentos; (3) uso de plantas medicinais durante a gestação; (4) atividade física na gestação. Como o número de gestantes e puérperas atendidas na USF era elevado, foi necessário desenvolver as atividades em diversas semanas para atender um maior público.

Durante todo o mês de agosto foi realizado o dia D de conscientização sobre a importância da amamentação. As atividades aconteceram em sete momentos descritos a seguir: (1) a importância e os benefícios da amamentação; (2) técnicas de amamentação; (3) amamentação e medicamentos; (4) banco de leite e doação; (5) amamentação e a rotina fora de casa; (6) amamentação e a COVID-19. Além de folder educativo sobre amamentação, foi encomendado a mama didática para simulação e melhor entendimento das participantes sobre o processo da pega da mama.

Nos meses decorrentes foram abordados diversos temas como: (1) direitos da gestante, sendo abordados os direitos sociais, direitos à saúde na gravidez, direitos trabalhistas, direitos da gestante que estuda e direitos no parto e pós-parto; (2) postura corporal na gestação; (3) fases do trabalho de parto; (4) higiene da mama e ferida cirúrgica.

Ações educativas: saúde infantil

A educação em saúde infantil ocorreu na USF de atuação dos residentes no mês de outubro. As crianças estavam acompanhadas com os seus responsáveis legais e nessa ocasião foi abordado como tema central: Recomendações para uma Alimentação Adequada e Saudável, de acordo com a Caderneta de Saúde da Criança disponibilizada pelo Ministério da Saúde. Foi explanado para os pais e responsáveis sobre a importância da vacinação nas diferentes fases de vida da criança, e para isso foi solicitado que os cartões de vacina fossem levados, sendo realizada uma avaliação e direcionando para sala de vacinação aqueles cartões que estavam com atrasos de doses.

Para entretenimento e como forma de abordar as crianças, foi realizado um momento de resgate de brincadeiras populares infantis com intuito de incentivar as crianças ao exercício e atividades físicas educativas. Em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Crato, foi possível ofertar ainda para as crianças o brinquedo pula-pula.

Já no mês de novembro, foi realizada a educação em saúde referente à Semana do Bebê, tendo como didática roda de conversa envolvendo as mães e os bebês. As temáticas abordadas foram: (1) alimentação na primeira infância; (2) higiene bucal na infância; (3) crescimento e desenvolvimento na primeira infância; (4) os benefícios da Shantala; (5) uso racional de medicamentos na infância. As conversas ocorreram de forma dinâmica, envolvendo os participantes, que foram protagonistas de diversas falas e dúvidas sobre as temáticas apresentadas. Ao final, ocorreu sorteio de brindes, tais como: kit de higiene

pessoal e primeiros socorros para o bebê.

Ações de Educação em Saúde: usuários de demanda livre

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP (2014), diversos fatores podem impedir a detecção precoce e, conseqüentemente, a prevenção do suicídio. O estigma e o tabu relacionados ao assunto são aspectos importantes. A prevenção do suicídio não se limita à rede de saúde, mas deve ir além dela, sendo necessária a existência de medidas em diversos âmbitos na sociedade, que poderão colaborar para a diminuição das taxas de suicídio.

A educação em saúde referente a prevenção ao suicídio ocorreu no mês de setembro, onde foram abordados os temas sobre: (1) abordagem sobre Valorização à Vida - Setembro Amarelo; (2) atividade física e saúde mental; (3) alimentação e saúde mental; (4) a importância do cuidado com os medicamentos durante o tratamento da depressão; (5) a importância do apoio familiar no enfrentamento da ansiedade e depressão.

O momento rico de experiência entre a população e os residentes faz ser possível que uma orientação ou encaminhamento no serviço possa salvar vidas e propagar o conhecimento para a comunidade, tornando a responsabilidade compartilhada.

Já referente ao câncer e suas variantes, foram desenvolvidas atividades de Educação em Saúde (ES) alusivas à campanha do câncer de mama, colo de útero que é simbolizado pela cor rosa e o câncer de próstata simbolizado pela cor azul, que aconteceram respectivamente nos meses de outubro e novembro.

As temáticas abordadas no outubro rosa foram: (1) o que é e o que causa o câncer de mama; (2) prevenção do câncer de mama, (3) sinais e sintomas; (4) o passo a passo do autoexame da mama. As atividades ocorreram no turno noturno para que um maior número de mulheres pudesse participar. Foram ofertados ainda serviços de massagem relaxante e ventosaterapia, consultas com o médico da USF e exames de prevenção do câncer de colo de útero pela enfermeira.

Embora seja um tema difícil de tratar, falar abertamente sobre o câncer pode ajudar a esclarecer mitos e verdades e, com isso, aumentar o conhecimento e diminuir o temor associado à doença. Um em cada três casos de câncer pode ser curado se for descoberto logo no início. Mas, muitas pessoas, por medo ou desinformação, evitam o assunto e acabam atrasando o diagnóstico. Por isso, é preciso desfazer crenças sobre o câncer para que a doença deixe de ser vista como uma sentença de morte ou um mal inevitável e incurável (INCA, 2021).

O novembro azul faz parte das campanhas de saúde do homem, tendo em vista o resgate do usuário ao sistema de saúde. Estudos demonstram que grande parcela dos homens não procuram os serviços de saúde precocemente, aumentando os riscos de desenvolvimento de diversas doenças, sendo uma delas o câncer de próstata.

Os assuntos discutidos durante o novembro azul abordaram sobre: (1) o que é a

próstata e o câncer de próstata; (2) quais os sinais e sintomas; (3) a prevenção do câncer; (4) higiene íntima masculina. Foram realizadas ainda consultas com o médico da USF, o exame de toque e testes rápidos para detecção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's).

Para o INCA 2021, no Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens. Mais do que qualquer outro tipo, é considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de 75% dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. O aumento observado nas taxas de incidência no Brasil pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos (exames), pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento na expectativa de vida.

As doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas, são causadas por vários fatores ligados às condições de vida dos sujeitos. Os principais fatores de risco comportamentais para o adoecimento são: tabagismo, consumo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física. Estes podem ser modificados pela mudança de comportamento e por ações governamentais que regulamentam e reduzem, por exemplo, a comercialização, o consumo e a exposição de produtos danosos à saúde (BRASIL, 2021).

As educações em saúde com foco na prevenção e manutenção da qualidade de vida da população em geral também foram abordadas com base nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Pensando nisso, foi elaborada a ES sobre colesterol, tabagismo, hipertensão e diabetes. As ações foram realizadas em datas distintas e as temáticas ocorreram na modalidade de sala de espera educativa, isto é, quando os pacientes esperam na recepção da USF para atendimento. A abordagem sobre colesterol e tabagismo ocorreu de forma didática com auxílio de folder e maquete educativa, tornando o processo com o entendimento assertivo por aqueles que participaram.

Já sobre hipertensão e diabetes, a abordagem foi feita no período da Campanha do Dia Mundial da Diabetes. Como a maioria dos pacientes apresentam as duas doenças, os temas foram discutidos de maneira simplificada e objetiva para o melhor entendimento das particularidades no processo de autocuidado e responsabilidade com a saúde. Após a ES, foi ofertado consulta com o médico, aferição de pressão e teste de glicemia.

Temas atuais como o fim da Violência Contra a Mulher também foram contemplados para oferta da população. A violência contra a mulher se caracteriza como um fenômeno sociocultural com impacto na saúde pública (MACHADO et al., 2020). As várias formas de violência as quais as mulheres estão suscetíveis podem acarretar uma miríade de consequências para a integridade física e mental das mesmas, e conseqüentemente pode elevar à necessidade de atendimento em estabelecimento de saúde (CRUZ, IRFF 2019).

Desse modo, foi abordado sobre os tipos de violência, como as violências acontecem e quais os serviços devem ser procurados em caso de violência. As mulheres participaram

ativamente e relataram os casos conhecidos e até mesmo já vivenciados com os seus maridos. Houve orientação sobre o Centro de Referência da Mulher e sobre a importância de sua atuação na conjuntura social, sendo ponto de apoio e orientação para as mulheres que sofrem violência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se que a participação da equipe multiprofissional de residentes em conjunto com a equipe de profissionais da USF foi fundamental no desenvolvimento de ações de Educação em Saúde, pois a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade tornam o processo formativo mais proveitoso, além de ampliar o alcance do direcionamento de informações essenciais para manutenção da saúde e qualidade de vida da comunidade e do aumento da oferta de serviços para esse público e, conseqüentemente, proporciona o exercício profissional de maneira mais efetiva e realista para com as necessidades das pessoas.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio**: Informando para Prevenir. Conselho Federal de Medicina (CFM). Brasília, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: estrutura, princípios e como funciona. Brasília, 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

CRUZ, Mercia Santos; IRFF, Guilherme. Qual o efeito da violência contra a mulher brasileira na autopercepção da saúde?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 7, pp. 2531-2542, 2019.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Câncer de mama : vamos falar sobre isso?**/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – 6. ed. **rev. atual.** – Rio de Janeiro: INCA, 2021.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Câncer de próstata**. Rio de Janeiro. INCA, 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata>>. Acessado em: 17 jan. 2022.

MACHADO, Dinair Ferreira et al. Violência contra a mulher: o que acontece quando a Delegacia de Defesa da Mulher está fechada?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, pp. 483-494, 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Brasília-DF 2019.

PARO, César Augusto; LEMÕES, Marcos Aurélio Matos; PEKELMAN, Renata. **Coletânea Educação Popular em Saúde – Volume 1: Educação Popular e a (re)construção de horizontes formativos na saúde**. João Pessoa-PB: Editora do CCTA, 2020. 361 p.

RAIMONDI, Gustavo Antônio et al. Intersectorialidade e Educação Popular em Saúde: no SUS com as Escolas e nas Escolas com o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 42, n. 2 pp. 73-78; 2018.

RODRIGUES, Leticia Pinto et al. Sala de espera: espaço para educação em saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil, vol. 6, n. 3, 2018. ISSN: 2318-8413.

CAPÍTULO 13

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: REFLEXÕES SOBRE A PRÁXIS EXTENSIONISTA

Data de aceite: 03/10/2022

Renata Orlandi

Pós-doutora em Educação pela Universidade Federal de Santa Catarina e em Psicologia Social pela Universidade Autônoma de Barcelona. Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Catarina. Coordenadora do Núcleo de Educação na Perspectiva das Tecnologias e Alteridade (NEPTA) e do Programa de Educação na Perspectiva da Inclusão, das Tecnologias e Alteridade

- Partilhas nas Artes e nas Ciências com pessoas da meia idade e idosas

<http://lattes.cnpq.br/6020272863162799>
<https://orcid.org/0000-0001-8400-4997>

Evelyn Schweitzer de Souza

Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Extensionista do Núcleo de Educação na Perspectiva das Tecnologias e Alteridade e participante do Programa de Educação na Perspectiva da Inclusão, das Tecnologias e Alteridade

- Partilhas nas Artes e nas Ciências com pessoas da meia idade e idosas, programa esse, contemplado pelo edital no 3/2021/PROEX, vinculado aos Núcleos de Estudos da Terceira Idade

<http://lattes.cnpq.br/3099490261620911>
<https://orcid.org/0000-0001-5209-2427>

Vitória Helena Silva Santos

Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Extensionista do Núcleo de Educação na Perspectiva das Tecnologias e Alteridade e participante do Programa de Educação na Perspectiva da Inclusão, das Tecnologias e Alteridade

- Partilhas nas Artes e nas Ciências com pessoas da meia idade e idosas, programa esse, contemplado pelo edital no 3/2021/PROEX, vinculado aos Núcleos de Estudos da Terceira Idade

<http://lattes.cnpq.br/3722439863170739>
<https://orcid.org/0000-0002-5677-4131>

Anderson da Silva Honorato

Doutorado em Educação Física pela Universidade Estadual de Londrina. Professor do Instituto Federal de Santa Catarina (IFSC)

- Câmpus Gaspar. Membro do Grupo de Pesquisa Metodologia de Ensino, Saberes e Práticas Educativas (MESPE) IFSC - Gaspar

<http://lattes.cnpq.br/0564115546794139>
<https://orcid.org/0000-0001-8798-1830>

Camila Elizandra Rossi

Doutorado em Nutrição pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)

- Campus Realeza - PR. Coordenadora do Programa de Extensão NutriSan, do Curso de Nutrição da UFFS e docente da área de Nutrição em Saúde Coletiva

<http://lattes.cnpq.br/4570265927067952>
Orcid: 0000000309250703

Edilaine Aparecida Vieira

Doutorado em Educação pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Professora da Universidade Federal de Santa Catarina - Campus de Blumenau. Participante do Núcleo de Educação na Perspectiva das Tecnologias e Alteridade (NEPTA)

<http://lattes.cnpq.br/6618395673193179>
Orcid: 0000-0002-6634-0118

RESUMO: O presente estudo trata-se de um relato de experiência referente a um curso realizado com o tema ‘educação em saúde no processo de envelhecimento’, a partir de estudos e ações desenvolvidas em um dos programas de extensão ofertados pelo Núcleo de Educação na Perspectiva das Tecnologias e Alteridade, vinculado à UFSC, campus Blumenau. O projeto foi destinado à população de meia-idade e idosa, no contexto da pandemia de COVID-19 e, conseqüentemente, de isolamento social, cujo desenvolvimento ocorreu no 2º semestre de 2021. O referido programa foi endereçado à população idosa, fomentando ações inclusivas e intergeracionais engajadas na Educação em Direitos Humanos engajadas na promoção do Envelhecimento Ativo, com vistas à transformação social, à emancipação e a um patamar civilizatório ancorado na justiça e nas relações de alteridade, articulando ensino, pesquisa e extensão. Entre os resultados, destaca-se a potencialidade do projeto como ferramenta institucional ancorada na Psicologia da Saúde e articulada a distintas áreas do saber dedicadas à promoção de saúde no processo de envelhecimento.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento Ativo; Educação em Saúde; Extensão.

ABSTRACT: The present study is an experience report referring to a course carried out with the theme ‘health education in the aging process’, based on studies and actions developed in one of the extension programs offered by the Education Center in the Perspective of Women. Technologies and Alterity, linked to UFSC, Blumenau campus. The project was aimed at the middle-aged and elderly population, in the context of the COVID-19 pandemic and, consequently, of social isolation, whose development took place in the 2nd half of 2021. This program was addressed to the elderly population, promoting inclusive actions and intergenerational groups engaged in Human Rights Education engaged in the promotion of Active Aging, with a view to social transformation, emancipation and a civilizational level anchored in justice and in alterity relations, articulating teaching, research and extension. Among the results, the potential of the project as an institutional tool anchored in Health Psychology and articulated to different areas of knowledge dedicated to health promotion in the aging process stands out.

KEYWORDS: Active Aging; Health education; Extension.

INTRODUÇÃO

A Psicologia da Saúde refere-se à convergência de distintos saberes e fazeres psicológicos com vistas à compreensão e intervenção no cenário tanto do enfrentamento de quadros patológicos, como também na prevenção de doenças e, sobretudo, na promoção de resiliência e bem estar na esfera da saúde. Uma destas frentes de trabalho é endereçada à Educação em Saúde. No caso do presente projeto, o qual engajou-se na promoção do processo de Envelhecimento Ativo ao longo do período de isolamento social atrelado à pandemia de COVID 19, a democratização de saberes foi potencializada pela relação dialógica entre a comunidade atendida e distintas áreas do saber no campo da saúde, a exemplo da Psicologia, da Nutrição e da Educação Física.

O período compreendido entre 2021 e 2030 é considerado pelas Nações Unidas como década do envelhecimento saudável (WHO, 2021a). Estima-se que em 2030, pela

primeira vez, a população idosa brasileira será mais numerosa do que a de crianças, ultrapassando os 43 milhões (IBGE, 2016). Entre os diversos fatores destaca-se a diminuição da mortalidade e da fecundidade, gerando assim o aumento da expectativa de vida no cenário nacional. Desta forma, a promoção da saúde da população constitui um dos grandes desafios e, sobretudo, compromissos da contemporaneidade, haja vista o cenário demográfico, ético e político engendrado nas últimas décadas, o qual foi também fortemente impactado pela pandemia de COVID-19.

É neste contexto que problematizamos o termo “envelhecimento ativo” definido pela Organização Mundial da Saúde como “[...] o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.” (WHO, 2002, p.12). No Brasil, essa abordagem influenciou a aprovação do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), políticas públicas que atuam para regulamentar ferramentas institucionais que garantam ao idoso proteção social e direitos constitucionais básicos voltados à prevenção e promoção de saúde, autonomia, participação social e demais aspectos que envolvam um processo de envelhecimento ativo.

Contrapondo-se a estigmas desrespeitosamente vinculados a este grupo populacional, idosa(o)s estão ocupando espaços de maior visibilidade em nosso meio cultural, nas relações de trabalho, educação, redes sociais, entre outros (TAVARES; MENEZES, 2020). O termo “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho,” (WHO, 2005, p. 14) estando atrelado ao aumento da qualidade e da expectativa de vida desta população.

Instituições educacionais de curso superior, atentas a este novo cenário, passaram a ofertar cursos endereçados a idosa(o)s, atividades estas dedicadas à promoção da plasticidade cerebral, ao acesso à educação nesse período desenvolvimental, assim como ao favorecimento das relações sociais, aceitação e enfrentamento de processos de envelhecimento atravessados por eventos debilitantes (MARTINS, 2017; TAVARES e MENEZES (2020). O curso aqui relatado foi intitulado “Educação em saúde no processo de envelhecimento” e foi sistematizado à luz do conceito de educação em saúde, privilegiando processos coletivos de construção pedagógica, de forma participativa, dialógica, entre docentes/profissionais de saúde e a comunidade.

Neste contexto, os processos de saúde foram problematizados numa perspectiva ampla, levando em conta os aspectos biopsicossociais que podem favorecer ou obstaculizar o acesso a saberes e a adoção de modos de vida salutar entre idosa(o)s, tendo em vista todo tipo de assimetria nas relações de poder que vulnerabilizam determinados corpos, a exemplo da grande questão da desigualdade social em solo brasileiro (SOUZA; SILVA; BARROS, 2021). Na medida em que se tratou de uma atividade extensionista, tal projeto visou responder a demandas sociais, configurando-se como um recurso promotor

de inclusão, educação e bem-estar da população idosa, atuando nos três pilares do envelhecimento ativo, a saber: promoção da saúde, garantia de direitos e participação social e incentivo à autonomia e independência.

Portanto, tal programa se voltou para uma demanda muito evidente de educação em saúde virtual em meio à pandemia de COVID-19, haja vista o isolamento físico, o qual é englobado entre as medidas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2021b) para a contenção da proliferação do vírus Sars-CoV-2. As restrições sociais impostas pelo cenário pandêmico impuseram mudanças drásticas na rotina de populações, especialmente a dos idosos, dada a sua maior vulnerabilidade aos desdobramentos de uma infecção pelo vírus SARS COV 2. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2020), a pandemia tem atingido desproporcionalmente a população idosa, pelo seu alto índice de mortalidade e comorbidades associadas.

Neste contexto sanitário, o confinamento necessário reduziu tanto o contato social como também os recursos atrelados ao processo de estimulação das funções cognitivas, a exemplo da memória, prejudicando a neuroplasticidade e gerando uma demanda por atividades promotoras de um processo de envelhecimento ativo passíveis de serem realizadas remotamente (FIOCRUZ, 2020). A atividade de extensão buscou promover ações dentro do ensino remoto emergencial, modalidade de ensino praticada na Universidade Federal de Santa Catarina em decorrência da pandemia de COVID-19, unindo-se ao ensino e à pesquisa e atuando como um braço que liga a universidade à sociedade, numa tentativa de democratizar o acesso à ciência, ainda elitizado dentro da academia (DINIZ et al., 2020).

MÉTODO

O curso de “Educação em saúde no processo de envelhecimento” foi sistematizado visando prover ao público alvo, pessoas de meia-idade e idosos, o acesso a saberes e a problematização de modos de vida e ferramentas atreladas à promoção de saúde nesse período desenvolvimental. Sendo assim, mantendo a coerência com as recomendações da OMS com vistas à contenção da proliferação da Covid-19, as aulas foram ministradas por meio da plataforma Moodle Grupos.

O curso contou com 223 inscritos, sendo 72 concluintes. A equipe realizadora, por sua vez, contou com três docentes e quatro graduandas extensionistas. Quanto à caracterização da(o)s participantes, em sua ampla maioria, foi sinalizada a identidade de feminina e grau de formação acadêmica superior. Em se tratando da faixa etária, a idade média foi de 43 anos (oscilando entre 18 e 70 anos), assim como grande parte indicou estar inserida no mercado de trabalho formal, cujas atuações estavam vinculadas a diversos campos profissionais, com uma maior preponderância na atuação ou interesse formativo na esfera da saúde da população idosa. Face aos questionamentos concernentes à demanda pela adaptação de recursos pedagógicos com vistas à acessibilidade, nenhum(a)

participante solicitou qualquer forma de tecnologia assistiva. As redes sociais da UFSC foram apontadas como a principal fonte de informação sobre os cursos.

Em se tratando do curso propriamente dito, o mesmo foi dividido em três módulos. O primeiro módulo foi dedicado ao Envelhecimento Ativo e teve como objetivo a problematização da importância da atividade física no dia-a-dia da população idosa, englobando aulas expositivas e demonstrações de atividades para fazer em casa. Por sua vez, o segundo módulo teve como foco a Educação Nutricional e em sua relação com o envelhecimento saudável, o qual buscou trazer luz às questões nutricionais que abarcam o envelhecimento, tendo aulas expositivas e dialogadas, rodas de conversas e troca de receitas entre os participantes. Finalmente, o último módulo debruçou-se sobre a interface entre a Psicologia da Saúde e Envelhecimento Ativo. A meta deste módulo foi promover um debate sobre a saúde mental durante o processo de envelhecimento por meio de aulas expositivas-dialogadas, dinâmicas, fóruns e rodas de conversas, colocando em movimento referenciais teóricos, experiências profissionais e pessoais da(o)s estudantes. O projeto foi contemplado pelo edital no 3/2021/PROEX, vinculado aos Núcleos de Estudos da Terceira Idade da UFSC e coordenado pelo Núcleo de Educação na Perspectiva da Alteridade (NEPTA).

Para fins de planejamento pedagógico e de avaliação do processo de ensino-aprendizagem, ao longo do processo de execução do projeto, foram desenvolvidos e executados distintos instrumentos pedagógicos como fóruns coletivos, questionários e dinâmicas grupais. No início das atividades, aplicou-se um questionário visando o mapeamento de informações relativas aos recursos necessários para a participação, conhecimentos prévios e às expectativas da(o)s inscritos. Ao final do curso, visando avaliar correspondências e inconsistências entre as expectativas da(o)s cursistas e o desenvolvimento das aulas, além de identificar e problematizar questões gerais relativas ao processo de aprendizagem e, finalmente, o levantamento de críticas e sugestões, com vistas à continuidade das ações do referido núcleo, planejamento e aperfeiçoamento de projetos futuros. O formulário de mapeamento das expectativas e recursos para o aprendizado foi organizado contendo vinte (20) questões, divididas entre: informações pessoais visando a caracterização da(o)s participantes, acesso a internet e aparelhos eletrônicos, prática de atividades físicas, indicadores na esfera da saúde mental e expectativas sobre o curso. Com relação ao formulário dedicado à avaliação final do curso, este foi composto por vinte e quatro (24) questões dedicadas às impressões pessoais sobre a atividade, a proposta do curso, a plataforma Moodle, a autoavaliação de cada cursista e a avaliação docente. Com a aplicação de tais instrumentos, buscou-se subsídios para o planejamento das atividades, promoção de acessibilidade, favorecimento de uma melhor experiência para cada participante, ampliação do número de concluintes, bem como a avaliação do processo como um todo visando o aprimoramento de projetos futuros.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O aumento da expectativa média de vida da população brasileira (IBGE, 2016) aponta diferentes desafios, entre eles, como manter os sujeitos ativos à medida que envelhecem, incentivá-los a criar hábitos de saúde, discutindo processo de inclusão social, assim como oferecer oportunidades que contribuam com a manutenção da saúde, bem-estar e a qualidade de vida.

No que se refere à perspectiva do envelhecimento ativo, são três os referenciais preconizados para um processo de envelhecimento dentro do modelo contemporâneo proposto pela OMS: a saúde é o primeiro pilar e trata dos processos de prevenção de doenças e promoção de saúde, estabelecendo redes substitutivas de estímulos adequados ao momento da vida e que atuem minimizando as perdas funcionais naturais atreladas ao avanço da idade, promovendo autonomia e independência; a segurança, que incorpora a extensão financeira e social capaz de satisfazer as necessidades dos idosos e garantir seus direitos; e o último referencial, a participação, quando o idoso, dentro das suas possibilidades, divide junto com a sociedade a responsabilidade sobre suas escolhas dentro do processo de envelhecimento (WHO, 2002; MAIA, 2017; ANTONIO, 2020). Esses três aspectos acabam por retomar a abordagem biopsicossocial acerca da velhice, esmiuçando caminhos para a inclusão social de uma população que tem seu valor marcado no contexto sócio-histórico.

A perspectiva multidimensional proposta pela gerontologia analisa as relações de perdas e ganhos da velhice como o modelo “Envelhecimento bem-sucedido” (NERI, 2006). Esse modelo busca encontrar formas bem sucedidas de adaptação às mudanças biológicas, psicológicas e sociais, dentro do contexto no qual o sujeito está inserido de modo a suprir as necessidades do mesmo. Apesar do estigma que a pessoa idosa carrega e das múltiplas representações sociais negativas, a gerontologia aponta para as inúmeras capacidades de reserva que não são exploradas e passam despercebidas e, por isso, não valorizadas (BATISTONI, 2019).

A perspectiva multidisciplinar desta área de estudo abrange saberes psicológicos, sociológicos e biológicos, fundamentando-se como ciência em expansão, de maneira geral o envelhecimento tem atraído profissionais de diferentes áreas, segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2016) “é preciso pensar o envelhecimento de maneira mais ampla, não apenas biologicamente ou no âmbito psicossocial, mas como uma visão muito mais holística”. Com base nestes diferentes aspectos que o curso “Educação em saúde no processo de envelhecimento” foi oferecido, articulando estas áreas distintas, que entrecruzam no processo de discussão do envelhecimento ativo em direção às questões que cercam este conceito.

Por meio de encontros semanais e participações em fóruns, a população de meia-idade e idosa, maior atingida pelo distanciamento da Pandemia de Covid-19, conseguiu criar

um espaço acolhedor e participativo, onde os cursistas puderam compartilhar e construir coletivamente o processo de aprendizagem, encontrando apoio e motivação na participação do coletivo. O grupo participante do curso assumiu forma bastante heterogênea, desde a idade, com pessoas de 18 a 70 anos, e em profissões: empregado doméstico, motoboy, professor, geólogo, psicólogo, nutricionista, enfermeiro, estudante, e etc., comprovando o caráter multidisciplinar do interesse acerca do envelhecimento.

Dentro do escopo biológico, distintas pesquisas têm sido dedicadas à função da neuroplasticidade, a qual atua sobre as perdas neuronais - característica de um processo natural de envelhecimento - como forma de promover novas sinapses, novas interconexões, que operam o armazenamento de novas memórias, desde que mantido ou criado novos estímulos capazes de promover tal reação, essa função atua como compensadora das perdas neuronais, pavimentando o caminho de um rendimento saudável das funções cognitivas (REHFELD et al., 2018).

Neste sentido, a estimulação da neuroplasticidade serve de meio para uma proliferação neuronal que atua junto ao cérebro para recuperar determinada função que foi precarizada por um processo de adoecimento físico, mental ou de consequência social, com relação aos participantes, 6,1% deles, com idade entre 54 e 66 anos, relataram ter algum tipo de deficiência (SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009). Do ponto de vista dos estigmas sociais, que limitam a capacidade de aprender uma nova tarefa, ou idioma, assumir uma nova função, ou papel social do idoso, de forma atuante dentro da sociedade, a neuroplasticidade é a resposta científica a esses antigos preconceitos. Com o estímulo adequado ao seu momento histórico qualquer sujeito, em qualquer idade, é capaz de desenvolver uma nova habilidade (BATISTONI, 2009).

A exemplo disto, a medida de isolamento físico recomendada pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021) para a contenção do estado pandêmico provocada pela disseminação do vírus Sars-CoV-2, vulnerabiliza a população idosa ao suprimir seu contato com o meio social e restringir ou diminuir suas atividades desenvolvimentais, sendo necessário a adoção de ações apropriadas ao contexto atual de distanciamento (FIOCRUZ, 2020). Assim sendo, o meio remoto se mostrou o mais adequado para as ações educativas, como as propostas na presente obra, além de contribuir conjuntamente para um ambiente de participação coletiva e de interação social.

A proposta do curso foi abranger três dimensões voltadas para a manutenção e promoção de saúde, sendo elas: a) Promoção de atividade física: o primeiro módulo voltou-se para o estímulo à realização de exercícios físicos como fator de importante contribuição à manutenção e promoção de saúde. Foram compartilhados resultados de estudos científicos acerca dos melhores e mais eficazes exercícios a serem realizados pela população idosa e redução do comportamento sedentário; b) Educação alimentar e nutricional: a promoção da educação alimentar e nutricional entra como um fator de autocuidado para a população idosa, às vezes, atravessada por processos de saúde-doença

que exigem acompanhamento nutricional. Estimular hábitos alimentares mais saudáveis, visando à preservação, manutenção e promoção da qualidade de vida, torna-se, portanto, necessário; c) Psicologia do envelhecimento: o terceiro módulo buscou priorizar a saúde mental da população idosa como dimensão indispensável de continuação do projeto de ser do idoso e da sua subjetividade, afetada por inúmeros fatores como os sociais, históricos e culturais. De maneira sintética, na sequência, será apresentada uma síntese dos modelos.

O módulo Promoção da Atividade Física pautou-se na apresentação de diversas formas de atividade física (no tempo livre, no deslocamento, no trabalho e nas tarefas domésticas) e exercício físico (TEIXEIRA et al., 2019), orientando o tempo ideal semanal (150 minutos) para a redução do comportamento sedentário (BRASIL, 2021) e os impactos que a prática regular tem na capacidade funcional gerando independência e autonomia e como reflete nos aspectos afetivos e sociais da pessoa idosa e sua atuação na sociedade, conforme premissa do Envelhecimento Ativo proposto pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002). As interações, orientações e práticas realizadas que aconteceram ao longo do curso subsidiaram um processo de ensino-aprendizagem significativo e também visaram a motivação para uma vida mais salutar e ativa.

Já o módulo de Educação Alimentar e Nutricional foi planejado para problematizar as melhores escolhas alimentares, pautando-se nas recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (2014), do Ministério da Saúde. O guia utiliza conceitos sobre o grau de processamento industrial dos alimentos, a partir do qual é possível sensibilizar o olhar para identificar quais alimentos foram extremamente modificados e adicionados de compostos químicos artificiais. No entanto, utilizando-se das linhas de pensamento da Educação Popular em Saúde, baseadas no pensamento Freiriano, deixou-se espaço para o livre diálogo, o que permitiu que a(o)s participantes compartilhassem seus hábitos e conhecimentos em alimentação e nutrição, bem como permitiu a inserção de uma série de temáticas novas, as quais emergiram das perguntas feitas pela(o)s participantes. Exemplos de temas que surgiram foram: quais as melhores panelas para se cozinhar alimentos, rotinas alimentares de pessoas diagnosticadas com diabetes, recomendações para prevenir a hipertensão, produtos saudáveis não convencionais (como o mel da bracatinga), vegetarianismo, aproveitamento integral de alimentos e dicas para a leitura cuidadosa dos rótulos de alimentos industrializados. Vale ressaltar que a Educação Alimentar e Nutricional é uma das principais estratégias para a promoção da alimentação adequada e saudável, não consistindo apenas em manter as pessoas informadas sobre uma alimentação saudável, mas parte do princípio de que deve haver mudança de comportamento por parte da comunidade para que a mudança seja efetiva. Além de promover a mudança de comportamento, esse tipo de ação também capacita outras pessoas a serem promotores de saúde em sua comunidade, portanto. Por sua vez, sujeitos que lidam diretamente com a comunidade podem propagar os ensinamentos recebidos e contribuir para melhorar o comportamento alimentar e os meios para acessar alimentos saudáveis em sua comunidade

(Brasil, 2012).

Em se tratando do último módulo deste curso, o mesmo teve como foco a Psicologia com vistas à reflexão sobre o processo envelhecimento ancorado na promoção do bem estar. Tal abordagem do tema buscou priorizar análises sobre o processo de subjetivação, o projeto de vida, a inclusão social e a saúde mental da população idosa compreendidos em sua complexidade, à luz de inúmeros fatores biopsicossociais (MAIA, 2017). Neste sentido, o curso proposto foi endereçado a uma demanda no campo da gerontologia com vistas à problematização de interfaces de ordem física, social e psicológica atrelados ao processo desenvolvimento com enfoque na população idosa, almejando a promoção de saúde e qualidade de vida na velhice em nível subjetivo e sistêmico (NERI, 2014). Entre os principais temas problematizados ao longo dos encontros deste módulo foram contemplados: o processo de Envelhecimento Ativo em sua interface com estigmas, representações sociais desqualificantes da pessoa idosa e a indústria da perfeição (vinculada imagetivamente à juventude); as contribuições teóricas da Psicologia com foco no Envelhecimento no processo formativo de distintos profissionais da saúde responsáveis pelo atendimento da população idosa; a dimensão psicológica de políticas públicas brasileiras endereçadas ao processo de envelhecimento; recursos psicológicos colocados em movimento no processo de envelhecimento ativo; a centralidade da rede social significativa no acolhimento do sujeito que envelhece; atenção ao sofrimento psíquico, promoção de saúde e estímulo à memória de pessoas idosas na pandemia de Covid-19.

Em resposta ao mapeamento realizado no início do curso, 92,9% da(o)s participantes consideram que cuidar da saúde mental é um fator de promoção de saúde, bem como 77,6% reconhecem a importância de se manterem fisicamente ativos no processo de envelhecimento e, para isso, mantém uma rotina de exercícios físicos. No que se refere à saúde mental da pessoa idosa, a vivência de um processo de envelhecimento ativo constitui um potencial e ao mesmo tempo um desafio inquietante a ser problematizado. Sendo assim, o presente curso mobilizou reflexões sobre o fenômeno buscando transcender um mero processo de compartilhamento de saberes científicos, também preconizando a formação de laços de afeto entre a(o)s participantes e colaboradora(e)s, a(o)s quais cooperaram para o tecimento e manifestação de sentimentos atrelados ao pertencimento grupal, sentimentos estes que também atuaram como fator de proteção da saúde mental deste coletivo. Tal fenômeno é ilustrado pela fala de uma das cursistas, citada a seguir:

Muito obrigada meninas, vocês todas são muito especiais, pra mim é uma benção ter conhecido vocês. Estes encontros que vocês me deram a oportunidade de compartilhar com vocês, foi como me banhar em uma gostosa chuva de bons sentimentos (Concluinte do curso).

Os avanços tecnológicos das últimas décadas engendraram novas possibilidades de comunicação (Morato, 2017), impactando o cotidiano de imensos contingentes populacionais em todo o globo, mudando drasticamente os meios pelos quais nos

relacionamos e aprendemos. Entretanto, a população idosa é atualmente a mais afetada por esta transição do analógico para o digital (Flauzino et al, 2020). Portanto, é fundamental pensar em como essa população têm acesso aos meios digitais. Durante o mapeamento do perfil da(o)s inscrita(o)s, foi possível verificar que 49,7% fazia uso de internet por meio de computadores domésticos, sendo o Whatsapp o aplicativo de comunicação empregado com maior frequência em comunicações orais. Quanto à modalidade de acesso à internet, a imensa maior parte da turma participava dos encontros deste projeto por meio de rede de internet doméstica, havendo como exceção o caso de uma participante que participava do curso fazendo uso da rede em seu local de trabalho.

Contudo, apesar de serem dados muito relevantes, faz-se necessária a sua relativização, posto que tal instrumento foi aplicado, justamente, por meios digitais e com um grupo que, de alguma maneira, acessou um projeto realizado remotamente. Sendo assim, tal inquérito não contemplou grupos alijados destes meios. Relativo à inclusão digital, apesar do grupo de participantes de alguma forma ter privilégios com relação ao acesso tecnológico, a familiarização com tais ferramentas foi favorecida ao longo da realização da presente atividade. Ao final do curso, a(o)s cursistas relataram facilidade em acessar as plataformas e esclarecer dúvidas de informática com as monitoras.

Em se tratando da avaliação do processo de ensino-aprendizagem, 39 dos 72 concluintes preencheram este instrumento, o qual abordava, entre outros pontos, uma autoavaliação sobre seu próprio engajamento nas atividades propostas. Toda(o)s os participantes concordaram que os tópicos de ensino propostos no início do curso foram contemplados, em relação à plataforma on-line utilizada, 71,8% consideraram que era de fácil acesso.

No que diz respeito à autoavaliação, 94,9% consideraram seu próprio engajamento como “alto” ou “muito alto”, bem como na totalidade das respostas houve concordância com relação à correspondência do projeto às expectativas da(o)s participantes. A partir deste instrumento, foi possível inferir que o processo de sistematização e execução do curso ao longo dos módulos contribuiu para aprendizagens significativas do grupo e interações potentes e respeitadas, assim cumprindo o seu objetivo em termos de acolhimento e democratização de saberes.

CONCLUSÃO

A extensão universitária é, além de um exercício de aprendizagem para os estudantes, uma forma de contribuir para sociedade, sabendo-se disto, é possível considerar que do ponto de vista mais amplo, os objetivos gerais deste projeto foram alcançados, pois permitiu atingir a população geral, e principalmente os idosos, trazendo discussões urgentes e necessárias presentes na sociedade contemporânea. Dialogar com os estes sujeitos, sobre educação em saúde no processo de envelhecimento é uma demanda atual

e a universidade precisa acompanhar estas discussões e efetivar contribuições.

Transcendo um olhar limitado à dimensão biológica da promoção da saúde, tal projeto extensionista, mediado pela democratização e exercício de saberes multidisciplinares potencializou, ainda que remotamente, ricos e complexos processos de interação social, aqui tomados como um relevante fator de desenvolvimento humano, o qual mostrou-se crítico no cenário de isolamento social atrelado à pandemia de COVID-19. A discussão sobre o “Envelhecimento Ativo” está diretamente ligada ao envelhecimento com qualidade de vida. Este debate ocupou de forma transversal os diferentes momentos do curso. O programa de extensão atuou como uma das ferramentas dedicadas à complexidade do processo de subjetivação, englobando na compreensão da saúde mental, distintos marcadores de opressão e recursos bio-psico-sociais que participam da ressignificação coletiva do processo de envelhecimento.

O envolvimento dos cursistas permitiu observar que os objetivos do curso, mesmo considerando os limites da pandemia e de cursos *online*, foram atingidos, tal como ilustrado pela fala de uma das concluintes do curso: “[...] Torço para que ele siga e possa beneficiar mais pessoas. É muito bom ver um projeto da universidade envolver membros da comunidade, assegurando seu caráter de pública, gratuita e de qualidade [...]”. Neste contexto, verificou-se, por meio do curso e dos processos desenvolvidos, a necessidade de outras ações e da continuidade de projetos desta natureza. Nesse sentido, faz-se mister uma ampliação e bem como o aprofundamento de estudos dedicados para esta parcela crescente da população, articulando ensino, pesquisa e extensão.

REFERÊNCIAS

ANTÓNIO, M. Envelhecimento ativo e a indústria da perfeição. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 1, p. 1-11, fev. 2020.

BATISTONI, S. S. Contribuições da Psicologia do Envelhecimento para as práticas clínicas com idosos. **Psicologia em Pesquisa**, v. 3, n. 2, p. 13-22, nov. 2009.

BRASIL. Lei No 10.741, de 1o de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 07 sep. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria** no 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 07 sep. 2021.

BRASIL. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.

DINIZ, E. G. M. et al. A extensão universitária frente ao isolamento social imposto pela COVID-19. **Brazilian Journal of Development** v. 6, n. 9, p. 72999-73010, sep. 2020.

FIOCRUZ. **Orientação para estimular a memória de pessoas idosas na pandemia de Covid-19. Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <<http://biblioteca.cl.df.gov.br/dspace/bitstream/123456789/580/1/Cartilha%20Cognicao.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2021

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira : 2016 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro : IBGE, 2016.

NERI, A. L. **O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento**. Temas em Psicologia, 14(1), 17-34, 2006.

MAIA, C. M. L. Identificação dos Determinantes do Envelhecimento Ativo na População de **Castelo Branco**. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, v. 2, n. 2, p. 159-174, nov. 2017.

MARTINS, S. Relato de uma experiência de ensino de língua italiana para a terceira idade: desconstruindo concepções e arquitetando uma nova visão de mundo. **Revista Trabalhos em Linguística Aplicada**, v. 56, n. 1, p. 117-137, out. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **COVID-19 e as Pessoas Idosas**. 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/envelhecimento-saudavel/covid-19-e-pessoas-idosas>>. Acesso em: 07 sep. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Marco de Referência sobre a Dimensão Comercial dos Determinantes Sociais da Saúde na Agenda de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis. 2020. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52975>>. Acesso em: 12 mai. 2022.

REHFELD, K.; LÜDERS, A.; HÖKELMANN, A.; LESSMANN, V.; KAUFMANN, J.; BRIGADSKI, T.; MÜLLER, N. G. **Dance training is superior to repetitive physical exercise in inducing brain plasticity in the elderly**. Plus One, 1-15, 2018.

SANTOS, M. D. Velhice: uma questão psico-social. Temas em Psicologia, 123-131, 1994.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **I Convenção de Gerontologia reúne representantes de diferentes áreas do envelhecimento**. dez. 2016. Disponível em: <https://sbgg.org.br/i-convencao-de-gerontologia-reune-representantes-de-diferentes-areas-do-convenca-area-nvelhecimento/>. Acesso em: 15 out. 2021.

TAVARES, C. N.; MENEZES, S. F. **Envelhecimento e modos de ensino-aprendizagem**. Uberlândia: EDUFU, 2020

TEIXEIRA, Denilson de Castro et al. **Orientações para um estilo de vida mais ativo**. Londrina: UEL, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). UN **decade of Healthy Ageing**. 2020a. Disponível em: <<https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>>. Acesso em: 19 jul. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19**. 2021b. Disponível em: <<https://www.who.int/publications-detail/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>>. Acesso em: 20 jul. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Active Ageing: A Policy Framework**. 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 07 sep. 2021.

CAPÍTULO 14

REFLEXÕES SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE PARA PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

Data de aceite: 03/10/2022

Data de submissão: 04/08/2022

Rafael Rodolfo Tomaz de Lima

Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Departamento de Saúde Coletiva
Natal – RN
<https://orcid.org/0000-0003-0647-5093>

Luiz Roberto Augusto Noro

Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Departamento de Odontologia
Natal – RN
<https://orcid.org/0000-0001-8244-0154>

RESUMO: A atenção à saúde consiste em um conjunto de iniciativas sociais, técnicas e científicas para o atendimento das necessidades de saúde individuais e coletivas. Portanto, refletir sobre a atenção à saúde consiste em analisar as políticas públicas expressas, entre outras coisas, em planos, projetos, programas, pesquisas e ações para transformar determinada realidade. Com o aporte de artigos, capítulos, livros e normativas institucionais, o presente capítulo objetiva contribuir com a reflexão crítica acerca da atenção à saúde para pessoas travestis e transexuais brasileiras. Durante 30 anos (1971 a 2001), a atenção à saúde para travestis e transexuais pautou-se somente pela conduta médica e realização de cirurgias para transformações corporais. O primeiro marco que aborda a integralidade à saúde de travestis e transexuais é a Resolução

1.652/2002 do Conselho Federal de Medicina. Em 2008, o Ministério da Saúde criou o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde, sendo a primeira política de saúde específica para pessoas travestis e transexuais. No que diz respeito a outras iniciativas, em 2011 foi publicada a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Porém, essa Política Nacional de Saúde reconhece parcialmente as necessidades de saúde de travestis e transexuais. Apesar dos avanços no campo da Saúde Coletiva, no contexto brasileiro ainda há um forte predomínio de uma visão médica sobre a travestilidade e a transexualidade, definindo-as como anormalidades e orientando as políticas de atenção à saúde para as pessoas travestis e transexuais. É preciso rever a organização da atenção à saúde para tais pessoas, visto que as identidades travestis e a transexuais ainda são passíveis de um diagnóstico médico.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção à Saúde; Saúde das Minorias; Travestilidade; Transexualidade; Sistema Único de Saúde.

REFLECTIONS ON HEALTH CARE FOR TRANVESTITES AND TRANSEXUALS

ABSTRACT: Health care consists of a set of social, technical and scientific initiatives to meet individual and collective health needs. Therefore, reflecting on health care consists of analyzing public policies expressed, among other things, in plans, projects, programs, research and actions to transform a given reality. With the contribution of articles, chapters, books and institutional regulations, this chapter aims to contribute to critical reflection on health care

for Brazilian transvestites and transsexuals. For 30 years (1971 to 2001), health care for transvestites and transsexuals was guided only by medical conduct and performing surgeries for body transformations. The first milestone that addresses the integrality of the health of transvestites and transsexuals is Resolution 1652/2002 of the Federal Council of Medicine. In 2008, the Ministry of Health created the Transsexualization Process in the Unified Health System, being the first specific health policy for transvestites and transsexuals. With regard to other initiatives, in 2011 the National LGBT Comprehensive Health Policy was published. However, this National Health Policy partially recognizes the health needs of transvestites and transsexuals. Despite advances in the field of Public Health, in the Brazilian context there is still a strong predominance of a medical view on transvestites and transsexuals, defining them as abnormalities and guiding health care policies for transvestites and transsexuals. It is necessary to review the organization of health care for such people, since transvestite and transsexual identities are still subject to a medical diagnosis.

KEYWORDS: Health Care; Minority Health; Transvestism; Transsexualism; Unified Health System.

1 | INTRODUÇÃO

Este capítulo foi elaborado em agosto de 2022 e é um recorte da revisão de literatura que integra uma Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, desenvolvida na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Sem a pretensão de realizar uma análise exaustiva, buscou-se recuperar arquivos para contribuir com a reflexão crítica acerca da atenção à saúde para pessoas travestis e transexuais brasileiras. Para tanto, a tessitura do presente texto foi construída com o aporte de artigos, capítulos, livros e normativas institucionais, selecionados a partir de buscas manuais em bases de dados e visitação a arquivos virtuais e impressos pertencentes ao autor principal.

2 | A ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Para além do cuidado ofertado por profissionais de saúde, a atenção à saúde consiste em um conjunto de iniciativas sociais, técnicas e científicas para o atendimento das necessidades de saúde individuais e coletivas (GIL; MAEDA, 2013; PAIM, 2017). Ainda de acordo com Gil e Maeda (2013), refletir sobre a atenção à saúde consiste em analisar as políticas públicas elaboradas por órgãos governamentais e expressas, entre outras coisas, pelo desenvolvimento de planos, projetos, programas, pesquisas e ações para transformar positivamente determinada realidade.

No contexto da saúde pública brasileira, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, fortemente impulsionada pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, pelas propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 e pela Constituição Federal de 1988, foi capaz de promover a reorganização do sistema de saúde e proporcionar mudanças na concepção de políticas públicas e sociais até então vigentes no país (PAIM,

2009). Cabe destacar que antes do advento do SUS, as políticas de saúde não atendiam de forma equânime as demandas da população, sendo reflexos dos diferentes períodos históricos e contextos socioeconômicos que conformam a estrutura social excludente do Brasil.

De um modo geral, os modelos de atenção à saúde que antecedem o SUS (modelo sanitário campanhista, modelo médico assistencial previdenciário e modelo médico privatista), eram norteados pelo desenvolvimento de práticas de saúde centradas na assistência médica individual, especializada e privada, bem como em ações curativas no âmbito dos serviços de saúde de média e alta complexidade. Ademais, as pessoas que não eram assalariadas, não moravam em áreas urbanas e que não podiam arcar com os custos da assistência privada, sendo a maioria da população brasileira, eram atendidas em serviços filantrópicos e de caridade (MENDES, 1996; GIL; MAEDA, 2013; PAIM, 2017).

Diante disso, as críticas elaboradas por pesquisadores e sanitaristas apontavam a necessidade de conceber um sistema de saúde universal, contando com a descentralização dos serviços de saúde, humanização do cuidado e promoção da atenção integral à saúde (GIL; MAEDA, 2013). Segundo Fertonani *et al.* (2015), para permitir que a saúde seja um direito de todas as pessoas brasileiras, o SUS é orientado por princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e por princípios organizativos (regionalização e hierarquização; descentralização e comando único; e participação social). No cotidiano das práticas de saúde, a integralidade também implica no exercício da alteridade, obrigando a pensar no outro, de tal modo que essa ação resulte na garantia do acesso universal e equânime, assim como na boa qualidade do cuidado prestado (MOTTA, 2016).

Todavia, a população brasileira ainda enfrenta desafios para ter o direito à saúde, assegurado constitucionalmente pelo Estado, de forma integral, visto que as suas necessidades de saúde não são reconhecidas por completo (MORAES *et al.*, 2011). As necessidades não são somente de ordem biológica, nem tampouco homogêneas. Elas sempre irão variar, tornando-se amplas e diversificadas e dependerão das possibilidades de viver de cada sujeito, bem como das oportunidades de acesso aos serviços dos setores saúde, educação, trabalho, habitação, alimentação etc. (CECILIO, 2006; PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014; MENDES-GONÇALVES, 2017).

Para travestis e transexuais, por exemplo, o acesso aos serviços de saúde, uma forma de garantir a atenção à saúde, torna-se ainda mais difícil em virtude do processo discriminatório que essas pessoas enfrentam pelo simples fato de romperem com o padrão hegemônico de identidade de gênero, onde masculinidade e feminilidade são definidas exclusivamente pela anatomia dos órgãos genitais (POPADIUK *et al.*, 2017). Pessoas travestis e transexuais não delimitam a identidade de gênero ao sexo biológico determinado ao nascer, respeitando tanto a auto identificação, como também os intercruzamentos entre as categorias de gênero e de sexualidade (BENTO, 2012; ROCON *et al.*, 2017).

3 | INTERFACES ENTRE TRAVESTILIDADE, TRANSEXUALIDADE E ATENÇÃO À SAÚDE

De acordo com Arán *et al.* (2009) e Almeida e Murta (2013), apesar da transexualidade ser um fenômeno reconhecido no âmbito internacional desde o final do século XIX, as questões relacionadas às identidades transgêneras na saúde pública brasileira passaram a ter visibilidade a partir de 1971, quando ocorreu a primeira cirurgia de transgenitalização no território brasileiro (Quadro 1).

Ano	Marco
1971	Ocorre em São Paulo a 1ª cirurgia de transgenitalização realizada no Brasil. O Conselho Federal de Medicina (CFM) interpretou o ato como lesão corporal, motivando uma ação judicial contra o responsável pela cirurgia, o médico Roberto Farina.
1979	O CFM é consultado e se posiciona favorável ao enxerto de prótese de silicone (mamoplastia de aumento) em pessoas transexuais.
1997	Por meio da Resolução 1.482, o CFM aprova, em caráter experimental, as cirurgias de redesignação sexual nos hospitais públicos universitários do Brasil.
1998	Ocorre legalmente em Campinas, São Paulo, a primeira cirurgia de transgenitalização no Brasil.
2001	O Ministério Público Federal cria uma ação para incluir os procedimentos transgenitalizadores na Tabela de Procedimentos e Pagamentos do SUS, nos termos da Resolução 1.482/1997 do CFM. Além de judicializar as demandas das pessoas trans, reafirmou-se a patologização das identidades trans como justificativa para a inclusão desses procedimentos na referida Tabela.
2002	Por meio da Resolução 1.652, o CFM recomenda que o processo transexualizador deva ocorrer em serviços de referência habilitados para a atenção integral à saúde das pessoas que dele necessitem, implantado de maneira articulada entre o Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.
2003	O Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde recomenda, entre outras diretrizes, promover ações de educação permanente para qualificar trabalhadores (as) da saúde. A humanização do atendimento e a não discriminação à população LGBT são alguns conteúdos considerados prioritários para serem abordados nessas ações de educação permanente em saúde.
2004	O Governo Federal cria o Programa Brasil sem Homofobia, incentivando, por meio de ações intersetoriais, o combate à violência e à discriminação por orientação sexual e identidade de gênero.
	Por meio da Portaria 2.227, o Ministério da Saúde estabelece o Comitê Técnico para propor a formulação da Política Nacional de Saúde da População LGBT.
2005	O Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) realiza a I Jornada Nacional sobre Transexualidade e Assistência Pública no Brasil. Na ocasião, discutiu-se, entre outras questões, o diagnóstico e tratamento da transexualidade, havendo as primeiras recomendações para a organização de serviços para a atenção integral de travestis e transexuais no SUS.
2006	O Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicam a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, mencionando de forma explícita o direito ao atendimento humanizado e livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero para todas as pessoas usuárias do SUS.
	O Ministério da Saúde, por meio do Comitê Técnico sobre a Saúde da População LGBT, em parceria com representantes do Coletivo Nacional de Transexuais, trabalhadores (as) do SUS e pesquisadores (as), realiza reunião para discutir o Processo Transexualizador no SUS.

2007	A Terceira Turma do Tribunal Regional Federal (TRF) da 4ª Região (Rio Grande do Sul) decide ser a favor do custeio, por meio do SUS, das cirurgias de transgenitalização em casos de transexualidade. Posteriormente, a Advocacia Geral da União entra com pedido de Suspensão de Tutela Antecipada contra tal decisão no Supremo Tribunal Federal (STF).
	A então Ministra do STF, Ellen Gracie, decide pela suspensão da decisão do TRF, a qual determinava à União um prazo de 30 dias para tomar todas as medidas necessárias para realização desse procedimento no SUS.
2008	O Ministério da Saúde publica a Portaria 1.707, que define as diretrizes nacionais para o Processo Transexualizador no SUS, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitando as competências das três esferas de gestão.
	O Ministério da Saúde publica a Portaria 457, que aprova a regulamentação do Processo Transexualizador no âmbito do SUS.
2009	O Governo Federal lança o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. O Plano, elaborado por uma Comissão Técnica Interministerial, busca fortalecer o Programa Brasil sem Homofobia e desenvolver políticas públicas para mitigar as iniquidades e potencializar os direitos da população envolvida.
	O Ministério da Saúde publica a Portaria 1.820, que dispõe sobre os direitos e deveres dos (as) usuários (as) do SUS. Essa normativa determina que toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude da raça, cor de pele, sexualidade, identidade de gênero, condições socioeconômicas etc. A mencionada Portaria também garante o uso do nome social em qualquer documento do (a) usuário (a) do SUS.
2011	O Ministério da Saúde publica a Portaria 2.836, que institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.
2012	A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde realiza um seminário para discutir os rumos do Processo Transexualizador no SUS como uma política pública de saúde, em face ao movimento internacional “ <i>Stop Trans Pathologization</i> ”.
2013	O Ministério da Saúde publica a Portaria 2.803, que redefine e amplia o Processo Transexualizador no SUS.
2015	O Ministério da Saúde lança o livro <i>Transexualidade e Travestilidade na Saúde</i> , sendo fruto da compreensão sobre a importância da integralidade da atenção à saúde para a população LGBT e do reconhecimento da orientação sexual e da identidade de gênero como fatores de vulnerabilidade para a saúde.

Quadro 1. Sistematização de marcos históricos e institucionais acerca da atenção à saúde para travestis e transexuais no Brasil. Natal, Brasil, 2022.

Fonte: Arán *et al.* (2009); Lionço (2009); Almeida e Murta (2013); Brasil (2015); Rocon *et al.* (2016).

Em observância ao quadro acima (Quadro 1), percebe-se que durante trinta anos (1971 a 2001), as questões relacionadas à saúde da população travesti e transexual brasileira, já que para algumas ações e programas de saúde essa diferenciação entre as identidades de gênero não está tão explícita, pautavam-se quase que exclusivamente pela conduta médica e pela realização de procedimentos cirúrgicos para transformações corporais. Nessa perspectiva, o saber médico, em especial a psiquiatria, juntamente com a psicologia e a psicanálise, ganha um protagonismo indevido para lidar com as transições de gênero e, de certo modo, passa a tratar esses processos transitórios como transtornos psiquiátricos (ARÁN *et al.*, 2009; ALMEIDA; MURTA, 2013).

Destaca-se que a partir de 1997, quando o CFM aprova em caráter experimental as cirurgias de redesignação sexual nos hospitais públicos universitários brasileiros, vários serviços começaram a ser estruturados em face à busca de pessoas travestis e transexuais para realizar tais procedimentos (ALMEIDA; MURTA, 2013). Ainda de acordo com Almeida e Murta (2013), o primeiro marco normativo que irá trazer na sua concepção a preocupação acerca da integralidade da atenção à saúde para travestis e transexuais no SUS é a Resolução 1.652, publicada pelo CFM em 06 de novembro de 2002.

Conforme a referida Resolução do CFM, a atenção à saúde para as pessoas travestis e transexuais não deve estar centrada apenas na oferta de procedimentos cirúrgicos de transgenitalização e demais intervenções. Para além de uma meta terapêutica e procedimental, a atenção à saúde para travestis e transexuais deve ser humanizada, na perspectiva de promover um cuidado livre de discriminação, incluindo a sensibilização de trabalhadores (as) da saúde para o respeito à diversidade de gênero e à dignidade humana (BRASIL, 2002).

Seis anos depois, a partir da articulação entre o movimento social representativo de pessoas travestis e transexuais no Brasil e a gestão do Ministério da Saúde, bem como de algumas ações judiciais e do desenvolvimento de estudos sobre identidade de gênero e saúde nas Ciências Sociais e Humanas, na Saúde Coletiva e na Bioética, foi possível desencadear a criação e regulamentação do programa Processo Transexualizador no SUS. A Portaria 1.707, que define as diretrizes nacionais para o mencionado programa, reconhece a travestilidade e a transexualidade como condicionantes e determinantes da situação de saúde e que as transformações corporais significam um desejo de viver, representando um grande avanço para a promoção da saúde de pessoas travestis e transexuais (BRASIL, 2008; ROCON *et al.*, 2018).

Segundo Rocon *et al.* (2018), a Portaria 457 regulamentou a realização de procedimentos “masculino para feminino”, tais como a retirada do pomo de Adão, alongamento das cordas vocais e a vaginoplastia. Em 2013, com a ampliação do Processo Transexualizador no SUS, por intermédio da Portaria 2.803, os procedimentos “feminino para masculino”, tais como mastectomia, histerectomia e neofaloplastia, foram incorporados ao sistema de saúde brasileiro.

Para além de cirurgias transgenitalizadoras, o Processo Transexualizador no SUS também garante a assistência endocrinológica e dermatológica, por exemplo, para pessoas travestis e transexuais. Todavia, essa informação ainda não é tão difundida para o seu público-alvo e nem de tão fácil acesso, em especial pela limitação profissional (ALMEIDA; MURTA, 2013).

Pessoas travestis e transexuais podem tornar-se usuárias do Processo Transexualizador no SUS desde o momento em que buscam um estabelecimento público de saúde e expressam as suas demandas de modificação corporal, representando uma necessidade de saúde e de construção identitária. Entretanto, o acesso condicionado ao

diagnóstico médico faz com que nem todas sejam consideradas usuárias, tornando-se seletivo.

Até 2008, ano em que o Processo Transexualizador foi instituído no SUS, não havia qualquer política pública de saúde específica para pessoas travestis e transexuais (ROCON *et al.*, 2020). Porém, o contexto excludente e vulnerável em que essas pessoas estão inseridas, marcado pelo sofrimento desde a infância e interdição aos direitos humanos, demanda ao poder público outras ações.

No que diz respeito a outras iniciativas na área da saúde, em 2011 o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, através da Portaria 2.836, que, entre outras conquistas, normatizou o uso do nome social de travestis e transexuais no âmbito do SUS (BRASIL, 2011), garantido desde 2009 pela Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Apesar dessa decisão tomada pela gestão máxima do SUS, estudos revelam que a citada normativa não vem sendo efetivada no cotidiano dos serviços de saúde, fazendo com que pessoas travestis e transexuais enfrentem dificuldades para ter uma atenção integral e humanizada à saúde (ROCON *et al.*, 2018; ROCON *et al.*, 2020; FERREIRA; BONAN, 2020).

Entre as limitações da Portaria que institui a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, estudos destacam: não são evidentes as atribuições e as competências das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; a possibilidade de efetivação da política de saúde de forma regionalizada é restringida pelos limites do pacto federativo; há uma concentração dos serviços habilitados para a oferta dos procedimentos previstos no Processo Transexualizador nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste; os recursos financeiros e a força de trabalho das unidades de saúde especializadas são limitados para o atendimento da crescente demanda; o acesso de novos (as) usuários (as), na maioria dos serviços, é extremamente limitado; o controle social não atua de maneira eficaz nos estabelecimentos de saúde prestadores de serviços às pessoas travestis e transexuais; e há pouco envolvimento dos demais setores do Ministério da Saúde e das demais políticas sociais com o tema (ALMEIDA; MURTA, 2013; SENA; SOUTO, 2017; POPADIUK *et al.*, 2017).

Outrossim, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT pode reconhecer parcialmente as necessidades específicas e identitárias de pessoas travestis e transexuais, pois apesar da existência de intercruzamentos entre as questões de gênero e sexualidade, elas demandam análises e investimentos diferentes (BAGAGLI, 2017; LIMA *et al.*, 2020).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos avanços no campo da Saúde Coletiva que nos levam a compreender a travestilidade e a transexualidade como fenômenos sociais, no contexto brasileiro ainda há um forte predomínio de uma visão médica sobre essas vivências identitárias, definindo-

as como anormalidades e orientando as políticas de atenção à saúde para as pessoas travestis e transexuais (ALMEIDA; MURTA, 2013). Como exemplo disso, Almeida e Murta (2013) ressaltam:

É importante esclarecer que, antes da cirurgia de transgenitalização, os/as usuários/as habitualmente passam no mínimo dois anos em acompanhamento pela Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria, até que recebam ou não o diagnóstico de “transexualismo”. É apenas a partir do momento em que dispõem de um laudo psiquiátrico com o referido diagnóstico que ingressam nas consultas regulares da urologia e de outros setores cirúrgicos a fim de que comecem as modificações corporais, que podem incluir a hormonioterapia feminilizante ou masculinizante e as cirurgias ditas complementares (ALMEIDA; MURTA, 2013, p. 393).

Sendo assim, é preciso rever a organização da atenção à saúde para pessoas travestis e transexuais no Brasil, visto que a construção da travestilidade e da transexualidade ainda é passível de um diagnóstico médico que, em grande parte, tenta classificar tais identidades em representações errôneas sobre o que é ser feminino ou masculino. Na contramão dessa situação, em 2019 a Organização Mundial da Saúde (OMS) oficializou a retirada da transexualidade da 11ª versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID). A transexualidade, assim como a travestilidade, passou a ser compreendida como uma condição relacionada à saúde sexual e classificada como incongruência de gênero, não mais como transtorno mental.

Como o assunto aqui debatido é complexo e não tão simples de ser analisado, torna-se difícil definir ou pensar um modelo de atenção único para pessoas travestis e transexuais (ALMEIDA; MURTA, 2013). Porém, é preciso desenvolver ainda mais pesquisas que analisem os demais aspectos relacionados à atenção à saúde da população travesti e transexual brasileira, bem como dialogar com indivíduos que vivenciam a transfobia e travestifobia cotidianamente, inclusive nos cenários do SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G.; MURTA, D. Reflexões sobre a possibilidade de despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 380-407, ago. 2013.

ARÁN, M.; MURTA, D.; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, abr. 2009.

BAGAGLI, B. P. O reconhecimento das identidades trans nas políticas públicas para além da cisnormatividade. In: OLIVEIRA, A. D.; PINTO, C. R. B. (Org.). **Transpolíticas públicas**. Campinas: Papel Social, 2017. p. 31-47.

BENTO, B. **O que é transexualidade?** 2ª ed. São Paulo: Brasiliense, 2012.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução n.º 1.652, de 06 de novembro de 2002.** Autoriza a cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2002. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-178-34-2002-11-06-1652#:~:text=RESOLVE%3A,tratamento%20dos%20casos%20de%20transexualismo>. Acesso em: 20 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.707, de 18 de agosto de 2008.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html. Acesso em: 20 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.836, de 01 de dezembro de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em: 19 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transexualidade e Travestilidade na Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-37562>. Acesso em: 30 jun. 2022.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** 6ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. p. 115-128.

FERREIRA, B. O.; BONAN, C. Abrindo os armários do acesso e da qualidade: uma revisão integrativa sobre assistência à saúde das populações LGBT. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1765-1777, mai. 2020.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015.

GIL, C. R. R.; MAEDA, S. T. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. (org.). **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem.** Barueri: Manole, 2013. p. 325-348.

LIMA, R. R. T.; FLOR, T. B. M.; ARAÚJO, P. H.; NORO, L. R. A. Análise bibliométrica de teses e dissertações brasileiras sobre travestilidade, transexualidade e saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00301131, ago. 2020.

LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Prática de saúde: processo de trabalho e necessidades. In: AYRES, J. R. C. M.; SANTOS, L. (org.). **Saúde, sociedade e história**. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 298-374.

MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na atenção básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 19-25, mar. 2011.

MOTTA, J. I. J. Sexualidade e políticas públicas: uma abordagem *queer* para tempos de crise democrática. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. spe, p. 73-86, dez. 2016.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. p. 547-573.

PAIM, J. S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. Análise da situação de saúde: o que são necessidades e problemas de saúde? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 29-40.

POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1509-1520, mai. 2017.

ROCON, P. C.; SODRÉ, F.; RODRIGUES, A. Regulamentação da vida no processo transexualizador brasileiro: uma análise sobre a política pública. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 260-269, jul./set. 2016.

ROCON, P. C.; SODRÉ, F.; ZAMBONI, J.; RODRIGUES, A.; ROSEIRO, M. C. F. B. O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 43-53, jan./mar. 2018.

ROCON, P. C.; WANDEKOKEN, K. D.; BARROS, M. E. B.; DUARTE, M. J. O.; SODRÉ, F. Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, e0023469, 2020.

ROCON, P. C.; ZAMBONI, J.; SODRÉ, F.; RODRIGUES, A.; ROSEIRO, M. C. F. B. (Trans)formações corporais: reflexões sobre saúde e beleza. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 521-532, abr./jun. 2017.

SENA, A. G. N.; SOUTO, K. M. B. Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 11, n. 1, p. 9-28, nov. 2017.

A PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA COMO UM FARDÃO

Data de aceite: 03/10/2022

Luana Gesser

Universidade Regional de Blumenau
Blumenau- SC
<http://lattes.cnpq.br/2558560289551052>

Sabrina Zimmermann

Universidade Regional de Blumenau
Blumenau- SC
<http://lattes.cnpq.br/9564100221800833>

Daniela Priscila Oliveira do Vale Tafner

Universidade Regional de Blumenau
Blumenau- SC
<http://lattes.cnpq.br/6783544163370283>

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória e prática tipo relato de experiência, através de visitas domiciliares com o objetivo de entender o dia-a-dia do profissional de enfermagem dentro da ESF, conhecendo os trabalhos e tendo contato com pessoas da comunidade vivenciado as diferentes formas de família, seus modos, costumes e cultura, além de desenvolver o trabalho de conclusão do segundo semestre dos acadêmicos de enfermagem. Família é considerada a unidade básica de organização da sociedade, sendo ela de diversas formas, com muitas ou até mesmo uma pessoa, tendo seu objetivo criar vínculos entre indivíduos que compartilham afeto, respeito, confiança e bem-estar. Sr. MP o qual foi entrevistado, gostava de contar todas as suas histórias do passado, mas falar de família não é seu assunto predileto, para ele família é um fardo. O mesmo

gosta de viver na solidão, pois ela é sinônimo de paz. Analisando percebe-se que as coisas não ocorrem como imaginado, a visita domiciliar é muito necessária, o contato do profissional para com as pessoas leigas, principalmente idosos é importante pela troca de informações, para ajuda com o processo saúde-doença, e mostrando o quanto os hábitos e a higiene ambiental, pessoal e alimentar têm relação com a saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Família, Saúde, Visita domiciliar.

ABSTRACT: This is a qualitative, descriptive, exploratory and practical research type of experience report, through home visits with the objective of understanding the day-to-day of the nursing professional within the ESF, knowing the work and having contact with people from the Community experienced the different forms of family, their ways customs and culture, in addition to developing the conclusion work of the second semester of nursing students. Family is considered the basic unit of organization of Society, being it in different ways, with many or even one person, with its objective to create bonds between individuals who share affection, respect, trust and wellbeing. Mr MP. Who was interviewed liked to tell all his stories from the past, but talking about family is not his favorite subject, for him family is a burden. The same likes to live in solitude, as it is synonymous with peace. Analyzing it is clear that things do not happen as imagined the home visit is very necessary, the contact of the professional with lay people, especially the elderly, is important for the Exchange of information, to help with the health

disease process, and showing the how much environmental, personal and food habits and hygiene are related tho health.

KEYMORDS: Family; Health; Home visit.

INTRODUÇÃO

O termo família, que tem origem do latim famulus (criado, servidor), era utilizada originalmente ao conjunto de empregados de um senhor e, mais tarde, passou a ser usado para nomear um conjunto de pessoas que vivem numa casa, unidas por laços de sangue e submetidas à autoridade de um mesmo chefe (PRADO, 1986).

Na atualidade entende-se que família são pessoas que têm laços afetivos, independentemente do matrimônio religioso e civil, já que a união estável é reconhecida pela constituição brasileira como uma forma de família, vivem em um mesmo ambiente e convivem de forma flexível assegurando que influências externas negativas, como preconceitos, não prejudiquem o vínculo familiar (MARCON, 2109).

Entretanto de acordo com orientação disposta no Manual do SIAB (BRASIL, 1998), família pode ser definida como: [...] *o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado (a) doméstico (a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados.*

Família é considerada a unidade básica de organização da sociedade, sendo o local de transmissão de valores morais e sociais tendo um papel importante na formação e no desenvolvimento de cada indivíduo, através deste vínculo de compartilhamento são criadas relações de confiança, segurança, respeito, afeto, compreensão e bem-estar.

Para contemplar a saúde da população brasileira, o Brasil no ano de 1990 promulgou a Lei 8080/90, que rege o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual tem como objetivo promoção, prevenção e recuperação, sendo a saúde direito de todos e um dever do Estado. Para a concretização desse sistema, um dos métodos adotados para uma melhor contemplação da saúde da população é a criação da Estratégia de Saúde da Família no ano de 2007, com o objetivo de promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, trabalhando de forma multiprofissional, aproximando os profissionais e as famílias.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como uma das bases de cuidado a integralidade, que propõem a assistência ao ser humano como um todo, compreendendo que saúde não é apenas a fisiologia do corpo, mas é o resultado da história de vida, cultura, costumes, valores, família e relações sociais.

As famílias se destacam com considerada importância no que tange o cuidado a saúde, visto que falar de família é adentrar em um universo de experiências, inacabáveis e que promovem diferentes interpretações e recomeços (OHARA, 2014). Sendo essencial

para a promoção de um cuidado a pessoa o resgate a família e seu contexto de vida.

As concepções de famílias são construídas ao longo da história individual através das vivências que familiares, pessoais e profissionais. O resultado deste somatório é um conceito amplo que concebe relações de moradias e a relação com as pessoas (MARCON, 2019). Quando tais fatores são permeados por diferentes conjunturas sociais estes moldam este contexto que é condicionante aos laços afetivos, reciprocidade.

Estas questões internas e externas do contexto familiar repercutem nas questões sociais, individuais bem como a abordagem do profissional da enfermagem para a promoção do cuidado (MARCON, 2019).

Este trabalho foi realizado no ano de 2019 com a turma do segundo semestre de Enfermagem da Universidade Regional de Blumenau (FURB) com o objetivo de se inserir na realidade da ESF para a compreensão do vínculo criado entre a ESF e as famílias, além de entender as estruturas familiares. Para que isto aconteça da melhor forma, um dos métodos utilizados é a visita domiciliar realizado pelos Enfermeiros e Agentes Comunitário de Saúde da equipe deste ESF, que então foi realizado também pelas alunas de Enfermagem juntamente com a professora orientadora.

METODOLOGIA

Este trabalho é uma pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória e prática, tipo relato de experiência que foi realizada em uma ESF, na cidade de Blumenau localizada no Vale do Itajaí no estado de Santa Catarina. Esta pesquisa teve como objetivo se inserir na realidade de uma família e compreender as suas relações interpessoais e sociais, além do desenvolvimento do trabalho de conclusão do segundo semestre do curso de enfermagem.

Em setembro de 2019, a turma do segundo semestre da Enfermagem foi neste ESF para conhecer a estrutura, as atividades oferecidas para a população local e a Enfermeira responsável pela coordenação desta Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo dividida a sala em grupos, onde cada um ficou encarregado de visitar a família escolhida.

Foi realizada visitas domiciliares nos dias em três momentos diferentes do mês de outubro de 2019, no domicílio do Sr. MP, onde foi feita coletas de dados a partir de uma entrevista semielaborada em sala de aula, que foi gravada para não haver perca de dados, e desenvolvido, durante as visitas, o genograma. A pesquisa foi desenvolvida segunda a Resolução CNS 466/2012, obedecendo às diretrizes e normas reguladoras de pesquisas que envolvem seres humanos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em uma via, sendo assinada pelo participante da pesquisa e pesquisadoras responsáveis, assim como todas as páginas ser por questões éticas de sigilo, não foi revelado os nomes dos entrevistados. Os dados serão apresentados em forma de resultados e discussão do caso.

RESULTADOS

No primeiro momento percebemos que a residência se localiza em um terreno pequeno e de difícil acesso, além de haver outras casas muito próximas. Também observamos que havia uma desorganização e uma falta de higiene no ambiente e animais domésticos malcuidados que vivem em conjunto no domicílio. Ao entrarmos em uma conversa ele demonstrou ser uma pessoa sozinha que sente falta de conversar e contar suas histórias.

Neste mesmo dia, após a visita, encontramos com a Sra. N., onde nos apresentamos e informamos que iríamos fazer as visitas nas próximas semanas, aparentemente ela gostou e nos informou que estaria em casa nos esperando para participar da conversa na próxima semana. Após nos apresentarmos, conversamos entre nós acadêmicas do quanto ficamos surpresas em saber que a Sra. N vende trufas caseiras, devido a situação do ambiente no qual reside.

Na semana seguinte, ao chegarmos na casa, Sr. MP já estava nos esperando e nos recebeu. Ao iniciarmos a conversa, ele nos contou sua história, nascido em um navio em 1939, onde sua mãe faleceu no momento do parto e o pai não estava presente. Por ser uma criança órfã os portos não aceitavam seu desembarque, então na chegada no porto de Porto Alegre/RS os marinheiros tentaram fazer seu registro que foi malsucedido, somente na cidade de Pelotas/RS foi possível registra-lo. Como é necessário ter o nome dos pais no registro de nascimento, havia um casal registrando sua filha que acabara de nascer, os mesmos aceitaram registrar o Sr. MP. Contudo ele não ficou com a família, mas foi encaminhado para um orfanato local.

Com seus 8 anos ele fugiu do orfanato, já que não conseguia se relacionar bem com as outras pessoas. Então por muitos anos ele viveu em busca de trabalho para sua sobrevivência, para isto ele escolheu caminhar por países da América do Sul, onde teve diversas experiências de vida, atribuindo conhecimento sobre as culturas de cada povo.

Ao atingir a maioridade, em um de seus empregos como funcionário doméstico de uma senhora bem-sucedida e mais velha, Sr. MP acabou se apaixonando por ela, porém não foi uma paixão correspondida. Após um tempo a Sra. K faleceu e ele sentiu sua morte, segundo ele, como um divisor de águas.

Ao voltar ao Brasil, precisou resolver questões documentais em Pelotas/RS, e então teve que recorrer à família legal para obter a assinatura de um membro. Neste período residiu com os irmãos, já que os pais haviam falecido, sendo o seu primeiro contato com uma realidade de família que ele não estava acostumado. Com o falecimento dos pais o filho mais velho se tornou o anfitrião da casa, cuidando de seus irmãos mais novos, e consequentemente do Sr. MP, porém ele não aceitava essa ideia de receber ordens de alguém que ele mal conhecia, se tornando uma barreira para a criação de um vínculo familiar entre ele e os irmãos.

Diante disso, ele saiu da casa dos irmãos e foi trabalhar em uma plantação de arroz. Com o passar do tempo conheceu uma mulher que começou a se relacionar e decidiram registrar os 2 filhos dela onde ele assumiria a paternidade. Então tiveram seus outros 4 filhos do qual ele não teve muita convivência, já que estava a maior parte do tempo na plantação que demandava uma grande disponibilidade que, segundo ele, “não havia feriados e nem 25 de dezembro”. Na falta deste vínculo com seus filhos o Sr. MP relata que não aceitava a ideia de abandonar seus filhos, por isso esperou a filha mais nova completar a maioridade para sair de casa.

Através dessa decisão ele veio para Blumenau/SC em busca de um novo emprego e uma estabilidade de vida. Com o novo modo de vida ele acabou decidindo deixar sua família para trás, não permitindo qualquer forma de contato.

Já empregado, Sr. MP foi convidado a participar de uma festa de aniversário da filha de uma amiga do seu empregador. Ali conheceu a Sra. N que desde então começaram a conversar e a se relacionar, e continuam juntos a 17 anos, tendo um laço de família somente entre os dois, mesmo que ela tenha 2 filhas.

Durante o decorrer de todos esses anos eles residem próximo a família da Sra. N, mesmo com essa proximidade o Sr. MP não consegue criar vínculos com os familiares dela. Entende-se, com a sua fala, que não há trocas de afeto entre ele e os “vizinhos”, porém se eles o cumprimentarem ele corresponde, mas o mesmo não busca uma iniciativa ou uma forma de proximidade e diálogo.

A Sra. N demonstra preocupação com o fato dele não se relacionar com as pessoas e não sair de casa, pois de uma certa forma acaba também influenciando em algumas das atividades dela. Percebemos que estes fatores acarretam na saúde física, psicossocial e ambiental de ambos, já que ele não se propõe a sair de casa nem mesmo para ir ao ESF, de forma que os próprios profissionais não saibam de sua existência.

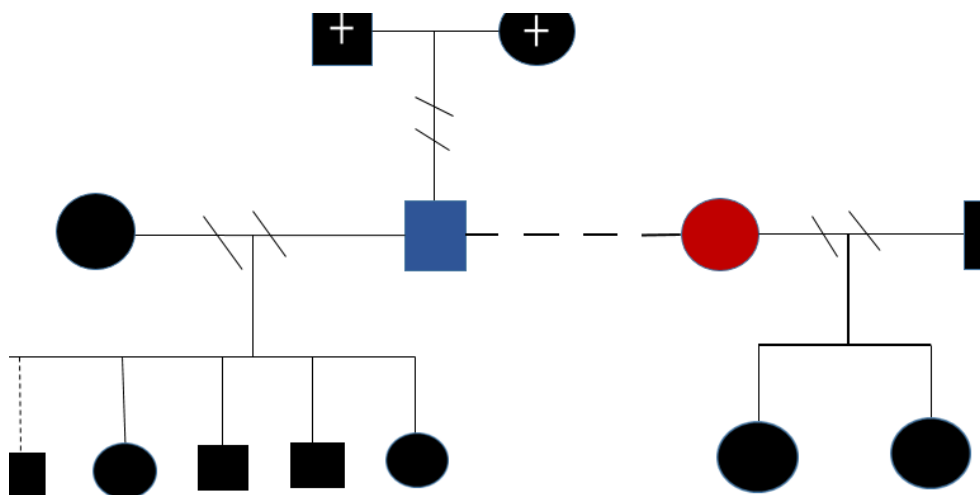
Ao abordarmos o assunto família, o assunto principal dessa pesquisa, Sr. MP tentou desviar inúmeras vezes sua fala sobre o tema, mas por tudo que nos contou, a sua fala mais marcante do que significa família para ele foi “família é apenas um fardo”. Contudo entendemos que ele sempre estava em busca de uma liberdade pessoal o que levou ele a deixar seus filhos para trás, mesmo que sua intenção não tenha sido abandoná-los, não criando vínculos com nenhuma pessoa.

É por isso que ele vê a solidão como “paz espiritual”, onde ele pode determinar seus pensamentos e reflexões como bem entender, não precisando justificar suas opiniões e ações para algum próximo. Por conta disso, nas suas limitações físicas atuais onde ele não pode mais andar indo em busca de novos conhecimentos, ele permanece a maior parte do seu tempo lendo livros digitas, permitindo-o conhecer novas culturas e o desprender da realidade.

Além do Sr. MP não querer mais contribuir com falas da sua relação familiar, houve um incidente em que na última visita realizada, descobrimos que haviam camundongos

vivendo em meio a ele, e o mesmo demonstrou já estar acostumado com a situação. Diante disso paramos com as visitas domiciliares e comunicamos a ESF do ocorrido e também pedimos um pouco da atenção pelo fato de haver outros animais na residência que não eram tão higienizados. Desta forma foi combinado uma última visita juntamente com o agente de saúde, enfermeiro e médico da UBS para se situarem do risco de doenças presentes e poderem passar a eles orientações para com os cuidados.

Abaixo apresentamos o Genograma da estrutura família do Sr. MP:



Em azul está caracterizado o Sr.MP e em vermelho a Sra. N.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada através de visitas domiciliares na ESF, com o objetivo de mostrar aos acadêmicos como funciona o trabalho de enfermeiro dentro deste âmbito, e trazer a realidade das formas diferentes de família. Entre todos estes acompanhamentos, nós acadêmicas, entendemos a importância do profissional realizando as visitas, pois o contato com as pessoas e as famílias os ajuda a viver de forma mais saudável e com uma boa qualidade de vida e saúde.

Família é algo que não tem uma só descrição, todos são aceitos e respeitados, através dela é que são criados vínculos e laços, é aí que começam os primeiros contatos e trocas de respeito entre pessoas. Em uma observação entende-se que é muito importante que os seres humanos convivam e troquem experiências com outros, pois viver só, nem sempre é algo bom, de certa forma mesmo não parecer ser um problema em um primeiro momento, ao decorrer do tempo poderá mostrar, principalmente relacionado a saúde mental.

Através destas visitas foi visto que nem tudo ocorre como imaginamos. Ao chegarmos na residência fomos bem recebidas, mas notamos que a residência do Sr. MP não era tão bem cuidada. Nas semanas que tivemos mais conversas, gostaríamos que ele passasse mais informações para a gente sobre família, porém para ele família é apenas um fardo, e a única pessoa importante é a Sra. N, que o mesmo relata “ser seu mundo”.

Analisamos que o Sr. MP não tem contato com outras pessoas, e não sente falta disso, mesmo nos contando tantas histórias do seu passado. A casa pequena, toda fechada, para ele é algo bom, mas como acadêmicas da área de saúde observando a situação, acaba afetando na relação saúde-doença. Ele fuma dentro de casa, fica com os cachorros que acabam não sendo bem higienizados e também camundongos os quais ele relata ser normal.

Por conta do observado, além de pedirmos uma visita domiciliar para o médico do ESF, fizemos uma última visita para o Sr. MP onde lhe entregamos um folder educativo, realizados por nós mesmas (anexo 2), e conversamos sobre os seus cuidados, com a casa e de seus animais de estimação.

Portanto entendemos que a visita domiciliar é um pilar muito importante no trabalho de saúde da família, porém depende de o indivíduo ter uma abertura para com o profissional de saúde, como no caso do Sr. MP, ele gostava das conversas durante as visitas, mas não gostava da ideia de pensar em família e saúde.

Para o ser humano crescer, desenvolver-se, realizar sonhos é imprescindível a saúde, que conforme a Organização Mundial da Saúde define que, não se caracteriza apenas pela ausência de doença, mas se consiste em um estado de bem estar físico, mental e social, sendo essencial a construção de laços afetivos e redes de apoio.

Além do valor emocional, culturalmente a concepção de família tem um impacto social significativo para o ser humano, principalmente pela diversidade das representações familiares. Como futuras enfermeiras se faz necessário compreender as diversas formas de constituição de família, visualizar a realidade de outras pessoas através de suas culturas, crenças e sentido de viver, para assim, podermos oferecer uma assistência mais humanizada e pautada na pessoa e no contexto familiar, trazendo um melhor acesso a saúde, bem estar físico, psicológico e social.

REFERÊNCIAS

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **AÇÕES E PROGRAMAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA**. Acessado em 30 de outubro no link <<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia>>

BOARINI, M. L. **Refletindo sobre a nova e velha família**. Acessado em 30 de outubro o link <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722003000300001>

CHAPADEIRO, C. A.; ANDRADE, H. Y. S. O.; ARAÚJO, M. R. N. **A família como foco da Atenção Primária à Saúde** (versão preliminar). Belo Horizonte, 2011.

MARCON, S. S. **A família como foco no fazer cotidiano do ensino, pesquisa e assistência de enfermagem**. Londrina. Ed. EDUEL, 2019.

MARCON, S.S. **Pesquisar, ensinar e cuidar de famílias: desafios, avanços e perspectivas**. Londrina: EDUEL, 2019.

OHARA, E.C.C; SAITO, R.X.S. **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. 3 ed. Editora Martinari, 2014.

PINTO, L. F; GIOVANELLA, L. **DO PROGRAMA À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: EXPANSÃO DO ACESSO E REDUÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA (ICSAB)**. Acessado em 30 de outubro no link <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1903.pdf>>

SANTANA, Clara Vanessa. **A FAMÍLIA NA ATUALIDADE: NOVO CONCEITO DE FAMÍLIA, NOVAS FORMAÇÕES E O PAPEL DO IBDFAM (INSTITUTO BRASILEIRO DE DIREITO DE FAMÍLIA)**. Aracaju, 3/12/2015.

SIGNIFICADOS. **SIGNIFICADO DE FAMÍLIA**. Acessado em 30 de outubro no link <<https://www.significados.com.br/familia/>>

CASA X BEM-ESTAR

- **De que forma a higiene do nosso dia a dia se relaciona com a nossa saúde?** O ambiente organizado e limpo nos traz sensação de bem-estar e conforto, caso contrário traz depressão, desânimo e um problema no processo saúde-doença.



➤ **Forma de mudar nossos hábitos:**

- **Higiene pessoal:** tomar banho, lavar o rosto, lavar bem as mãos, escovar os dentes, pentear os cabelos e lavar bem as roupas.
- **Higiene alimentar:** conservar os alimentos em lugares adequados, higienizá-los na hora de prepará-los e lavar as frutas e verduras antes de consumi-las.
- **Higiene ambiental:** higienizar a casa e o terreno, proporcionar um lugar confortável para se alimentar, descansar e dormir, cuidar com insetos e animais para prevenir doenças transmissíveis.



Captura Retangular



➤ Cuidados com nossos animais de estimação:

- **Higiene animal:** banhos semanais, manter em dia a vacinação e a administração de remédios para evitar pulgas, carrapatos, vermes e sarna.
- **Higiene ambiental:** limpar de forma adequada o lugar que eles dormem e defecam.



Criado pelas acadêmicas de Enfermagem da FURB 2019: Heloíse Creutzberg, Luana Gesser e Sabrina Zimmermann.

CAPÍTULO 16

MANEJO DA ASMA NA GESTAÇÃO: POSSÍVEIS EFEITOS DA VITALIDADE FETAL E AS COMPLICAÇÕES MATERNO-FETAIS

Data de aceite: 03/10/2022

João Felipe Tinto Silva

Enfermeiro. Pós graduando em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva pela Universidade Estácio de Sá (UNESA) Coroaá – MA, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1402379688346535>

Sabina Dias Rangel

Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade de Santo Amaro (UNISA) São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/6575100263129690>

Marcia Lais Fortes Rodrigues Mattos

Enfermeira. Pós graduada em Enfermagem Obstetra e Neonatal pela Faculdade Ieducare (IEDUCARE) Teresina - PI
<http://lattes.cnpq.br/8968174633028562>

Bruna Saraiva Carvalho

Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Hermínio da Silveira (UNI-IBMR) Rio de Janeiro - RJ
<http://lattes.cnpq.br/3881472449506517>

Gisele Cristina Calixto Tonatto

Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Campos de Andrade (UNIANDRADE) Curitiba – PR
<http://lattes.cnpq.br/0344325409412911>

Ana Claudia Koproski

Enfermeira. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) Curitiba – PR
<http://lattes.cnpq.br/3891529914819782>

Tayane Moura Martins

Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Pará (UEPA) Altamira – PA
<http://orcid.org/0000-0003-3236-8574>

Maria Júlia dos Santos Catunda

Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário INTA (UNINTA) Sobral – CE
<http://lattes.cnpq.br/0198747265896774>

Gustavo Henrique dos Santos Soares

Graduando em Medicina pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) Recife – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/7713844753637160>

Regina Ferreira dos Santos Linhares

Enfermeira pelo Centro Universitário do Distrito Federal (UDF) Itapoã – DF
<http://lattes.cnpq.br/5854396474542879>

Lyanne Isabelle Fonteneles Oliveira

Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA) Teresina - PI
<http://orcid.org/0000-0002-6816-519X>

Geovana Maria Rodrigues de Sousa

Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA) Teresina – PI
<http://orcid.org/0000-0001-6398-8560>

RESUMO: Introdução: A asma é um distúrbio crônico que se expressa a partir de uma

inflamação persistente associada a hiperatividade e hiperresponsividade das vias aéreas. O quadro clínico da asma pode variar durante a gravidez, podendo ocasionar complicações a gestante e o feto. **Objetivo:** Discutir o manejo da asma no período gestacional e os possíveis efeitos na vitalidade fetal e as complicações materno-fetais. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa realizada por meio da LILACS, MEDLINE e BDNF via BVS. Foram selecionados como critérios de inclusão: artigos completos disponíveis integralmente nas bases de dados elencadas, em idiomas português e inglês, com o recorte temporal de 2012 a 2021 relacionados com a temática. Sendo excluídos artigos incompletos, duplicados e que não atendiam ao tema proposto. **Resultados e discussão:** Durante a gestação aplicação das vacinas de gripe anualmente, o entendimento das diferentes terapias orientadas para o manejo da doença, a técnica correta do uso das medicações, associadas à mudança de hábitos de vida, como a interrupção do tabagismo e o conhecimento e consequente evitamento de fatores e situações desencadeantes de crises, garantem o sucesso no controle da asma em gestante. **Conclusão:** A realização do tratamento inadequado é resultante da falta de conhecimento das condutas indicadas, o que demonstra a expressiva carência da conscientização, educação continuada e educação em saúde tanto entre pacientes como entre profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Asma; Gravidez; Relações materno-fetais.

ASTHMA MANAGEMENT IN PREGNANCY: POSSIBLE EFFECTS OF FETAL VITALITY AND MATERNAL-FETAL COMPLICATIONS

ABSTRACT: Introduction: Asthma is a chronic disorder that is expressed as a persistent inflammation associated with hyperactivity and hyperresponsiveness of the airways. The clinical picture of asthma can vary during pregnancy, which can cause complications for the pregnant woman and the fetus. **Objective:** To discuss the management of asthma during the gestational period and the possible effects on fetal vitality and maternal-fetal complications. **Methodology:** This is an integrative review carried out through LILACS, MEDLINE and BDNF via VHL. The following inclusion criteria were selected: full articles available in full in the listed databases, in Portuguese and English, with a time frame from 2012 to 2021 related to the theme. Incomplete, duplicated articles that did not meet the proposed theme were excluded. **Results and discussion:** During pregnancy, annual application of influenza vaccines, understanding of different therapies aimed at managing the disease, the correct technique for using medications, associated with changing lifestyle habits, such as smoking cessation and knowledge and consequent avoidance of factors and situations that trigger crises, guarantee success in controlling asthma in pregnant women. **Conclusion:** The performance of inadequate treatment is the result of a lack of knowledge of the indicated behaviors, which demonstrates the expressive lack of awareness, continuing education and health education both among patients and among health professionals.

KEYWORDS: Asthma; Pregnancy; Maternal-fetal relations.

1 | INTRODUÇÃO

A asma é um distúrbio crônico que se expressa a partir de uma inflamação

persistente associada a hiperatividade e hiperresponsividade das vias aéreas (COUILLARD et al., 2021). Trata-se de uma doença com relevância crescente devido a sua morbidade, mortalidade e aumento de sua prevalência nos últimos anos, justificando os incontáveis esforços dos especialistas na busca do manejo adequado da asma (ALMEIDA et al., 2010).

Apresenta uma prevalência de aproximadamente 13% a nível mundial, enquanto no Brasil estima-se que afeta ao redor de 5% a 8% da população (WANG et al., 2020; CUSACK & GAUVREAU, 2021). Diante disso, é considerada um grave problema de saúde pública, onde a equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde (APS) tem a função de acolher o cliente e realizar o registro das possíveis alterações encontradas para o direcionamento deste a um especialista, uma vez que o exame físico é geralmente inespecífico (SANTOS et al., 2020).

O quadro clínico da asma pode variar durante a gravidez, sendo que aproximadamente um terço das pacientes apresenta melhora da sintomatologia, um terço apresenta piora e em um terço não se observam alterações. A gravidade prévia da doença parece ser o fator determinante no grupo de pacientes cujo quadro clínico se agrava durante a gravidez (MAUAD FILHO et al., 2001).

Estudos mostram que a asma gestacional pode gerar diversas complicações materno-fetais, proporcionando riscos à vida, não só materna, mas também fetal, quando não controlada corretamente, e podendo levar a desfechos desfavoráveis como baixo peso ao nascer e o diabetes gestacional (KHER & MOTA, 2017). As pesquisas sobre os resultados perinatais na gestação complicada pela asma demonstram maior morbidade perinatal, mas poucos estudos relacionam a gravidade da asma materna com o comprometimento do bem-estar fetal (MENDES et al., 2013).

A baixa ou ausente adesão ao tratamento da asma durante o período gestacional é reflexo da falta de conhecimento e consenso do manejo adequado dessa patologia e está intimamente associada à crença de consequências negativas por uso da medicação durante a gestação. A conscientização e instrução por parte dos profissionais da saúde, leva a melhorias significativas no controle e também no autogerenciamento da asma durante a gravidez, como a possibilidade de identificação do risco percebido em relação a medicação para asma ao feto, em particular de medicamentos compostos por corticosteroides (ROBIJN et al, 2019; SCHOETTLER & STREAK 2020).

2 | OBJETIVO

Discutir o manejo da asma no período gestacional e os possíveis efeitos na vitalidade fetal e as complicações materno-fetais.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter qualitativo, uma vez que é definida como um tipo de investigação voltada para o aspecto qualitativo de uma determinada questão, nesse caso, o manejo clínico da asma e os impactos materno-fetais durante o período gestacional. A revisão de literatura permite aprofundar dentro de diversos autores e referências, sobre os discursos e principais temas abordados (SOUZA; DIAS; CARVALHO, 2010).

Para a elaboração da revisão foram seguidas as seis etapas: estabelecimento da hipótese ou questão norteadora, busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos, apresentação dos resultados e síntese do conhecimento/apresentação da revisão. No caso da presente pesquisa, a síntese dos resultados permite a incorporação de evidências, melhorando, desta forma, a assistência à saúde do público em questão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O tema, determinou a construção da estratégia PICO, que representa um acrônimo para Paciente ou Problema (P), Interesse (I) e Contexto (Co). A utilização dessa estratégia para formular a questão norteadora na condução de métodos de revisão possibilita a identificação de palavras-chaves, auxiliando na identificação de estudos primários relevantes nas bases de dados pesquisadas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011; SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Assim, foi utilizada para a geração da questão norteadora desta revisão integrativa: “Qual o manejo da asma no período gestacional e os possíveis efeitos na vitalidade fetal e as complicações materno-fetais.?”

Para a elaboração do presente trabalho, as buscas dos estudos foram realizadas através das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências (LILACS), US National Library of Medicine (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), indexadas via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os artigos foram coletados no período de junho a agosto de 2022.

Os descritores controlados e não controlados foram selecionados por meio de consulta aos termos do Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo utilizados: “Asma”, “Gravidez” e “Relações materno-fetais” e os uni—termos do Medical Subject Headings (MeSH): “Asthma”, “Pregnancy” e “Maternal-Fetal Relations”. Para identificar a informação a partir do termo exato, os descritores foram combinados por meio dos operadores booleanos OR e AND, permitindo a construção da estratégia de busca adaptada conforme as especificidades de cada base de dados e tendo como norte a questão de pesquisa e os critérios de inclusão pré-definidos.

Foram selecionados como critérios de inclusão: artigos completos na íntegra nas bases de dados elencadas, nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados entre 2012 e 2021. Sendo excluídos artigos incompletos, duplicados e que não atendiam ao tema proposto.

Dentro dessas buscas foram encontrados 312 artigos, porém, após a exclusão de achados duplicados e incompletos, restringiram-se a 36 publicações. Ao final das análises, apenas 13 estudos foram incluídos na revisão, por atenderem aos critérios de inclusão e melhor se adequarem ao objetivo proposto, analisados conforme delineamento do estudo (Tabela 1).

Biblioteca de Busca	Base de dados	Artigos encontrados	Artigos excluídos	Artigos selecionados	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
	LILACS	94	91	03	Artigos completos na íntegra nas bases de dados elencadas, nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados entre 2012 e 2021.	Artigos incompletos, duplicados e que não atendiam ao tema proposto
BVS	MEDLINE	192	183	09		
	BDEF	26	25	01		
	TOTAL	312	299	13		

Tabela 1. Distribuição das publicações selecionadas nas bases elencadas.

Fonte: Elaboração dos autores pela busca realizada (2022).

Os resultados foram apresentados em forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando, epidemiologia, causas da falta de adesão ao tratamento medicamentoso em mulheres acometidas pela asma em período de gestação, consequência materno fetal e as indicações para o manejo adequado.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A asma é uma doença crônica que pode estar presente no período gestacional, afetando ao redor de 3 a 13% das mulheres em idade fértil (COUILLARD et al., 2021; SCHOETTLER & STREAK, 2020). Esta patologia é responsável por complicações durante a gravidez, sendo a mesma o motivo que preconiza o seu tratamento de forma semelhante que em mulheres não grávidas, buscando manter o controle de possíveis exacerbações no período gestacional.

Contudo, sabe-se que mais de 20% das mulheres asmáticas interrompem o

tratamento durante a gestação (LIU et al., 2018). Em geral, um terço das mulheres asmáticas apresenta a tendência de apresentar uma significativa piora e exacerbações do quadro durante a gravidez e estão relacionadas a taxas mais altas de complicações fetais, que podem ser fatais para mãe e feto em até 2% dos casos (CUSACK & GAUVREAU, 2021).

Motivos que resultam na falta de adesão ao tratamento medicamentoso da asma durante o período gestacional

A falta ou a redução do tratamento medicamentoso durante o período gestacional apresenta como principais motivos os fatores comportamentais de pacientes e a atuação errônea de profissionais da saúde. Apesar de que as diretrizes internacionais recomendam tratamento para mulheres grávidas, observa-se em diversos bancos de dados populacionais que no início da gravidez, as taxas de prescrição de medicamentos são diminuídas. Tal fato sugere a provável interrupção da medicação neste período por motivos de falta de conhecimento dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado da mulher neste período (ROBIJN et al., 2019).

Segundo Couillard et al. (2021), entrevistas prospectivas mostraram que a preocupação das mulheres com a segurança dos medicamentos, o desejo de uma gravidez 'natural' e a falta de informação, são os motivos mais frequentes para descontinuação do tratamento. Os fatores voluntários que estão associados aos mitos e medos sobre o tratamento, assim como os fatores involuntários, como a dificuldade de usar os dispositivos e a falta de acesso ao tratamento são as principais causas da baixa adesão ao mesmo. A reunião de tais fatores representa a principal limitação para a abordagem desse problema, resultando em uma dificuldade em detectar a adesão ao tratamento (PIZZICHINI et al., 2020).

De acordo com Cusack e Gauvreau (2021), pacientes em geral e particularmente mulheres grávidas, a exposição, por ações de equipes multidisciplinares, à educação em saúde a respeito da asma, é fundamental para a adesão ao tratamento e também a base do manejo da asma. Os principais pilares dessa educação se concentram no uso da medicação juntamente com a demonstração das técnicas corretas de inalação seguidos pelo desenvolvimento de um plano de ação personalizado para cada paciente. Além disso, se faz necessária a orientação e instrução para a diminuição da exposição aos fatores potenciais de desencadeamento das crises e o reconhecimento pela paciente dos momentos de exacerbação aguda.

Consequências materno fetais em pacientes asmáticas sem tratamento adequado

Alguns estudos evidenciaram que a asma materna é responsável por complicações maternas e fetais que poderiam estar relacionadas a maiores riscos perinatais e neonatais, envolvendo prejuízos para o desenvolvimento fetal, e também complicações antes e durante o parto (ROBIJN et al., 2019; MENDES et al., 2013). Tais complicações são classificadas

como complicações fetais, complicações maternas e complicações pós-parto (KHER & MOTA, 2017).

Quanto às complicações e os riscos fetais, os mesmos autores relatam que, a asma materna crônica representa um risco 40% maior de baixo peso ao nascer associado a um parto prematuro e 20% maior de ser pequeno para a idade gestacional em questão. No quesito prematuridade, é possível afirmar que esta tem relação direta com a maior probabilidade de exposição a infecções, síndrome do desconforto respiratório, lesão cerebral e enterocolite necrosante, além de sequelas de neurodesenvolvimento fetais (KHER & MOTA, 2017).

O não controle da asma durante o período gestacional pode diminuir a oferta de oxigênio para o feto, o que pode influenciar seu desenvolvimento levando a altas taxas de malformações congênitas, como lábio leporino e fenda palatina, aumento do número de recém-nascidos pequenos para idade gestacional (PIG) e que apresentam baixo peso ao nascer (BPN) (WANG et al., 2020; COUILLARD et al., 2021; LIU et al., 2018).

No que tange aos riscos maternos, é válido citar a associação entre a asma com pré-eclâmpsia, descolamento prematuro da placenta e placenta prévia e hemorragia obstétrica. Além disso, pesquisas demonstram uma forte ligação da patologia ao aumento das taxas de cesáreas. Outra complicação importante é a ocorrência de abortos espontâneos. Gestantes asmáticas também foram associadas a múltiplas comorbidades maternas como um aumento de 11% na probabilidade de diabetes gestacional e maiores chances de embolia pulmonar (LEBLANC & CASTRO, 2013; MENDES et al., 2013).

Para Couillard et al. (2021), Schoettler e Streal (2020), as complicações pós-parto, explicita-se um risco importante para o desenvolvimento de síbilos infantis e asma infantil, bem como o fato de que exacerbações e controle da asma materna estão diretamente ligados ao prognóstico futuro da asma nas crianças. Mães que tiveram seus quadros asmáticos controlados por medicamentos durante a gravidez, apresentaram um menor risco de prevalência de asma para suas proles.

Manejo da asma no período gestacional

O tratamento da asma na gravidez é similar ao tratamento habitual. Os objetivos principais do tratamento são: controlar sintomas evitando hipóxia fetal, orientar a gestante sobre sintomas e como evitar fatores desencadeantes, tratamento da crise e medidas de manutenção em prol de manter função pulmonar normal ou o mais próximo do normal possível (AGUIAR et al., 2013).

Além da medicação, a aplicação das vacinas de gripe anualmente, o entendimento das diferentes terapias orientadas para o manejo da doença, a técnica correta do uso das medicações, associadas à mudança de hábitos de vida, como a interrupção do tabagismo e o conhecimento e consequente evitamento de fatores e situações desencadeantes de crises, garantem o sucesso no controle da asma em gestante (LEBLANC & CASTRO,

2013; COUILLARD et al., 2021).

Os medicamentos utilizados para asma são divididos em duas categorias: medicamentos para melhora da crise, que se utilizam para o tratamento de sintomas agudos em momentos de crise, e medicamentos de manutenção, com a finalidade de evitar tais exacerbações. Tal tratamento baseia-se principalmente em corticosteróides inalatórios e no uso de beta-agonistas de curta ação (SABA) como medicação de alívio (PIZZICHINI et al., 2020; ROBIJN et al., 2019).

Para Aguiar et al. (2013) e Robinj et al. (2019), a terapia com corticóide inalatório (CI) durante a gestação reduz o risco de exacerbações da doença, e sua descontinuação é um fator de risco para as mesmas, caso ocorram durante a gravidez. Os índices de adesão ao CI durante o período gestacional são particularmente preocupantes, com percentuais ao redor de 40% das mulheres grávidas que não aderem ao seu uso, apesar de diversos estudos demonstrarem a ausência de riscos aumentados de malformações congênitas. A budesonida é o CI mais amplamente estudado e utilizado na gravidez, apresentando dados e margens de segurança substanciais, considerada o CI de escolha caso o tratamento seja iniciado durante o período gestacional.

Porém, em casos onde a paciente já se apresentava bem controlada através do uso de outro medicamento antes da gravidez, o seguimento de tal protocolo é indicado, pois alterações da formulação medicamentosa podem afetar o controle da asma levando a exacerbações desnecessárias (AGUIAR et al., 2013; ROBINJ et al., 2019).

O tratamento de uma exacerbação aguda da asma também é semelhante para gestantes e não gestantes. O primeiro passo na gestão de tal condição é identificar a gravidade da exacerbação e possíveis fatores de risco que possam levar a insuficiência respiratória. Em situações de agravamento do quadro clínico, ajustam-se as doses de corticoide inalatório, e considera-se a associação com outros medicamentos, como beta agonistas de longa duração e corticoides sistêmicos orais, para melhorar o controle do quadro. Para casos moderados e graves, o acompanhamento hospitalar deve ser garantido (PIZZICHINI et al., 2020). Já nos quadros intermitentes ou exacerbações, oxigenação e β agonistas de curta duração são os mais utilizados. Em casos de crises mais graves e mal controladas, a conduta terapêutica pode ser a prescrição de corticóide oral (AGUIAR et al., 2013).

Os broncodilatadores mais usados são os β 2-agonistas, que apresentam efeito adequado na crise, porém como não possuem ação antiinflamatória, são contraindicados como tratamento de manutenção, caso sejam utilizados de forma isolada. O uso precoce de anti-inflamatórios pode garantir maior preservação pulmonar, prevenindo o remodelamento das vias aéreas. Os SABAs aliviam os sintomas revertendo rapidamente os efeitos da broncoconstrição asmática e é amplamente recomendado por sua utilização ser segura durante a gravidez. Os SABAs também são recomendados como terapia adjuvante para pacientes que já fazem o uso de CI. Os beta-agonistas de longa duração (LABAs) são a

segunda medicação de controle mais utilizada na asma. Proporcionam bronquiectasias mais prolongadas, maior alívio dos sintomas, melhor função pulmonar e redução da necessidade de SABAs (CUSACK & GAUVREAU, 2021).

Os beta-agonistas inalatórios como o albuterol, tanto como agentes de ação curta e prolongada, demonstraram-se seguros para gestantes (KHER & MOTA, 2017). Já os LABAs, como salmeterol, e os de ação ultra-longa b2- agonistas, como olodaterol ou vilantero, também são seguros (COUILLARD et al., 2021). Os antagonistas dos receptores de leucotrienos, montelucaste e zafirlucaste, também são considerados seguros (LEBLANC & CASTRO, 2013). Já o ipratrópio, mesmo sendo considerado um medicamento seguro, tem um efeito taquicárdico mínimo e é indicado somente em casos de crises agudas. Estudos afirmam que não há indicação ou contra-indicação dos medicamentos ciclesonida, mometasona ou furoato de fluticasona, em relação a seu uso em período gestacional (COUILLARD et al., 2021).

O omalizumab, um anticorpo anti-imunoglobulina, é um medicamento utilizado para asma não controlada associado a corticoides, entretanto, durante a gravidez é contraindicado pelo risco de anafilaxia. Tal fármaco deve administrado por via subcutânea de acordo com o peso corporal e os níveis de IgE pré-tratamento, e em casos de pacientes grávidas, devido às mudanças de peso materno em curtos períodos de tempo, os ajustes de dose de tal medicamento de acordo com o peso corporal passa a ser um desafio, aumentando os riscos de anafilaxia. Porém, dados de registro do seu uso no período gestacional não o relacionam com o aumento em malformações congênitas maiores, prematuridade ou partos pequenos para a idade gestacional (COUILLARD et al., 2021; BONHAM et al., 2018; CUSACK & GAUVREAU, 2021).

Montelucaste e zafirlucaste, antagonistas dos receptores de leucotrienos são considerados medicamentos seguros, dado em sua avaliação em estudos em animais não se apresenta nenhuma evidência de malformações congênitas. Em contraste, os inibidores da 5-lipoxigenase, como o foram associados com teratogenicidade em estudos com animais e seu uso deve ser evitado. Outro fármaco com grande risco de toxicidade é a teofilina. A mesma pode ser usada na gravidez somente com o devido monitoramento para garantir que as concentrações séricas permaneçam entre 5 e 12 $\mu\text{g/mL}$, em prol de evitar seu potencial toxicidade (KHER & MOTA, 2017; BONHAM et al., 2018; LEBLANC & CASTRO, 2013).

Há três terapias de anticorpos monoclonais (mAb) que também são aprovadas para uso em adultos com asma eosinofílica grave não controlada apesar da terapia máxima (CUSACK & GAUVREAU, 2021). Porém algumas medicações devem ser evitadas, mesmo que em condições de exacerbações significativas. Os medicamentos como a pseudoefedrina, descongestionante nasal, durante o primeiro trimestre da gravidez está associado a uma anormalidade fetal congênita, principalmente a gastrosquise, uma malformação da parede intestinal, com possibilidades de ocasionar ruptura vascular. O descongestionante fenilefrina

está relacionado com a ocorrência de vasoconstrição sistêmica e também deve ser evitado (LEBLANC & CASTRO, 2013). Em casos extremos onde a utilização medicamentosa se faz necessária, deve-se priorizar os corticóides intranasais de curto prazo, como oximetazolina, ou dilatador nasal externo (KHER & MOTA, 2017).

A utilização de imunoterapia subcutânea e lingual durante as crises asmáticas têm sido contraindicadas por diversas diretrizes devido a possível ocorrência de reações sistêmicas e também pela falta de dados específicos sobre sua aplicação (LEBLANC & CASTRO, 2013).

5 | CONCLUSÃO

Através do estudo pode-se discorrer sobre o manejo da asma no período gestacional. Posterior a análise da literatura selecionada é possível afirmar que uma piora do quadro asmático entre tais pacientes pode levar a diminuição da oferta de oxigênio para o feto e diversas complicações obstétricas maternas e fetais.

A realização do tratamento inadequado é resultante da falta de conhecimento das condutas indicadas, o que demonstra a expressiva carência da conscientização, educação continuada e educação em saúde tanto entre pacientes como entre profissionais de saúde.

Diante do exposto, é necessário o desenvolvimento de outros estudos, com intuito de compreender e relatar os possíveis impactos do tratamento durante o período gestacional, fazendo-se necessário não somente para desmitificar o tratamento durante a gestação, como também em busca de explicitar necessidade de controle asmático delimitando os medicamentos que possam ser utilizados com segurança.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. M. et al. **Asma na gravidez: Atualização no manejo**. Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia, v. 1, p. 138-142, 2013.

ALMEIDA, M. L. D. et al. **Asma e gravidez: repercussões no recém-nascido**. J Bras Pneumol, v. 36, n. 6, p. 293-300, 2010.

BONHAM, C. A. et al. **Asthma outcomes and management during pregnancy**. Chest, v. 153, p. 515-527, 2018.

COUILLARD, S. et al. **Asthma in pregnancy**. Obstetric Medicine, v. 14, p. 135-144, 2021.

CUSACK, R. P.; GAUVREAU, G. M. **Pharmacotherapeutic management of asthma in pregnancy and the effect of sex hormones**. Expert Opinion on Pharmacotherapy, v. 22, p. 339-349, 2021.

KHER, S.; MOTA, P. **Maternal asthma: Management strategies**. Cleveland Clinic Journal of Medicine, v. 84, n. 4, 2017.

LEBLANC, A.; CASTRO, E.D. **Avaliação da evolução e controlo da asma em grávidas num serviço de Imunoalergologia.** Revista Portuguesa de Imunoalergologia, v. 21, p. 117-124, 2013.

LIU, X. et al. **Maternal asthma severity and control during pregnancy and risk of offspring asthma.** Journal of Allergy and Clinical Immunology, v. 141, p. 886-892, 2018.

MAUAD FILHO, F. et al. **Asma e Gravidez: Tratamento Hospitalar.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [online], v. 23, n. 8, p. 523-527, 2001.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice.** Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto & Contexto - Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MENDES, R. F. P. et al. **Asma na gestação: Efeitos na vitalidade fetal, complicações maternas e perinatais.** Revista da Associação Médica Brasileira, v. 59, p. 113-119, 2013.

PIZZICHINI, M. M. M. et al. **Brazilian Thoracic Association recommendations for the management of asthma.** Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 46, 2020.

ROBIJN, A. L. et al. **Inhaled corticosteroid use during pregnancy among women with asthma: A systematic review and meta-analysis.** Clinical & Experimental Allergy, v. 49, p. 1403-1417, 2019a.

ROBIJN, A. L. et al. **Recent developments in asthma in pregnancy.** Current opinion in Pulmonary Medicine, v. 25, p. 11-17, 2019b.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M. NOBRE, M. R. C. **A estratégia PICO para construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.15, n. 3, p. 1-4, 2007.

SANTOS, J. L. et al. **Aspectos clínicos de pacientes acometidos com asma brônquica.** Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 3, n. 1, p. 370-374jan./feb. 2020.

SCHOETTLER, N.; STREAK, M.E. **Recent advances in severe asthma: From phenotypes to personalized medicine.** Chest Reviews, v. 157, p. 516-528, 2020.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. **Integrative review: what is it? How to do it?.** Einstein (São Paulo), v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

WANG, H. et al. **Asthma in pregnancy: Pathophysiology, diagnosis, whole-course management, and medication safety.** Canadian Respiratory Journal, v. 2020, 2020.

LIGAÇÃO GENÉTICA NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UMA REVISÃO NARRATIVA

Data de aceite: 03/10/2022

Larissa Eduarda Munhoz Lourenço

Zenaide Paulo Silveira

Adriana Maria Alexandre Henriques

Lisiane Madalena Treptow

Ana Paula Narcizo Carcuchinski

Denise Oliveira D'Avila

Márcio Josué Trasel

Morgana Morbach Borges

Mari Nei Clososki da Rocha

Flávia Giendruczak da Silva

RESUMO: Introdução: O transtorno do espectro autista havia como forma de diagnóstico a avaliação comportamental. Entretanto, após estudos de ordem genética, verificou-se a ligação de genes ao diagnóstico da patologia, considerando fatores biológicos como causas de avaliação da doença. **Objetivo:** Apresentar resultados de avaliações sistemáticas de fenótipos dominantes de pacientes com deficiência do gene *Shank3*. **Metodologia:** Através de uma revisão narrativa da literatura foram estudadas publicações que versam sobre os meios de tratamentos complementares e alternativos, relacionando a genética ao transtorno do espectro autista, incluindo uma

paciente com a Síndrome Phelan-Mcdermid. Os artigos que fizeram parte desta pesquisa estão no idioma inglês. Como critérios de inclusão, foram escolhidas as publicações que abordavam sobre o tema relacionando-o a técnicas de tratamento do autismo, Síndrome de Phelan-Mcdermid e percentual de autistas, histórico do paciente após a relação da genética com a doença e descrição fenotípica dos pacientes acometidos. Como critérios de exclusão, fizeram parte os estudos que não apresentavam relação com a temática envolvida, os que não relacionavam o autismo com a síndrome e os estudos superiores a 8 anos. **Desenvolvimento:** A síndrome de deleção 22q13, também conhecida como Síndrome Phelan-Mcdermid, é uma desordem genética caracterizada por atraso no desenvolvimento global, hipotonia e atraso ou ausência de fala, assim como comportamentos autistas. Além disso, a mutação que codifica as proteínas sinápticas do gene corresponde também aos déficits genéticos mais bem caracterizados observados em indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA). **Considerações finais:** Com este trabalho, percebe-se que há novos métodos de diagnóstico dos pacientes com transtorno do espectro autista que possuem esta deleção no gene *Shank3*.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno autístico; transtorno do espectro autista.

ABSTRACT: Introduction: Autistic spectrum disorder had a behavioral assessment as a form of diagnosis. However, after genetic studies, the link between genes and the diagnosis of the pathology was verified, considering biological

factors as causes for the evaluation of the disease. **Objective:** To present the results of systematic evaluations of dominant phenotypes in patients with Shank3 gene deficiency. **Methodology:** Through a narrative review of the literature, publications were studied that deal with the means of complementary and alternative treatments, relating genetics to autism spectrum disorder, including a patient with Phelan-Mcdermid Syndrome. The articles that were part of this research are in English. As inclusion criteria, publications that addressed the topic relating it to techniques for the treatment of autism, Phelan-Mcdermid Syndrome and percentage of autistics, patient history after the relationship between genetics and the disease and phenotypic description of patients were chosen. affected. As exclusion criteria, studies that were not related to the theme involved, those that did not relate autism to the syndrome and studies over 8 years were included. **Development:** 22q13 deletion syndrome, also known as Phelan-Mcdermid Syndrome, is a genetic disorder characterized by global developmental delay, hypotonia, and delayed or absent speech, as well as autistic behaviors. Furthermore, the mutation that encodes the synaptic proteins of the gene also corresponds to the best characterized genetic deficits observed in individuals with Autism Spectrum Disorder (ASD). Final considerations: With this work, it is clear that there are new diagnostic methods for patients with autistic spectrum disorder who have this deletion in the Shank3 gene. **KEYWORDS:** Autistic disorder; autistic spectrum disord.

INTRODUÇÃO

A síndrome de deleção 22q13, também conhecida como Síndrome Phelan-Mcdermid, é uma desordem genética caracterizada por atraso no desenvolvimento global, hipotonia e atraso ou ausência de fala e comportamentos autistas (Soorya, p. 02, 2013).

Trata-se de uma desordem cujo tamanho do segmento genômico excluído varia de centenas de quilobases (kb) a mais de nove megabases (Mb). Os mecanismos que resultam na exclusão também são altamente variáveis, incluindo deleções simples, translocações desequilibradas, cromossomos em anel ou rearranjos cromossômicos mais complexos (Tabet, 2017).

O gene crítico para o núcleo neurológico e sintomas comportamentais nessa patologia é o *Shank3*. Havendo uma perda de sua cópia, através de deleções intragênicas ou mutações pontuais, as causas e as manifestações neurocomportamentais características da Síndrome Phelan-Mcdermid serão notórias. Uma "proteína de andaime mestre" que forma a estrutura fundamental na densidade pós-sináptica de sinapses glutamatérgicas será criada, desempenhando um papel crítico na função sináptica da aprendizagem e da memória, modulando a formação de dendritos. (Soorya, 2013), (Tabet, 2017).

Mutações em genes que codificam proteínas sinápticas estão entre os déficits genéticos mais bem caracterizados observados em indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA) (Pagani, p. 5300, 2019).

Soorya, 2013 apresenta em suas pesquisas que a deleção ou a mutação do *Shank3*, referida como a deficiência de *Shank3*, é encontrada em cerca 0,5% dos pacientes avaliados para o TEA. 0,2% apresentam uma mutação por sequenciamento do gene e 0,3%, deleção do *Shank3* conforme mostrado por análises *Microarray* em mais de 7.000 indivíduos com

espectro de desordem autista.

A mesma autora anteriormente mencionada complementa com algumas outras descobertas sugerindo que a deficiência do gene seja uma das causas monogênicas mais comuns do TEA e da desabilidade intelectual indicando deleção do *Shank3* em cerca de 0,3% dos pacientes, podendo também ocorrer acima de 1%, segundo os estudos. Além disso, evidências recentes sugerem que a ruptura do gene e a via de sinalização do glutamato sejam comuns em múltiplas formas da patologia, incluindo a Síndrome do X-Frágil e a Esclerose Tuberosa.

A primeira associação explícita entre TEA e a deficiência de *Shank3* foi publicada em 2000 por Prasad e seus colaboradores, os quais descreveram 3 casos de indivíduos com transtorno invasivo de desenvolvimento e deleção terminal do 22q13. Entre as séries de casos publicados desde então, vários avaliaram especificamente a presença do transtorno do espectro autista usando uma variedade de medidas, tais como: revisão do prontuário médico, questionário de desenvolvimento e vários instrumentos e diagnósticos padronizados. Provavelmente, por causa das diversas abordagens a estimativa das taxas de transtorno de espectro autista tem grande variação entre os estudos. (Soorya, 2013)

Precisa-se de mais dados epidemiológicos para estabelecer muitas dessas associações, mas se comprovadas, podem ser caminhos promissores para a prevenção. (Ornoy, p. 01 2016)

Estudos genéticos recentes também identificaram um grande número de mutações *Shank3* em pacientes com TEA não diagnosticados com a Síndrome de Phelan-McDermid, implicando fortemente a interrupção ou mutações de *Shank3* como uma das causas mais frequentes e penetrantes de TEA e deficiências sociocomunicativas, destacando um amplo e clínico fenótipo heterogêneo (Soorya, 2013), (Pagani, 2019).

Segundo Pagani, 2019, pesquisas anteriores ligaram a deficiência de *Shank3* à disfunção dos gânglios da base, estereotípias motoras e déficits sociais. No entanto, o mecanismo neural pelo qual *Shank3* afeta a conectividade funcional cortical e as funções sociocomunicativas de ordem superior permanecem obscuras.

Relatos abordados por Soorya, 2013 apresentaram mais de 150 indivíduos afetados com a deficiência de *Shank3* e, diante disso, foram descritos estudos de casos publicados desde 1994. Esses casos sugeriram fenótipo sub-recente comum que inclui atraso no desenvolvimento global, hipotonia, características autistas, grave atraso de linguagem específica e características dismórficas menores. Entretanto, a metodologia clínica e a genética variaram através dos estudos, assim como as estimativas da natureza e prevalência do TEA, dependendo, na maioria dos casos, de relatórios dos pais ou questionários aplicados.

Conforme Soorya, 2013, características dismórficas são comumente descritas e incluem: orelhas e unhas dos pés displásicas, mãos grandes e carnudas, cílios longos, dolicocefalia, queixo pontudo e nariz bulboso. Além disso, a autora também relata que

condições médicas associadas com a síndrome são bem menos definidas, mas relatórios incluem convulsões, anormalidades renais, defeitos cardíacos, perda auditiva, refluxo gastroesofágico e linfedema.

Pode-se presumir que nos países desenvolvidos o grande progresso no diagnóstico e tratamento do TEA atingiu um estado relativamente estável pelo menos nos últimos 10 anos. No entanto, tanto a incidência como a prevalência de ASD (distúrbios do espectro autista) continuaram a aumentar, o que implica que parte do aumento resulta de um crescimento real na taxa de ASD, de acordo com Ornoy, 2016.

Diante do exposto, este trabalho possui como objetivo apresentar resultados de avaliações sistemáticas de fenótipos dominantes de pacientes com deficiência do gene *Shank3*, correlacionando a genética ao transtorno do espectro autista, identificando meios de tratamentos complementares e alternativos, além de contribuir para uma melhora na qualidade de vida dos pacientes e familiares, auxiliando o convívio social.

METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura. Revisões narrativas são amplas publicações que visam discutir e descrever o desenvolvimento de um determinado assunto sobre o ponto de vista teórico e contextual, constituída de análise da literatura publicada em livros, artigos e revistas. Estes artigos possuem um papel fundamental para uma educação contínua, pois permitem que o leitor adquira e atualize os seus conhecimentos sobre um tema específico em um curto período. Esta revisão teve como pergunta norteadora: O transtorno do espectro autista possui origem genética?

A busca pela literatura foi iniciada no mês de março de 2021, nas bases de dados MEDLINE (*Literatura Internacional em Ciências da Saúde*) e no Google Acadêmico, no idioma inglês, abrangendo artigos publicados entre os anos de 2013 e 2021. Foram utilizados os descritores “transtorno autístico, transtorno do espectro autista” conforme consulta realizada no DeCS / MeSH – Descritores em Ciências da Saúde. Foram utilizados como critérios de inclusão as publicações que abordavam sobre o tema relacionando-o a técnicas de tratamento do autismo, síndrome de Phelan-Mcdermid e percentual de autistas, histórico do paciente após a relação da genética com a doença e descrição fenotípica dos pacientes acometidos. Por outro lado, foram excluídos os estudos de revisão narrativa, os que não apresentavam relação com a temática envolvida, os que abordavam características de outras deleções no gene *Shank3*, os que não relacionavam o autismo com a síndrome e os estudos superiores a 8 anos.

DESENVOLVIMENTO

Segundo Li Wang, 2020, os transtornos do espectro do autismo (TEA) são um

grupo de transtornos do neurodesenvolvimento caracterizados por comunicação social prejudicada, desenvolvimento deficiente da linguagem, comportamentos repetitivos e interesses restritos. O sequenciamento do genoma revelou um número crescente de genes responsáveis por ASD pela identificação de mutações *de novo* prováveis de interrupção do gene. Em vez disso, as mutações *missense* têm sido consideradas muito menos informativas porque a maioria delas é de significado desconhecido.

O autor citado anteriormente Li Wang, 2020, também relata que estima-se que mutações de *interrupção provável de genes* (LGD) em *Shank3* contribuam com 1% de todos os casos de TEA. Além disso, a desregulação epigenética de *Shank3* foi relatada em até 15% dos indivíduos com TEA. Portanto, trata-se é um gene de risco de autismo bem estabelecido, e estudos mecanísticos detalhados fornecem informações sobre a patogênese do TEA. Indivíduos com mutações em *Shank3* frequentemente manifestam deficiência intelectual, autismo, hipotonia e atraso motor. O gene serve como uma proteína de arcabouço dentro da densidade pós-sináptica (PSD) das espinhas dendríticas que são saliências dos dendritos ricas em actina 7. A proteína tem um domínio PSD95 / discs large / ZO-1 (PDZ) que se liga a proteínas associadas a guanilato quinase, a qual ligam ainda mais o gene *Shank3* a PSD-95, outro arcabouço importante no PSD 7 . *Shank3* também tem um domínio rico em prolina grande contendo ABI1, IRSp53, Homer e cortactina. Motivos de ligação de Knock down ou knockout (KO) de *Shank3* reduzem a densidade e a maturação da coluna dendrítica, enquanto a superexpressão do gene aumenta o desenvolvimento da coluna. A maioria das sinapses excitatórias é construída em espinhas dendríticas. Como esperado, perda de *Shank3* causa déficits de transmissão sináptica excitatória. Essa disfunção ainda leva a comportamentos anormais, incluindo interação social alterada, déficits de coordenação motora e comportamentos repetitivos observados em modelos de camundongos *Shank3* KO.

Uma revisão de 107 casos previamente descritos na literatura relatou uma taxa de 44% de comportamento autista. Estudos que avaliam prospectivamente o transtorno em pacientes com deleção do 22q13 e utilizam variações padrão sugerem uma taxa de 60% a 94%. A natureza e a prevalência da enfermidade em pacientes com deficiência do gene *Shank3* mantém uma importante área de estudo. (Soorya, 2013)

Conforme Soorya, 2013, as avaliações de comorbidades médicas associadas à deficiência de *Shank3* foram da mesma forma limitadas a relatórios retrospectivos. Registros de eletroencefalografia (EEG) nunca foram coletados prospectivamente em estudos publicados da síndrome de deleção 22q13, embora cinco séries de casos relatem a prevalência de distúrbios convulsivos usando revisão retrospectiva e métodos de pesquisa dos pais. Essas estimativas de prevalência anteriores de convulsões variam de 0% (em 8) a 31% (4 em 13), dependendo do estudo.

A natureza e a prevalência de outras características clínicas, tais como deficiências motoras, de linguagem e cognitiva, não foram avaliadas

sistematicamente em alguns estudos anteriores. Já em outros, pesquisadores conduziram avaliações neuropsicológicas prospectivas de 8 crianças com deleção de 22q13 e apresentaram um rico quadro clínico de característica neurocognitiva, particularmente no domínio motor. Esses autores relataram leve atraso na aquisição de marcos motores iniciais e dois padrões de deficiência motora: distúrbios ortopédicos e deficiências no controle motor. (Soorya, 2013)

Apresentação de caso

Rui Jin Xie, 2021 apresenta em sua pesquisa uma criança de 21 meses que foi internada no hospital devido a um atraso de desenvolvimento após os 14 meses do seu nascimento. A paciente apresentava atraso de desenvolvimento global, regressão nas habilidades de fala, incapacidade de entender palavras, caminhar independente, insônia e dificuldade de manter o sono. A criança também apresentava comportamentos autistas, tais como: jogar ou brincar sozinha, interação social anormal, pouco contato visual e comportamentos estereotipados. Também foram notadas mãos grandes e carnudas, assim como rosto redondo. Os exames físicos não constataram nenhuma anormalidade muscular. Atura 90cm, peso 16kg e circunferência da cabeça de 52cm.

A criança nasceu de uma gestação de 39 semanas, por cesárea, com índice de Apgar de 9 e 10 em 1 e 5 min, respectivamente. O peso de nascimento foi 3.45kg com 53cm e circunferência da cabeça de 37cm. Conforme a mãe, a paciente aparentava ser normal, não manifestando antes dos 12 meses de idade episódio de convulsões febris ou outras doenças neurológicas. A altura e o peso informados da criança eram +2 no desvio padrão, sendo que aos 7 meses de idade, a bebê era capaz de sentar e de murmurar “mama” ou “baba”; aos 8 meses de idade era capaz de andar com ajuda e de entender simples expressões verbais. No entanto ela começou a ter problemas leves para manter o sono após os 12 meses de idade, seguidos por comportamentos semelhantes ao autismo, tais como: ausência de fala e de habilidades linguísticas, além da preferência por brincar nos cantos de casa. (Rui Jin Xie, 2021)

A paciente apresentada não provém de um histórico familiar, nem de qualquer doença genética ou desordem mental. Possui uma irmã de 11 anos que não apresenta nenhum sintoma consistente com PMS (Síndrome de Phelan-McDermid).

Anamnese e descrição de exames antes de iniciar o tratamento

Rui Jin Xie, 2021 apresenta em suas pesquisas que a paciente em seus 15 meses de idade, realizou os seguintes exames: Eletroencefalograma (EEG) e ressonância magnética do cérebro (MRI) onde não houve quaisquer achados anormais. Audiometria, exame oftalmológico pediátrico e ecocardiograma também foram normais, entretanto a idade óssea de 3 anos, conforme avaliação da idade esquelética, não se apresentou normal. O teste de hemograma completo, o painel de bioquímica completo (incluindo creatinina sérica, teste de nitrogênio da ureia no sangue, taxa de filtração glomerular estimada), testes de função tireoidiana, urinálise, nível de enzima miocárdica (incluindo

troponina T, troponina I, creatina quinase, lactato desidrogenase), ácido láctico sérico e amônia estavam todos dentro da normalidade. Os oligoelementos do soro (incluindo cobre, zinco, chumbo e cádmio) também foram normais. O fator de crescimento insulina 1 (IGF-1) foi de 174 nanogramas por mililitro (ng/ml) (normal entre 55 e 327ng/ml), e a proteína-3 de ligação ao fator de crescimento insulina (IGFBP-3) foi de 5,07 micrograma por mililitro ($\mu\text{g} / \text{ml}$) (normal 0,7 e 3,6 $\mu\text{g} / \text{ml}$).

Metodologia de tratamento e resultado

De acordo com Rui Jin Xie, 2021, foi iniciada a fisioterapia de 5 meses, entretanto nenhum progresso clínico significativo foi observado. Após a autorização dos responsáveis legais da paciente, procedeu-se a coleta de 2 mililitro (ml) de sangue periférico para sequenciamento do exoma completo, buscando-se, primeiramente, polimorfismo de nucleotídeos únicos (SNP), inserção e deleção (Indel) os quais foram analisados e nenhuma variação suspeita foi detectada. Posteriormente, as variações do número de cópias (CNV) foram analisadas com base na profundidade de sequenciamento de captura entre o paciente e o controle normal.

Um heterozigoto apresenta 33.7 kilobase (kb) de deleção sendo identificada na região do SHR22:5113599151,169,740. A região da deleção contém o comprimento total do gene *Shank3*, o qual foi previamente reportado como relacionado à síndrome Phelan-Mcdermid. Nesse caso, o paciente apresentado com atraso no desenvolvimento global, regressão das habilidades de fala, comportamentos tipicamente autistas, atendeu aos critérios do diagnóstico da síndrome. (Rui Jin Xie, 2021)

Como a terapia com IGF-1 não foi aprovada pela China Food and Drugs Administration (CFDA) para PMS, um consentimento foi obtido dos pais desse paciente, após extensa discussão sobre os benefícios potenciais *versus* riscos do hormônio do crescimento (GH) subcutâneo. O tratamento com GH foi iniciado com 0,075 Unidades Internacionais por quilograma (IU / kg) uma vez por dia por injeção subcutânea durante 3 meses. (Rui Jin Xie, 2021)

Conforme o autor citado anteriormente, não foi observado nenhum efeito colateral grave ou comum sobre o tratamento durante o percurso do mesmo, pós-tratamento IGF-1 de 258ng/ml e IGFBP-3 era 5.4 microgramas por mililitro (UG/ml). Assim, repetiram o exame de desenvolvimento neuropsicológico para verificar os resultados deste método de tratamento e saber se houve progresso. Conforme tabela 3, esse paciente apresentou após o tratamento, DQ84 para motor bruto, DQ84 para motor fino, DQ78 para linguagem, DQ82 para comportamento adaptativo e DQ73 para comportamento social. Estes resultados indicaram melhorias significativas no IGF-1 e IGFBP-3 séricos e nas habilidades motoras. Clinicamente, esse paciente também era capaz de se comunicar com os pais por meio de uma simples frase, como querer assistir desenho animado, brincar do lado de fora, se dar bem com outras crianças, subir e descer duas ou três escadas independentemente.

Mutantes SHANK3 e proteínas potencialmente patogênicas

Segundo Fatemeh Hassani Nia, 2020, mutações potencialmente patogênicas foram identificadas em genes que codificam proteínas sinápticas. Com base nesses achados, o autismo é considerado uma doença sináptica ou sinaptopatia, com mutações individuais suspeitas de afetar a formação de sinapses e / ou a transdução e plasticidade do sinal sináptico. Atualmente não está claro até que ponto os produtos individuais dos genes do autismo interagem e trabalham juntos em vias comuns que podem afetar a patogênese.

Duas mutações pontuais relacionadas ao autismo, R12C e L68P, foram descritas em pacientes e estão localizadas na região do *Shank3*, portanto, representam um alvo atraente para análise estrutural. Em trabalhos anteriores, a mutação L68P mostrou alterar a sinalização da proteína G e a ativação da integrina, bem como resultar em ligação aumentada a ligantes de proteínas, como α -fodrin ou sharpin, enquanto a mutação R12C foi relatada como tendo efeitos moderados sobre formação da coluna vertebral e transmissão sináptica. A mutação R12C foi originalmente identificada em um paciente autista que sofria de retardo mental grave e ausência total de linguagem, herdando a mutação de sua mãe. A mutação L68P foi transmitida por um pai epilético e mostrou resultar em distúrbio de linguagem e TEA em uma paciente do sexo feminino. (Michael Bucher, 2021)

Usando uma ampla gama de abordagens biofísicas e celulares, é possível mostrar que as mutações pontuais associadas ao ASD R12C e L68P afetam diferentes níveis da estrutura da proteína. Enquanto a mutação R12C confere estabilidade de estrutura secundária aumentada e reduz o tempo de residência sináptica de *Shank3*, a mutação L68P resulta em desdobramento parcial com estabilidade de estrutura terciária reduzida e um número aumentado de agrupamentos Shank3 dendríticos. Assim, mudanças sutis induzidas por mutação na estrutura terciária vêm junto com flutuações conformacionais alteradas que provavelmente causarão fenótipos sinápticos relacionados ao ASD. (Michael Bucher, 2021)

De acordo com Fatemeh Hassani Nia, 2020, os transtornos do neurodesenvolvimento, como o transtorno do espectro do autismo (TEA), podem ser causados por alterações em genes que codificam proteínas que estão envolvidas na formação e função de sinapses. Isso inclui proteínas-esqueleto, como *Shank3*, e proteínas de adesão sináptica, como Neurexinas ou Neuroliginas. Uma questão importante é se os produtos de genes de risco individuais cooperam funcionalmente (exemplificado na interação de Neurexin com isoformas de Neuroligina). Isso pode sugerir uma via comum na patogênese. Para o gene *Shank3*, perda de função heterozigótica, bem como mutações *missense* foram observadas em casos de ASD. Várias mutações *missense* afetam a parte N-terminal de *Shank3*, que contém o Shank / ProSAP N-terminal (SPN) e domínios de repetição de Ankyrin (Ank) altamente conservados.

As proteínas Shank / ProSAP (*Shank1-3*) são as principais proteínas-esqueleto da densidade pós-sináptica (PSD); por meio de múltiplas interações, eles conectam diferentes tipos de complexos de receptores de glutamato com moléculas de sinalização e o citoesqueleto de actina da coluna dendrítica.

A capacidade de *Shank3* de multimerizar através de seu domínio SAM C-terminal levou à sugestão de que a formação de clusters de Shank seja um evento chave na formação da grande montagem da densidade pós-sináptica. O gene *Shank3* humano foi um dos primeiros genes que codificam uma proteína sináptica que se mostrou afetada em casos de autismo. Deleções, frameshift, nonsense e mutações no local de splice foram observadas, o que levou à perda da função de um alelo *Shank3*. Além disso, várias mutações *missense* foram encontradas em pacientes com autismo individuais. (Fateme Hassani Nia, 2020)

Conforme Michael Bucher, 2021, as consequências resultarão das perturbações estruturais nas mutações R12C e L68P *Shank3* no contexto celular. Portanto, realizaram a marcação imunocitoquímica de homero e fagote endógenos como marcadores pós-sinápticos e pré-sinápticos excitatórios, respectivamente, e analisaram sua co-localização com *Shank3* endógeno. Descobriram que aproximadamente 70% das sinapses excitatórias homero-positivas continham *Shank3*, enquanto as sinapses *Shank3*-positivas co-localizadas com homero quase a 100%. Além disso, aproximadamente 80% dos agrupamentos *Shank3* tiveram um contato pré-sináptico positivo para o fagote. Para analisar as consequências celulares induzidas por mutações *missense* *Shank3*, foram super expressadas variantes *Shank3* marcadas com GFP de comprimento total, que é a isoforma mais abundante, em neurônios primários do hipocampo de rato por menos de 24 horas para evitar efeitos dependentes da dosagem de proteína como níveis mais elevados de expressão de *Shank3* que afetam diretamente a estrutura e a função da coluna.

Há uma escassez surpreendente de dados ligando mudanças induzidas por mutação *missense* na estrutura e dinâmica da proteína à ocorrência de fenótipos sinápticos relacionados com ASD. Neste estudo de prova de princípio, foram concentradas duas mutações pontuais associadas a ASD, ambas localizadas no mesmo domínio de *Shank3* sendo demonstradas que ambas as proteínas mutantes realmente exibem mudanças distintas na estrutura secundária e terciária, bem como flutuações conformacionais superiores. (Michael Bucher, 2021)

Conforme o autor citado anteriormente, usando uma ampla gama de abordagens biofísicas e celulares, mostrou-se que as mutações pontuais associadas ao ASD R12C e L68P afetam diferentes níveis da estrutura da proteína. Enquanto a mutação R12C confere estabilidade de estrutura secundária aumentada e reduz o tempo de residência sináptica de *Shank3*. A mutação L68P resulta em desdobramento parcial com estabilidade de estrutura terciária reduzida e um número aumentado de agrupamentos *Shank3* dendríticos. Assim, mudanças sutis induzidas por mutação na estrutura terciária vêm junto com flutuações conformacionais alteradas que provavelmente causarão fenótipos sinápticos relacionados ao ASD.

Fateme Hassani Nia, 2020, apresenta em suas pesquisas que foi utilizado um fragmento contendo apenas o conjunto completo de repetições Ank, bem como SUMO sozinho como controle negativo, que foi purificado a partir de células transformadas com o

vetor vazio. Usando uma fração PSD isolada como uma fonte para parceiros de interação a fim de direcionar especificamente parceiros de interação pós-sináptica direta para o terminal N de *Shank3*. Para isso, o PSD foi solubilizado em tampão contendo Desoxicolato (DOC). Foi realizado um total de quatro purificações, duas com o N-terminal completo (SPN-Ank) e duas apenas com as repetições Ank. As proteínas purificadas foram analisadas por espectrometria de massa. Esta lista continha em todas as quatro purificações, tanto para material purificado SPN-Ank como apenas Ank, várias proteínas da família da catenina, incluindo α -, β - e δ -cateninas. Como diferentes proteínas cateninas interagem umas com as outras diretamente e indiretamente por meio de sua associação com caderinas, inicialmente não estava claro se isso era devido à ligação direta de *Shank3* a qualquer uma dessas proteínas. Além disso, foi relatado recentemente que o domínio PDZ central de *Shank3* se liga à β -catenina. Foi, portanto, importante identificar qual variante da catenina se liga diretamente aos domínios do terminal N de *Shank3*. Para isso, *Shank3* marcado com RFP foi expresso em células 293T, sozinho ou em conjunto com versões marcadas com fluorescência de cateninas. Conforme observado anteriormente, *Shank3* forma grandes aglomerados nessas células que foram encontrados parcialmente em estruturas citosólicas, mas também em maior extensão em pequenos aglomerados nucleares. A coexpressão com α -catenina não alterou esse padrão, observando-se pouca co-localização de α -catenina com *Shank3*, visto que α -catenina foi encontrada principalmente em estruturas citosólicas difusas, bem como em estruturas aderidas à membrana. De acordo com seu papel nuclear conhecido, a β -catenina foi encontrada principalmente em aglomerados nucleares onde estava quase perfeitamente co-localizada com *Shank3*. Finalmente, a coexpressão com δ -catenina levou a uma realocação de *Shank3* para um padrão associado à membrana plasmática, não sendo observado na ausência de δ -catenina. δ -catenina e *Shank3* foram colocados de acordo com a adesão à membrana de δ -catenina por palmitoilação. Em resumo, a δ -catenina foi capaz de alterar a localização subcelular de *Shank3*, enquanto a α -catenina não afetou a localização do gene.

Investigou-se, ainda, o efeito das modificações pós-tradução de δ -catenina em sua ligação a *Shank3*. A δ -catenina é um substrato neuronal conhecido da proteína quinase de interação com TRAF2, e NCK (TNIK) com um local de fosforilação TNIK conhecido em Thr1064. Para investigar o efeito da fosforilação de TNIK na interação entre *Shank3* e δ -catenina, ambas as proteínas foram expressas em células 293T juntamente com uma proteína TNIK WT marcada com HA ou uma proteína TNIK “morta por quinase”. Os resultados da coimunoprecipitação mostraram que a presença de TNIK WT ativa e, portanto, a fosforilação de δ -catenina, sob esta condição, não altera o estado de interação entre *Shank3* e δ -catenina. Da mesma forma, a mutação de Thr1064, um dos principais locais de fosforilação, para Ala ou para Glu (como um mimetizador de fósforo) não afetou a ligação de δ -catenina a *Shank3*. Além disso, a δ -catenina é conhecida por ser palmitoilada pela palmitoil transferase DHH5 em dois resíduos de cisteína adjacentes (Cys960 e Cys961) nas repetições Arm. Transformou-se esses dois resíduos em

Serina; novamente, foi experimentada a coexpressão / coimunoprecipitação mostrando que esta modificação não leva a uma interação alterada com *Shank3*. (Fateme Hassani Nia, 2020)

Mostrou-se que a δ -catenina é um parceiro de interação das repetições de Ankyrin N-terminal de *Shank3*. Essa interação é necessária para o direcionamento pós-sináptico de δ -catenina. Os dados indicaram que, por meio de sua interação em locais pós-sinápticos, *Shank3* e δ -catenina contribuem para uma via de sinalização sináptica que é interrompida no TEA e outros distúrbios do neurodesenvolvimento. (Fateme Hassani Nia, 2020)

De acordo com Michael Bucher, 2021, apesar de ambas mutações do R12C e L68P estarem localizadas dentro do domínio SPN, tiveram efeitos distintos no dobramento de *Shank3* e no tempo de residência, bem como na localização na sinapse, sugerindo que cada mutação pontual possa causar disfunção sináptica por diferentes mecanismos. Como os pacientes autistas que carregam as mutações *missense Shank3* estudadas são heterozigotos, surge a questão acerca dessas mutações tornarem a proteína disfuncional e, assim, reduzirem o número mínimo de proteínas funcionais necessárias para a transmissão sináptica normal. Uma diminuição profunda no tempo de residência sináptica do mutante R12C *Shank3* provavelmente desestabilizaria o conjunto de *Shank3* sináptico e poderia, assim, desencadear um fenótipo semelhante à haploinsuficiência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apoia os resultados de estudos anteriores sobre a gravidade da deficiência intelectual, motores e da fala vistos na deficiência de *Shank3* e enfatiza a transcendência dos distúrbios do espectro do autismo na síndrome. Discutiram-se as limitações das ferramentas de avaliação existentes e a necessidade da pesquisa de história natural para fornecer informações para o monitoramento clínico e o desenvolvimento do tratamento de defeitos genéticos.

Neste trabalho, foi verificado tratamento completar com RHGH que melhora o desenvolvimento dos sintomas do espectro autista através do aumento no sêrum IGF-1, IGFBP-3 e no ácido lábil. Ainda é um experimento novo, que apesar de no primeiro estudo não ter causado nenhum efeito colateral, o ideal é analisar, considerando uma grande conquista já o descobrimento deste novo complemento para os pacientes, que descoberto a anomalia no *Shank3* no período da fase inicial da vida, é possível melhorar a qualidade de vida, convívio social e familiar.

Em outro estudo pode-se analisar que é uma mutação pontual no *Shank3*, levando em conta que o gene dominante, com um único alelo do tipo selvagem em combinação com um alelo variante seria insuficiente para continuar seguindo como um alelo selvagem, o que indica que todos que diferem está deficiência no *Shank3* irão ter os sintomas do espectro autista, mas nem todos que tiverem autismo terão está deficiência no *Shank3*.

Assim conclui-se que há novos métodos de tratamentos complementares para

seguirem sendo analisados com exames e análises, e os pacientes que possuem esta deleção genética no gene *Shank3*, possui o indicativo para o transtorno do espectro autista.

REFERÊNCIAS

1. Fatemeh Hassani Nia. **Targeting of δ -catenin to postsynaptic sites through interaction with the Shank3 N-terminus.** Mol Autism, 2020. V.11. N. 85 Págs: 1 - 17.
- 2.Li Wang. **A missense mutation linked to autism in SHANK3 reveals the modularity of Shank3's function.** Psiquiatria Mol, 2020. V. 25. N. 10 Págs: 2534-2555.
- 3.Michael Bucher. **Autism-associated SHANK3 missense point mutations impact conformational fluctuations and protein turnover at synapses.** eLife., 2021. V.10 Págs: 1 - 31.
- 4.Ornoy. **Genetic Syndromes, Maternal Diseases and Antenatal Factors Associated with Autism Spectrum Disorders (ASD).** Frontiers in neuroscience, 2016. V. 10. N. 316 Págs: 1 – 21.
- 5.Pagani, 2019 **Deletion of Autism Risk Gene Shank3 Disrupts Prefrontal Connectivity.** The Journal of Neuroscience, 2019. V. 39. N. 27 Págs: 5299 - 5310.
- 6.Rui Jin Xie. **A case report of Phelan-McDermid syndrome: preliminary results of the treatment with growth hormone therapy.** Italian Journal of Pediatrics, 2021. V. 47. N. 49 Págs: 1 - 4.
- 7.Soorya. **Prospective investigation of autism and genotype-phenotype correlations in 22q13 deletion syndrome and SHANK3 deficiency.** Molecular Autism, 2013. V. 4. N. 18 Págs: 1 - 17.
- 8.Tabet. **A framework to identify contributing genes in patients with Phelan-McDermid syndrome.** Genomic Medicine, 2017. V. 2. N. 32 Págs: 1 - 9.

ANÁLISE DA QUALIDADE DE COMPRIMIDOS DE HIDROCLOROTIAZIDA: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE REFERÊNCIA, GENÉRICO E SIMILAR

Data de aceite: 03/10/2022

Data de submissão: 04/08/2022

Flavia Scigliano Dabbur

Centro Universitário Cesmac – Faculdade de
Farmácia – Maceió – AL
Universidade Federal do Rio Grande do Norte –
Faculdade de Farmácia - Natal - RN
<http://lattes.cnpq.br/4139616797573659>

Joyce Cavalcante Brandão

Centro Universitário Cesmac – Faculdade de
Farmácia – Maceió – AL
<http://lattes.cnpq.br/0797791134494283>

Larissa Albuquerque Leandro

Centro Universitário Cesmac – Faculdade de
Farmácia – Maceió – AL
<http://lattes.cnpq.br/4740640273015043>

Ingrid Ferreira Leite

Centro Universitário Cesmac – Programa de
Pós-Graduação Pesquisa em Saúde – Maceió
– AL
<http://lattes.cnpq.br/3479870184379684>

Crisliane Lopes da Silva

Centro Universitário Cesmac – Faculdade de
Farmácia – Maceió – AL
<http://lattes.cnpq.br/4810338879250545>

José Marcos dos Santos Oliveira

Centro Universitário Cesmac – Faculdade de
Farmácia – Maceió – AL
Universidade Federal de Alagoas – Instituto de
Química e Biotecnologia – Maceió - AL
<http://lattes.cnpq.br/4600432834252836>

RESUMO: No mercado existem três categorias de medicamentos: referência, genéricos e similares. O medicamento de referência é aquele que realizou a pesquisa, a qual comprova cientificamente sua eficácia e segurança através de estudos clínicos, é o precursor desse medicamento com princípio ativo determinado. O medicamento genérico é semelhante ao produto de referência, comercializado após a renúncia ou expiração da patente ou de outros direitos de exclusividade. Por sua vez, os medicamentos similares são aqueles que possuem os mesmos princípios ativos, mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica, identificado por um nome de marca, diferindo do de referência, no tamanho e forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículos. A base de todos os processos industriais é a prática da garantia de qualidade dos produtos farmacêuticos e correlatos. Com isso, este estudo visa comparar comprimidos referência, genéricos e similares de hidroclorotiazida, com a finalidade de avaliar a qualidade e verificar se existe equivalência farmacêutica entre eles. Para isso, foram realizados testes físico-químicos descritos na Farmacopeia brasileira 6ª edição: peso médio, altura, dureza, desintegração, friabilidade, dissolução e doseamento. Os resultados obtidos demonstraram que os genéricos e similares analisados obtiveram resultados satisfatórios, tendo em vista que se encontraram dentro dos parâmetros esperados de acordo com a Farmacopeia, com exceção do peso médio. Já o medicamento de referência não obteve êxito. A pesquisa provou que as três

apresentações analisadas não apresentaram equivalência entre si.

PALAVRAS-CHAVE: Hidroclorotiazida; Controle de Qualidade; Comprimido.

QUALITY ANALYSIS OF HYDROCHLOROTHIAZIDE TABLETS: COMPARATIVE STUDY BETWEEN REFERENCE, GENERIC AND SIMILAR

ABSTRACT: Hydrochlorothiazide is a diuretic drug used for the treatment of arterial hypertension. Its acting is inhibiting the transport of sodium and chlorine in the membrane, it leads to a reduction of the plasmatic and extracellular volume, thus achieving the reduction in blood pressure. The basis of all industrial processes is the practice of quality assurance of pharmaceutical and related products, being necessary to assure for the final consumer the quality, safety, and effectiveness of the drug. The aim of this study was to compare reference, generic and similar hydrochlorothiazide tablets, which are, to assess the quality and verify if there is pharmaceutical equivalence among them. Physicochemical tests described in the Brazilian Pharmacopoeia 6th edition were carried out: average weight, height, hardness, disintegration, friability, dissolution, and dosage. The results obtained showed that the generics and similar analyzed obtained satisfactory results, considering that they were within the expected parameters according to the Pharmacopoeia, average weight. The reference drug was not successful. The research proved that the three presentations analyzed were not equivalent to each other.

KEYWORDS: Hydrochlorothiazide; Quality Control; Tablet.

1 | INTRODUÇÃO

A indústria farmacêutica promove o desenvolvimento e fabricação de diversas formas farmacêuticas, sendo cada vez mais presente o uso de novas tecnologias e inovações. A base de todos os processos industriais é a prática da garantia de qualidade dos produtos farmacêuticos e correlatos, sendo necessário assegurar ao consumidor final qualidade, segurança e eficácia do produto ao qual ele adquire. Vale salientar que a prática correta desse setor está diretamente relacionada aos efeitos que o medicamento causará no usuário, por isso é regulamentada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (ROCHA; GALENDE, 2014).

Desde o primeiro contato com a matéria-prima trabalhada, as ações de garantia da qualidade devem ser iniciadas, por isso esse setor pode ser considerado o mais importante dentro da indústria. Está presente em todas as etapas de fabricação do produto, sendo responsável por encontrar e sanar possíveis erros para evitar que o produto passe para os processos finais portando necessidades em aberto e prejudicando seu efeito. Ela visa garantir que os produtos estejam dentro dos padrões exigidos cumprindo todas as normas técnicas da legislação vigente (BARATA-SILVA *et al.*, 2017; ROCHA; GALENDE, 2014).

As Boas Práticas de Fabricação (BPF) de medicamentos está disposta na RDC n° 301/2019, e é considerada de cumprimento compulsório para indústrias de medicamentos. É um documento regulamentado pela ANVISA que contém os padrões e processos

mínimos nos quais a indústria deve seguir e basear-se para construir seus próprios guias secundários internos (BRASIL, 2019; MORAES, 2018).

Comprimidos são formas farmacêuticas compactadas e sólidas, em sua grande maioria, administrado de forma oral, o qual possui princípio ativo associado a adjuvantes farmacêuticos. Importante ressaltar que não deve ser quebrado, triturado, ou qualquer outra forma que venha a desestruturá-lo antes de ser ingerido, pois pode alterar sua biodisponibilidade, podendo levar a excreção precipitada fazendo com que não tenha a ação desejada (BARATA-SILVA, 2017).

Os comprimidos podem diferir um dos outros em relação ao tamanho, forma, dureza, espessura, peso e em características de desintegração e dissolução, o que depende da finalidade do fármaco. Podem ser acrescidos de corantes e diferentes tipos de revestimentos. Sua principal forma de preparo é a compressão, realizada por equipamentos específicos, que levam a compactação de pós e grânulos em moldes, que quando unidos, formam os comprimidos (ALLEN *et al.*, 2013)

Desde 1999 estabelece-se a chamada Lei do Genérico (Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999) (BRASIL, 1999) que criou mais uma das três categorias de medicamentos: referência, genéricos e similares (MEDEIROS *et al.*, 2018; ALLEN *et al.*, 2013). O medicamento de referência é aquele que realizou a pesquisa, a qual comprova cientificamente sua eficácia e segurança através de estudos clínicos, para então ser inserido no mercado como inovador, ou seja, é o precursor desse medicamento com princípio ativo determinado (MEDEIROS *et al.*, 2018).

Segundo a ANVISA, medicamento genérico é semelhante a um produto de referência ou inovador, comercializado após a renúncia ou expiração da patente ou de outros direitos de exclusividade. Sendo o medicamento genérico submetido a testes de biodisponibilidade e bioequivalência, este pode ser intercambiado com o de referência, sendo fundamental para a redução dos preços dos medicamentos, os tornando mais acessíveis, e mantendo a qualidade dos mesmos (BRASIL, 2019).

Por sua vez, os medicamentos similares são aqueles que possuem os mesmos princípios ativos, mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica, identificado por um nome de marca. O medicamento similar pode diferir do de referência, no tamanho e forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículos. Em 2003, passou a ser obrigatório fazer o teste de bioequivalência nesses medicamentos, seguindo a RDC 133/2003 e RDC 134/2003 (LOURENÇO *et al.*, 2019).

As doenças crônicas são as que mais acometem os indivíduos na atualidade e está em evidência por gerar maior taxa de mortalidade e por ser responsável pelo alto custo em hospitalizações. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) afeta uma maior quantidade de pessoas, conseqüentemente aumentando o número de doentes. É uma condição tratável e que se controlada com estilo vida e medicamentos adequados, pode retardar ou evitar

o surgimento de doenças vasculares sintomáticas. Os medicamentos fazem parte de uma terapia bem aceita pela população e por isso, demonstra sua grande importância para sociedade (MENGUE *et al.*, 2016), sendo a hidroclorotiazida um dos fármacos utilizados para controle dessa patologia.

A hidroclorotiazida, (**Figura 1**), é um fármaco da classe dos diuréticos utilizado para o tratamento da hipertensão arterial, atuando na inibição do transporte de sódio e cloro na membrana celular, o que leva a redução do volume plasmático e extracelular, levando assim, a diminuição da pressão arterial (PIMENTA, 2008).

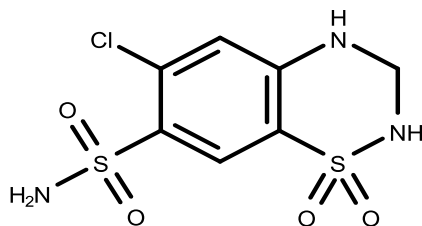


Figura 1 - Estrutura química da hidroclorotiazida

Fonte: Autores, 2022.

A sociedade recebeu o uso dos medicamentos genéricos e similares com uma vulnerabilidade pré-estabelecida, pois com a urgência de levar ao mercado medicamentos com um acesso financeiro amplo, não era exigido inicialmente apresentar o teste de bioequivalência em relação ao de referência, levando a uma espécie de desconfiança em relação a estes medicamentos (GUIMARÃES *et al.*, 2003).

O objetivo da pesquisa foi avaliar parâmetros de qualidade dos comprimidos de hidroclorotiazida 25 mg das três classes de medicamentos disponíveis no mercado (referência, genérico e similar) conferindo se há diferença entre eles; podendo mostrar uma visão positiva ou negativa das boas práticas de fabricação destes medicamentos por muitas vezes marginalizados, levando respaldo técnico-científico a população.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada nos laboratórios de Controle de Qualidade da Farmácia Escola e nos laboratórios multidisciplinares do Centro Universitário Cesmac – Av. Moreira e Silva, 1035 – Farol, Maceió – AL, 57051-500

2.1 Amostra

Os medicamentos de referência, genérico e similar da substância hidroclorotiazida na concentração 25 mg foram adquiridos por compra direta em drogarias da cidade de Maceió – AL no período de 01 a 08 de setembro de 2021. Na **Tabela 1** estão descritos seus

respectivos lotes e datas de fabricação e validade.

CLASSE	LOTE	FABRICAÇÃO	VALIDADE
Referência	BRA01251	02/2021	01/2023
Genérico	B21C1193	03/2021	03/2021
Similar	22431085	06/2020	06/2022

Tabela 1 - Descrição dos respectivos lotes e datas de validade.

Fonte: Autores, 2022.

2.2 Testes físico-químicos em comprimidos

Os testes físicos nos comprimidos foram realizados segundo a Farmacopeia brasileira, 6ª edição (BRASIL, 2019).

2.2.1 *Peso médio*

Foram pesados em balança analítica (MARTE, mod. Adventurer), individualmente, 20 comprimidos de cada uma das amostras (referência, genérico e similar) e foi determinado o peso médio e desvio padrão através do programa Microsoft Excel 2019 Office 365.

2.2.2 *Teste de friabilidade*

Os 20 comprimidos foram pesados com exatidão e colocados no friabilômetro (NOVA ÉTICA, mod. 300). Após as 100 rotações foram removidos e pesados novamente. Foi realizado o cálculo de diferença entre o peso inicial e final dos comprimidos e descoberto o valor da perda de peso em %, sendo esse o valor da friabilidade das amostras.

2.2.3 *Teste de dureza*

O teste foi realizado em triplicata com 10 comprimidos, com auxílio de um durômetro (NOVA ÉTICA, mod. 298). Foram calculados a média e desvio padrão.

2.2.4 *Altura do comprimido*

Foram medidos altura de 20 comprimidos com auxílio de paquímetro e calculados a média e o desvio padrão.

2.2.5 *Testes de desintegração*

Utilizou-se o equipamento desintegrador (NOVA ÉTICA, mod. 301 AC) e seis comprimidos de cada uma das amostras para realização do teste. Como líquido de imersão utilizou-se água purificada a 37,0 °C, \pm 1,0 °C. Colocou-se um comprimido em cada um dos

seis tubos da cesta, e acionou-se o desintegrador até que todos os comprimidos estivessem completamente desintegrados. O limite de tempo especificado para a desintegração total de todos os comprimidos de hidroclorotiazida é de trinta minutos.

2.2.6 Teste de dissolução

A dissolução dos comprimidos foi realizada em dissolutor (ETHIK, mod. DTS), foi adicionado a cada uma das seis cubas 900 mL de ácido clorídrico (HCl) 0,01 M como meio de dissolução. A temperatura do meio foi mantida a $(37\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 0,5\text{ }^{\circ}\text{C})$, utilizando-se a cesta como aparato de agitação, a 50 rotações por minuto (rpm). Adicionou-se um comprimido de hidroclorotiazida 25 mg em cada cuba, iniciando-se a agitação do meio e, depois de decorridos trinta minutos, foram retiradas seis alíquotas de cada uma das cubas.

Após filtração e diluição de 1:4 das seis alíquotas, determinou-se a quantidade de hidroclorotiazida dissolvida, por técnica de espectrofotometria com leitura em comprimento de onda 273 nm. A Farmacopeia brasileira estabelece que o valor mínimo de 60% da quantidade declarada no rótulo de hidroclorotiazida se dissolva em até 30 minutos.

2.2.7 Doseamento

Foram pesados e pulverizados 20 comprimidos de hidroclorotiazida de cada amostra. Pesou-se a quantidade do pó, equivalente a 30 mg de hidroclorotiazida e posteriormente dissolveu-se com 50 mL de hidróxido de sódio 0,1 M durante 20 minutos. Completou-se o balão volumétrico para 100 mL com o mesmo solvente e filtrou-se as amostras. Desse balão diluiu-se com água até concentração de 0,0015% (p/v) e preparou solução padrão nas mesmas condições, utilizando os mesmos solventes.

Em espectrofotômetro (Bel Photonics e Global equipamentos, Mod. GTA-98) mediu-se as absorbâncias das soluções em 273 nm, utilizando água para ajuste do zero. Calculou a quantidade de $\text{C}_7\text{H}_8\text{ClN}_3\text{O}_4\text{S}_2$ nos comprimidos a partir das leituras obtidas.

2.3 Validação de metodologia analítica

Para validação da metodologia avaliou-se os parâmetros limite de detecção, limite de quantificação, linearidade, repetibilidade, robustez, exatidão e precisão do método segundo RDC 166/2017 (BRASIL, 2017).

2.3.1 Linearidade

Este parâmetro foi estabelecido através da construção da curva de calibração, obtida com soluções de hidroclorotiazida padrão secundário nas concentrações de 1,5 $\mu\text{g/mL}$; 3,0 $\mu\text{g/mL}$; 6,0 $\mu\text{g/mL}$; 8,0 $\mu\text{g/mL}$; 10,0 $\mu\text{g/mL}$ e 12,0 $\mu\text{g/mL}$, preparadas em água destilada. O valor foi representado por R^2 , devendo ser $\geq 0,99$.

2.3.2 Limite de detecção

Para essa determinação foram preparadas soluções com padrão primário de hidroclorotiazida, em concentrações conhecidas variando de 1,5 $\mu\text{g/mL}$ a 12,0 $\mu\text{g/mL}$, observando-se o menor valor detectado pelo método. O experimento foi realizado em triplicata.

2.3.3 Limite de quantificação

Esses resultados foram obtidos a partir da curva de calibração.

2.3.4 Exatidão

Sobre amostras de concentrações conhecidas, (1,5 $\mu\text{g/mL}$ a 12,0 $\mu\text{g/mL}$) adicionou-se uma solução de valor conhecido. Diluiu-se a mesma amostra inicial (1:2), e assim por diante, até completar uma diluição em quadruplicata. Observou-se se os resultados experimentais estavam compatíveis com o real esperado.

2.3.5 Precisão

O teste de precisão teve o intuito de avaliar o grau de dispersão entre a série de medidas obtidas por um mesmo analista (repetibilidade). Esta foi determinada pela análise em dois espectrofotômetros diferentes, para 6 concentrações em triplicata.

2.3.6 Robustez

Foram realizadas leituras de soluções de concentração conhecida do padrão secundário em duplicata em dois espectrofotômetros. Ao final do procedimento foi realizada comparação entre as duas leituras e o desvio padrão inter-leituras.

2.4 Tratamento estatístico

Os dados brutos de cada resultado foram submetidos ao teste de normalidade Shapiro-Wilk para visualização de distribuição paramétrica ou não-paramétrica. O teste ANOVA *one-way* seguido pelo pós-teste de *Tukey* ($\alpha = 0,05$) ou o teste *Kruskal-Wallis* seguido pelo pós teste de *Dunn's* ($\alpha = 0,05$) foram utilizados como tratamento estatístico, em casos de dados brutos paramétricos ou não paramétricos, respectivamente, executados pelo programa *GraphPad Prism 5.00*.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os testes físico-químicos são indispensáveis no que diz respeito ao controle de qualidade de comprimidos, pois é a partir deles que é possível distinguir se o produto está dentro dos parâmetros da legislação (MELO *et al.*, 2019).

Na **Tabela 2** estão descritos os resultados dos testes físico-químicos da pesquisa com a média e desvio padrão (DP).

AMOSTRAS	Peso Médio (mg) e DP	Variação de peso médio	Friabilidade	Dureza e DP	Altura (mm) e DP	Tempo de Desintegração (segundos)
Referência	0,1104± 0,0021	>2,03% <4,02%	0,05%	4,00Kgf ±0,45	2,55 ±0,1526	58"
Genérico	0,0832± 0,0018	>2,28% <6,49%	0,19%	3,75Kgf ±0,25	2,80 ±0,3031	39"
Similar	0,1211± 0,0008	>1,07% <1,40%	0,15%	3,50Kgf ±0,35	3,35 ±0,1418	248"

Legenda: DP (desvio padrão)

Tabela 2 - Resultados dos testes físico-químicos, peso médio, friabilidade, dureza, altura e tempo de desintegração contendo suas médias e seus respectivos desvios padrões.

Fonte: Autores, 2021.

O peso médio dos comprimidos referência, genérico e similar foram de 0,1104 g, 0,0832 g e 0,1211 g, respectivamente, conforme **Figura 2**. Os comprimidos do genérico e similar analisados foram estatisticamente diferentes do medicamento de referência ($p < 0,05$ e $p < 0,0001$, respectivamente), apresentando variação de 24,64 % e 9,69 %, respectivamente. Ambos, genérico e similar, estão em desconformidade com as especificações da Farmacopeia brasileira 6ª edição para peso médio de comprimidos não revestidos com peso médio entre 80,0 mg e 250,0 mg que é de $\pm 7,5$ %.

O medicamento de referência pesou 0,1104 mg, podendo indicar que o similar tenha maior volume de excipiente que o referência e que o genérico tenha menor volume que o referência. Diferentemente de um outro estudo semelhante, no qual o medicamento genérico era o de maior peso em relação as outras duas apresentações (GOMES *et al.*, 2020; NOVELI *et al.*, 2020).

Sabendo que o peso médio é parâmetro para avaliar a eficiência do processo de produção de comprimidos, verificando se ele apresenta ou não a dose terapêutica prometida, os medicamentos que apresentarem uma menor quantidade de princípio ativo podem não atingir a sua ação terapêutica, assim como se estiver muito acima do que se espera pode ocorrer uma sobredose e ser responsável por causar eventos de efeitos adversos e até possível toxicidade, prejudicando ainda mais o tratamento (GOMES *et al.*, 2020; LOURENÇO *et al.*, 2019).

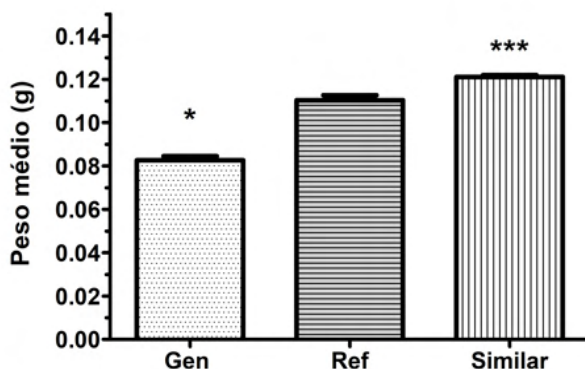


Figura 2 - Peso médio dos comprimidos referência, genérico e similar.

Fonte: Autores, 2022.

O teste de friabilidade possibilita determinar a resistência dos comprimidos à abrasão, representado pelo manuseio, transporte e armazenamento dos comprimidos e qual a taxa de perda frente a esses eventos (PEREIRA *et al.*, 2020; RIBEIRO *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2020). Por isso é de suma importância seus parâmetros seguirem o que diz os compêndios oficiais, pois assim como no caso do peso médio, números fora dos exigidos pode acarretar perda da dosagem correta em cada comprimido, comprometendo a eficácia terapêutica do medicamento, o valor máximo é de 1,5%. Todos as amostras ficaram abaixo deste limite, acarretando um resultado favorável, sendo a classe dos medicamentos de referência com a menor perda, 0,05% (BRASIL, 2019; MELO *et al.*, 2019; BRAGA *et al.*, 2020).

As durezas dos medicamentos referência, genérico e similar foram de 3,45 Kgf; 4,15 Kgf e 3,75 Kgf, respectivamente conforme **Figura 3**. Não houve diferença significativa ($p > 0,05$) entre similar e referência, já a diferença entre genérico e referência foi significativa ($p < 0,001$), apresentando dureza 20 % superior ao de referência. Sabe-se que a dureza de um comprimido pode interferir na friabilidade e que quanto mais duro, mas friável o comprimido. Segundo a farmacopeia brasileira 6ª edição (BRASIL, 2019), o resultado do teste de dureza é informativo, não havendo especificações pré-estabelecidas.

Os comprimidos devem apresentar uma dureza significativa para não sofrerem ruptura física em processo de produção, transporte ou armazenamento, entretanto, devem ser vulneráveis para desintegrarem após sua ingestão (BRAGA *et al.*, 2020).

De acordo com Ribeiro e colaboradores (2018), é necessário que o comprimido se rompa a uma força de 30 N, que equivale a 3,59 Kgf. Como visto, os medicamentos de referência e genérico se romperam com valores acima deste limiar, já o similar ficou abaixo deste valor mínimo, o que implicará em possíveis eventos de perda de medicamento nos momentos citados acima por Braga *et al.* (2020). O mesmo aconteceu no estudo de Santos

et al. (2020), porém o medicamento reprovado no teste de dureza foi o de referência.

Gomes *et al.* (2020) relatou que enquanto maior o valor de dureza mais lento será sua cinética no organismo, assim como enquanto menor seu valor, mais rápido acontecerá sua cinética. Diante disso, nota-se que alguns excipientes presentes no medicamento podem interferir diretamente na dureza do comprimido, como é um exemplo o medicamento de referência, que pode ser justificado pela presença de amido de milho pré-gelatinizado como aglutinante em seus excipientes, o que lhe confere maior dureza (NOVELI *et al.*, 2020).

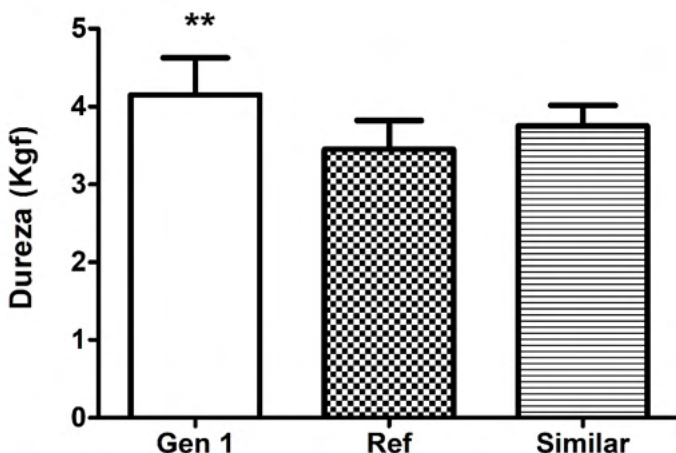


Figura 3 - Dureza dos comprimidos de referência, genérico e similar.

Fonte: Autores, 2022.

As alturas dos medicamentos referência, genérico e similar foram de 2,53 mm; 2,69 mm e 3,33 mm, respectivamente conforme **Figura 4**. Não houve diferença estatística entre as alturas dos comprimidos referência e genérico ($p > 0,05$). Já o medicamento similar apresentou diferença significativa em comparação com referência e com genérico ($p < 0,0001$). Em termos de porcentagem, a altura do medicamento similar foi 31,36% maior que a do medicamento de referência.

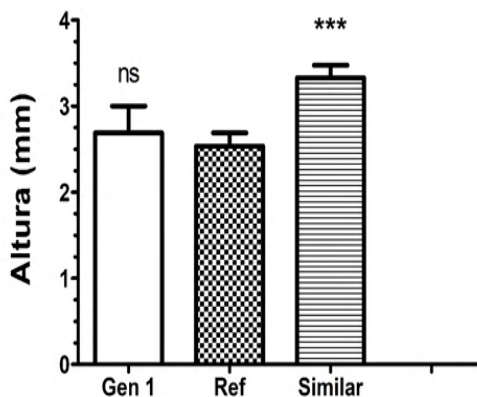


Figura 4 - Altura das amostras dos comprimidos de referência, genérico e similar.

Fonte: Autores, 2022.

A espessura de um comprimido é determinada pelo diâmetro da matriz, pela quantidade de material particulado que o preenche, pelas características de compactação dos pós ou grânulos e pela força ou pressão aplicada durante a compressão (ALLEN *et al.*, 2013). Sendo assim, é necessário que haja um controle da força de compressão para que não leve a alterações sobre a espessura do medicamento, podendo assim interferir na qualidade dele. Isso justifica a diferença de um fabricante para outro, visto que depende da força aplicada pela máquina compressora e da formulação dos medicamentos.

A espessura é relevante, principalmente para o processo de embalagem, onde variações excessivas na altura das formas farmacêuticas sólidas comprometem o desempenho do processo por encavalamento ou obstrução das guias da emblistadeira (CORIDIOLA *et al.*, 2016).

No teste de desintegração o medicamento de referência a média do tempo de desintegração foi de 58 segundos, o genérico foi de 39 segundos, e o similar em 248 segundos. Apesar dos dados terem apresentado diferença, todas as classes analisadas estão aprovadas, pois de acordo com a Farmacopeia Brasileira, o tempo limite para este teste é de no máximo 30 minutos (BRASIL, 2019).

Ainda assim é importante entender o motivo da variação entre as amostras, pois a biodisponibilidade do medicamento tem relação com diversos parâmetros, sendo a desintegração um deles (XAVIER *et al.*, 2019). Os excipientes presentes nos medicamentos (**Tabela 3**) interferem na sua solubilidade, porém, apesar do medicamento similar apresentar um tempo maior em relação as outras duas apresentações ele possui os mesmos lubrificantes que os demais (NOVELI *et al.*, 2020).

Os excipientes têm grande importância na formulação, pois desempenham funções fundamentais, que não farmacológicas. Os diluentes, como é o caso da lactose monoidratada, é responsável por compor a maior parte da unidade sólida do comprimido

e possui papel essencial para liberação do princípio ativo. Os lubrificantes, que são o talco, estearato de magnésio e celulose microcristalina servem para melhorar a força de compressão através da massa do pó ou granulado. Os deslizantes, como o amido de milho e dióxido de silício, melhoram a mistura do fluxo de pós, reduzindo a fricção entre partículas. O amido e a celulose também fazem parte da classe dos excipientes desintegrantes e superdesintegrantes, que facilitam a separação ou desintegração da forma farmacêutica sólida após a administração (BARBOSA, 2017).

A dureza do medicamento de referência pode ser justificada pela presença do amido de milho pré-gelatinizado, como já citado anteriormente. A diferença no tempo de desintegração do medicamento similar, mesmo que em termos de formulação seja qualitativamente igual ao medicamento genérico, podemos sugerir que no quantitativo não esteja com valores iguais, pois uma maior quantidade de excipientes que conferem a lubrificação dos pós, justificaria o tempo de desintegração dele, visto que foi superior aos demais medicamentos.

	REFERÊNCIA	GENÉRICO	SIMILAR
Princípio Ativo	Hidroclorotiazida	Hidroclorotiazida	Hidroclorotiazida
	Lactose monoidratada	Lactose monoidratada	Lactose monoidratada
	Amido de milho	Amido de milho	Amido de milho
Excipientes	Estearato de magnésio	Estearato de magnésio	Estearato de magnésio
	Amido de milho pré-gelatinizado	****	****
	****	Celulose microcristalina	Celulose microcristalina
	****	Talco	Talco
	****	Dióxido de silício	Dióxido de silício

Tabela 3 - Formulações descritas nas bulas dos três medicamentos avaliados.

Fonte: Autores, 2022. Adaptado da bula dos medicamentos.

Diante destes resultados e avaliando ainda a relação com os dados da desintegração, pode-se dizer que possivelmente o medicamento similar, que apresentou um tempo de desintegração de 248" e o menor teor de dissolução teria uma menor taxa de biodisponibilidade, ficando o oposto do medicamento genérico, que trouxe as melhores taxas de desintegração (39") e teor de dissolução (94,10%), podendo indicar o medicamento com melhor biodisponibilidade diante de tais parâmetros.

Para execução dos cálculos de teor através do teste de dissolução e o doseamento dos comprimidos precisou-se validar a metodologia.

Para validação da metodologia analítica de quantificação foi construído uma curva de calibração (**Figura 5**) através dos resultados de absorvâncias do padrão secundário

(Tabela 4). Esta curva forneceu a equação da reta para ser calculado o teor de dissolução das amostras e o valor de linearidade, representado por R^2 . A linearidade é a proporção entre a concentração e a absorbância obtida, ou seja, para ter uma proporção ideal, se faz necessário que esse R^2 esteja o mais próximo possível de 1, o resultado obtido foi de 0,9904 mostrando que o método é linear (proporcional).

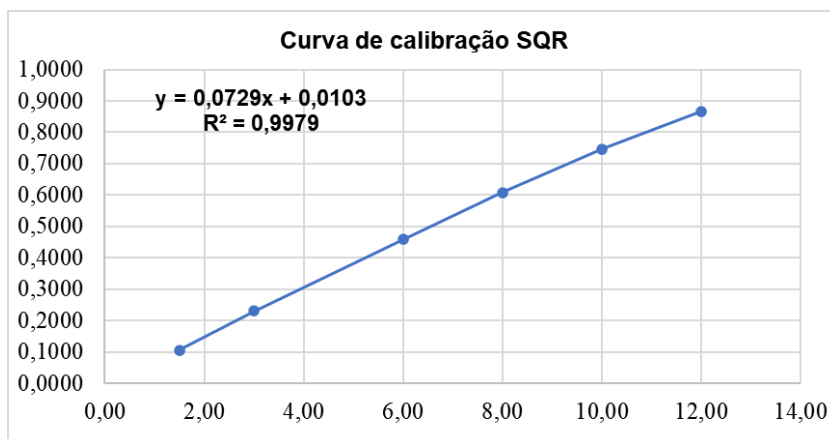


Figura 5 - Curva de calibração da Substância Química de Referência (SQR) hidroclorotiazida.

Fonte: Autores, 2022.

A curva de calibração da substância química de referência (hidroclorotiazida) foi realizada e os valores de precisão e exatidão são apresentados na Tabela 4.

$\mu\text{g/mL}$	ABS1	ABS2	ABS3	Média	DP	DPR	Exatidão (%)
0,75	0,059	0,055	0,06	0,058	0,003	4,562	87,243
1,5	0,107	0,106	0,106	0,106	0,001	0,543	87,822
3	0,227	0,232	0,231	0,230	0,003	1,150	100,457
6	0,463	0,455	0,456	0,458	0,004	0,952	102,355
8	0,607	0,61	0,609	0,609	0,002	0,251	102,601
10	0,749	0,744	0,748	0,747	0,003	0,354	101,056
12	0,869	0,866	0,864	0,866	0,003	0,290	97,855

Tabela 4 - Dados brutos da curva de calibração da SQR hidroclorotiazida.

Fonte: Autores, 2022.

Para o limite de detecção foram utilizadas alíquotas do padrão com as concentrações entre 0,75 $\mu\text{g/mL}$ e 12 $\mu\text{g/mL}$. As leituras foram feitas no espectrofotômetro para obtenção dos valores do analito de cada amostra, chegando ao limite mínimo na concentração 0,75

$\mu\text{g/mL}$, visto que abaixo dessa concentração não houve detecção. Para métodos visuais, o limite de detecção é determinado pela menor concentração para a qual é possível constatar o efeito visual esperado (BRASIL, 2017). O limite de quantificação foi o mesmo valor de $0,75 \mu\text{g/mL}$, pois foi quantificável através da curva de calibração.

Para conferência da exatidão da validação, o teste foi realizado em triplicata com concentrações conhecidas, partindo do $0,75 \mu\text{g/mL}$ até $12 \mu\text{g/mL}$, com os devidos intervalos, com a finalidade de chegar na média entre elas para conferir confiabilidade do resultado obtido. A exatidão deve ser expressa pela relação percentual de recuperação do analito de concentração conhecida adicionado à amostra ou pela relação entre a concentração média, determinada experimentalmente e a concentração teórica (BRASIL, 2017).

A precisão do teste foi determinada pela repetibilidade dos resultados utilizando dois equipamentos diferentes. O desvio padrão dos resultados entre as leituras nos diferentes equipamentos, (**Tabela 5**), demonstraram-se baixos.

O método demonstrou robustez nas medições das absorvâncias em dois espectrofotômetros diferentes trouxeram dados que a maioria mostrava os mesmos valores. Entre as concentrações $6 \mu\text{g/mL}$ e $12 \mu\text{g/mL}$ o desvio padrão foi zero, demonstrando que não houve diferença nas leituras das amostras (**Tabela 5**).

Concentrações ($\mu\text{g/mL}$)	BEL PHOTONICS Absorbância (média e DP)	GLOBAL EQUIPAMENTOS Absorbância (média e DP)	DESvio INTER RESULTADOS Absorbância (média e DP)
0,75	0,0653 \pm 0,0015	0,0537 \pm 0,0022	0,0595 \pm 0,0058
1,50	0,1040 \pm 0,0047	0,0867 \pm 0,0011	0,0953 \pm 0,0087
3,00	0,2173 \pm 0,0016	0,1893 \pm 0,0029	0,2033 \pm 0,0140
6,00	0,4000 \pm 0,0033	0,4000 \pm 0,0067	0,4000 \pm 0,0000
8,00	0,5653 \pm 0,0038	0,5653 \pm 0,0058	0,5653 \pm 0,0000
10,00	0,6407 \pm 0,0044	0,6407 \pm 0,0036	0,6407 \pm 0,0000
12,00	0,7153 \pm 0,0031	0,7153 \pm 0,0027	0,7153 \pm 0,0000

Legenda: DP (desvio padrão)

Tabela 5 – Resultados dos parâmetros de robustez.

Fonte: Autores, 2021.

Na **Tabela 6** estão dispostos os valores de absorvâncias das três classes de medicamentos analisados e seus desvios padrões. Através desses valores se calculou o teor, empregando a equação da reta $y=0,1572x-0,0474$, onde, “y” equivale ao valor da

absorbância de cada análise, para assim descobrir “x”, que equivale ao teor das amostras em miligrama e posteriormente em percentual.

CUBA	REFERÊNCIA		GENÉRICO		SIMILAR	
	Absorbância (média e DP)	TEOR %	Absorbância (média e DP)	TEOR %	Absorbância (média e DP)	TEOR %
1	0,8650 ±0,0033	92,9	0,9323 ±0,0015	99,7	0,7877 ±0,0088	85,0
2	0,8453 ±0,0057	90,9	0,8767 ±0,0004	94,6	0,8183 ±0,0051	88,1
3	0,8460 ±0,0057	90,9	0,8723 ±0,0051	93,6	0,8133 ±0,0117	87,6
4	0,8187 ±0,0042	88,1	0,8147 ±0,0017	87,7	0,7990 ±0,0026	86,1
5	0,8380 ±0,0113	90,1	0,8753 ±0,0004	93,0	0,7480 ±0,0033	81,0
6	0,8563 ±0,0004	91,9	0,8893 ±0,0042	95,3	0,7830 ±0,0046	84,5
Média dos teores	*****	90,90% ±1,4955	*****	94,10% ± 3,5447	*****	85,55% ± 2,3434

Legenda: DP (desvio padrão)

Tabela 6 – Resultados do teste de dissolução com suas respectivas absorbâncias, desvios padrões e teor das amostras testadas.

Fonte: Autores, 2022.

Os resultados do teste de dissolução apresentaram o teor de substância dissolvida dentro do limite preconizado pela Farmacopeia Brasileira, que é de no mínimo 80% dentro do tempo de 30 minutos (BRASIL, 2019).

Assim como o estudo de Ribeiro e colaboradores (2018), que comparou o perfil de dissolução entre as três apresentações de hidroclorotiazida, o de melhor resultado também foi o genérico. Na presente pesquisa o genérico obteve um maior teor (94,1%), entretanto apresentando uma variação maior dentre as leituras avaliadas. Apesar de ter um valor dentro dos padrões especificados, o medicamento similar ficou com o resultado menos satisfatório, com teor médio de 85,55% quando comparado ao de referência que apresentou teor de 90,90%.

Pode-se considerar que a pesquisa obteve equidade neste parâmetro, e possível efetividade terapêutica, já que a hidroclorotiazida é uma substância hidrossolúvel e apresentou-se dentro dos padrões preconizados (RIBEIRO *et al.*, 2018). Porém, a diferença entre os medicamentos pode trazer um dado que diferencie a ingestão de ambos, pois se sabe que a eficácia do medicamento, ou seja, sua biodisponibilidade, está diretamente relacionada à sua dissolução, visto que a velocidade de absorção depende da extensão de absorção do mesmo (SOUZA *et al.*, 2020).

De acordo com o Sistema de Classificação Biofarmacêutica (SCB), o fármaco hidroclorotiazida não pertence a uma classe específica, visto que na literatura contém

divergências, podendo ser encontrado na classificação II, III e até mesmo IV. Porém há uma concordância quando se referem ao fármaco como de baixa solubilidade, o que é diretamente proporcional a sua biodisponibilidade, considerada baixa (SOUZA, 2019). Na quantidade utilizada para os testes, é considerada solúvel, o que é comprovado de acordo com os resultados.

No teste de doseamento dos comprimidos (**Tabela 7**), é possível observar que apenas dois medicamentos estão dentro dos padrões preconizados pela Farmacopeia brasileira (BRASIL, 2019), onde a variação do teor deve estar entre 93% e 107%. O medicamento genérico e similar com o teor 104,3% e 97,3% respectivamente, apresentaram valores satisfatórios, o que não ocorreu com o medicamento de referência, que apresentou valor bem acima do permitido, ficando com 116,8%. Se o medicamento apresentar teor abaixo do especificado, ele pode prejudicar a efetividade do tratamento farmacoterapêutico, e caso apresente teor acima, pode apresentar efeitos adversos e toxicidade (MOURA, 2019; TRINDADE *et al.*, 2021).

Amostras	Absorbância média e DP	TEOR (%)
PADRÃO	0,762 ± 0,0034	99,2
REFERÊNCIA	0,897 ± 0,0005	116,8
GENÉRICO	0,801 ± 0,0050	104,3
SIMILAR	0,747 ± 0,0008	97,3

Legenda: DP (desvio padrão)

Tabela 7 – Média das absorbâncias das amostras obtidas através do doseamento e seus respectivos desvios padrões.

Fonte: Autores, 2021.

Quando é realizado o comparativo entre os testes, pode-se observar que apesar do peso médio, seus desvios e taxa de perda estarem dentro do especificado em todas as apresentações medicamentosas, notou-se discrepâncias entre as amostras. O medicamento similar apresentou valores menos favoráveis nos testes de dureza, no qual foi reprovado, desintegração e dissolução, podendo prejudicar sua biodisponibilidade em relação as outras classes analisadas. Já no que diz respeito ao teor de doseamento, o medicamento referência foi reprovado apresentando quantidade maior de princípio ativo do que especificado na monografia. No contexto geral o medicamento que apresentou melhores valores e parâmetros foi o genérico.

4 | CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa mostraram que o medicamento hidroclorotiazida na

apresentação referência teve seu teor reprovado, tendo em vista que os parâmetros de qualidade deste, não condiziam com as exigências apresentadas pelos compêndios oficiais.

Tanto o medicamento genérico quanto similar tiveram seus os parâmetros físico-químicos dentro do especificado pela monografia, exceto o peso médio. Entretanto a categoria de genérico, apresentou melhor resultado em todos os parâmetros de qualidade quando comparado com o similar e referência.

Se faz necessário mais pesquisas desta natureza, para assegurar que os medicamentos disponibilizados no mercado são de qualidade e estão dentro das conformidades técnicas, assegurando mais segurança para os usuários.

REFERÊNCIAS

ALLEN, L. V. *et al.* **Formas farmacêuticas e sistemas de liberação de fármacos**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BARATA-SILVA, C. *et al.* Desafios ao controle da qualidade de medicamentos no Brasil. **Cad. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 362-370, 2017.

BARBOSA, P., A., E. **Avaliação da funcionalidade dos excipientes de cápsulas de furosemida manipuladas nas farmácias de Manaus/AM**. 2017. 83f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Federal do Amazonas. Manaus, 2017.

BRAGA, B. P. *et al.* Desenvolvimento e avaliação da qualidade de comprimidos gastrorresistentes de ibuprofeno obtidos por via seca e via úmida. **Revista Brasileira Multidisciplinar – ReBraM**. v. 23, n. 2, 2020.

BRASIL. **Farmacopeia Brasileira**, v. 1, 6.ed. Brasília: ANVISA, 2019.

BRASIL. **Resolução RDC nº 301 de 22 de agosto de 2019** - Dispõe sobre as Diretrizes Gerais de Boas Práticas de Fabricação de Medicamentos. Brasília: ANVISA, 2019.

BRASIL. **Resolução RDC nº 166 de 24 de julho de 2017** - Dispõe sobre a validação de métodos analíticos e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2017.

BRASIL. **Resolução RDC nº 134/2003 de 29 de maio de 2003** - Dispõe sobre a adequação dos medicamentos já registrados. Brasília: ANVISA, 2003.

BRASIL. **Lei Nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999**. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 1999.

CORIDIOLA, J. F. F. *et al.* Avaliação comparativa da qualidade de comprimidos de dipirona similar em relação ao de referência. **Rev. Saúde de Biol.**, v.11, n.1, p. 48-57, jan/abr., 2016.

GOMES, N. D. B. *et al.* Avaliação da qualidade físico-química de comprimidos de hidroclorotiazida: estudo comparativo entre medicamentos de referência, genérico e similar. **Journal of Pharmaceutical Sciences**. v. 7, p. 172-182, 2020.

GUIMARÃES, M. C. L. *et al.* O registro sanitário do medicamento similar no Brasil e suas implicações na saúde pública: a responsabilidade do Estado frente à vulnerabilidade da população. **Infarma**. Brasília, v. 15, p. 7-8, 2003.

LOURENÇO, J. V., *et al.* Avaliação de friabilidade, peso médio, dureza e desintegração de medicamento referência, genérico e similar. Aracati, **Journal Off Applied Pharmaceutical Sciences**, v. 6, p. 118-129, 2019.

MEDEIROS, E. F. C. *et al.* Medicamentos de referência, genérico e similar: avaliação da qualidade dos comprimidos de captopril e enalapril. **Rev. Cient. Sena Aires**. Goiânia, v. 8, n. 1, p. 49-61, 2019.

MELO, *et al.* Avaliação da qualidade físico-química de comprimidos e cápsulas de cloridrato de metformina. **Brazilian Journal of Health and Pharmacy**, Montes Claros, v. 1, n. 9, 2019.

MENGUE, S. S. *et al.* Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. **Rev Saúde Pública**. 2016.

MOURA, J. R. *et al.* Medicamentos genéricos e similares: Porque não podem ser intercambiáveis entre si. **Revista Científica FacMais**, v. XV, n. 1, 2019.

MORAES, M. V. **Boas práticas de fabricação de medicamentos: uma análise sobre suas determinantes e o cenário brasileiro de cumprimento de seus requisitos**. 2018. 105 f. Tese de Conclusão de Curso (Doutorado). Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Brasília, Brasília, 2018.

NOVELI, A. P. *et al.* Controle de qualidade e perfil de dissolução comparativo de comprimidos contendo hidroclorotiazida. **Rev. Terra & Cult.**, Londrina, v. 36, n. 71, jul./dez. 2020.

PEREIRA, *et al.* Avaliação da qualidade dos comprimidos de ibuprofeno vendidos irregularmente no centro de Manaus em comparação aos medicamentos comercializados em drogarias. **Brazilian Journal of Technology**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 160-168, out/dez, 2020.

PIMENTA, E. Hidroclorotiazida x clortalidona: os diuréticos tiazídicos são todos iguais. **Rev. Bras. de Hipertensão**. v. 15, n. 3, jul/set, 2008.

ROCHA, T. G.; GALENDE, S. B. A importância do controle de qualidade na indústria farmacêutica. **Revista UNINGÁ Review**, Maringá, v. 20, n. 2, p. 97-103, 2014.

RIBEIRO, C. C. *et al.* Estudos de equivalência farmacêutica e perfil de dissolução comparativo de comprimidos contendo hidroclorotiazida. **Infarma: Ciências Farmacêuticas**. v. 20, e. 1, p. 5-13, 2018.

SANTOS, H. C. *et al.* Verificação da equivalência farmacêutica de comprimidos de referência, genéricos e similares de anti-hipertensivos distribuídos pela rede pública de saúde. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v. 6, n. 3, p. 11350-11363, mar. 2020.

SOUZA, C., M., P. **Desenvolvimento de formulação de associação em dose fixa a partir de dispersões sólidas de Hidroclorotiazida e Anlodipino**. 2019. 204f. Tese (Doutorado) — Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Recife, 2019.

SOUZA, M. T., *et al.* Estudo de equivalência farmacêutica entre comprimidos de furosemida similares e genéricos. **Infarma: Ciências Farmacêuticas**. v. 32, e. 1, p. 77-85, 2020.

TRINDADE, J. A. S.; et al. Parâmetros físico-químicos de qualidade do medicamento genérico hidroclorotiazida em relação ao medicamento de referência Clorana®. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 8, 2021.

XAVIER, J. S. *et al.* Análise de partição de comprimido de carbamazepina. **Rev. Expr. Catól. Saúde**. v. 4, n. 1, Jan/Jun, 2019.

CAPÍTULO 19

O IMPACTO DA MONKEYPOX NA SAÚDE DA CRIANÇA

Data de aceite: 03/10/2022

Data de submissão: 19/09/2022

Jhéssica Mariany Mendes Santos

Universidade Estadual de Montes Claros,
Departamento de Enfermagem
Montes Claros - MG
orcid.org/0000-0002-9090-194X

Gabriella Dias Gomes

Universidade Estadual de Montes Claros,
Departamento de Enfermagem
Montes Claros - MG
orcid.org/0000-0002-4927-2520

Bruna Emanuelle Santos

Universidade Estadual de Montes Claros,
Departamento de Enfermagem
Montes Claros - MG
orcid.org/0000-0001-8586-0672

Larissa Ariella Gonçalves Almeida

Universidade Estadual de Montes Claros,
Departamento de Enfermagem
Montes Claros - MG
orcid.org/0000-0002-4152-2425

Hilária Augusto Lopes Vieira

Universidade Estadual de Montes Claros,
Departamento de Enfermagem
Montes Claros - MG
orcid.org/0000-0003-0399-594X

Vanessa Soares Pereira

Universidade Estadual de Montes Claros,
Departamento de Enfermagem
Montes Claros - MG
orcid.org/0000-0002-4491-3261

Micaelle Souza Santos

Universidade Estadual de Montes Claros,
Departamento de Enfermagem
Montes Claros - MG
orcid.org/0000-0001-7970-9407

Kamilla de Oliveira Santos

Universidade Estadual de Montes Claros,
Departamento de Enfermagem
Montes Claros - MG
orcid.org/0000-0002-0008-1387

Laura Fabiana Rodrigues Araújo

Faculdades Unidas do Norte de Minas,
Departamento de Enfermagem
Montes Claros - MG
orcid.org/0000-0001-8379-2127

Raquel de Sousa Oliveira

Faculdades Santo Agostinho, Departamento de
Enfermagem
Montes Claros - MG
orcid.org/0000-0001-6953-6936

Erika Damasceno Ruas

Universidade Estadual de Montes Claros,
Departamento de Enfermagem
Montes Claros - MG
orcid.org/0000-0003-2711-0325

Iara Vitória Santos

Universidade Estadual de Montes Claros,
Departamento de Enfermagem
Montes Claros - MG
orcid.org/0000-0002-5002-9712

RESUMO: Introdução: A Monkeypox (MPX) é uma zoonose considerada como emergência

de saúde pública de importância internacional, atingindo cerca de 75 países. É transmitida principalmente por contato direto ou indireto com sangue, fluidos corporais, lesões de pele ou mucosas de humanos ou animais infectados. **Objetivo:** Conhecer acerca das repercussões da MPX na saúde da criança. **Método:** Revisão sistemática da literatura que visou selecionar artigos disponíveis nos últimos cinco anos, de acesso gratuito, em qualquer idioma e que abordassem sobre o tema. **Resultados:** Foram incluídos 13 artigos. Neles, destaca-se que a infecção pediátrica por MPX tem sido associada à maior probabilidade de doença grave e mortalidade. Situações como; ambiente familiar, semelhanças e reativação de outras doenças impactam diretamente no seu desenvolvimento nas crianças. A diminuição da imunidade associada à descontinuação da vacina deixam os indivíduos mais susceptíveis a se contaminar por Orthopoxvirus. **Conclusão:** Saber sobre a monkeypox e seus sintomas é crucial para distinguir afecções parecidas, detectar precocemente a doença e fazer o manejo correto do tratamento. Além disso, é importante discutir sobre isolamento e vacinação nessa faixa etária em questão.

PALAVRAS-CHAVE: Monkeypox; criança; doenças endêmicas.

MONKEYPOX IMPACT ON CHILDREN'S HEALTH

ABSTRACT: Introduction: Monkeypox (MPX) is a zoonosis considered a public health emergency of international importance, affecting about 75 countries. It is mainly transmitted by direct or indirect contact with blood, body fluids, skin lesions or mucous membranes of infected humans or animals. **Objective:** To know about the repercussions of MPX on children's health. **Method:** A systematic review of the literature that aimed to select articles available in the last five years, with free access, in any language and that addressed the topic. **Results:** 13 articles were included. In them, it is highlighted that pediatric MPX infection has been associated with a higher probability of severe illness and mortality. Situations like; family environment, similarities and reactivation of other diseases directly impact their development in children. The decrease in immunity associated with vaccine discontinuation leaves individuals more susceptible to becoming infected with Orthopoxvirus. **Conclusion:** Knowing about monkeypox and its symptoms is crucial to distinguishing similar conditions, detecting the disease early and managing the treatment correctly. In addition, it is important to discuss isolation and vaccination in this age group in question.

KEYWORDS: Monkeypox; child; endemic diseases.

INTRODUÇÃO

A Monkeypox (MPX) é uma zoonose viral endêmica, transmitida principalmente por contato direto ou indireto com sangue, fluidos corporais, lesões de pele ou membranas mucosas de humanos ou animais infectados (ECDC, 2022). Constitui uma emergência de saúde pública de importância internacional, atingindo cerca de 75 países, sendo a Europa o epicentro, com mais de 80% dos casos notificados mundialmente. No Brasil, até o início de julho, mais de 100 casos de varíola causados por esse vírus já foram registrados, sendo São Paulo o estado com maior índice de infectados (GHEBREYESUS, 2022; BRASIL, 2022).

Caracteriza-se pela presença de febre, cefaléia, linfadenopatia, astenia e mialgias. Outra sintomatologia frequentemente encontrada são as erupções cutâneas, essas geralmente acometem a face e extremidades e podem manifestar-se nas mucosas orais, genitais, conjuntivas e córneas, tais manifestações costumam desaparecer entre duas a quatro semanas (WHO, 2022).

O diagnóstico é realizado por teste molecular e/ou sequenciamento genético, através de exame laboratorial. O tratamento é inespecífico e a conduta terapêutica está direcionada aos cuidados diretos com as lesões cutâneas, no alívio dos sintomas, no gerenciamento de complicações e infecções secundárias, e na prevenção de sequelas a longo prazo (BRASILb, 2022; ANVISA, 2022).

Por ser considerada uma população vulnerável, o surgimento de casos em crianças levanta preocupações sobre seu potencial de propagação. A taxa de mortalidade em áreas endêmicas varia de 0 a 11%, afetando principalmente crianças. Na África, os índices mais elevados têm sido significativamente observados em crianças não vacinadas contra a varíola (BRASILc, 2022; SOOKAROMDEE; WIWANITKIT, 2022). Estima-se que a vacinação contra varíola forneça 85% de proteção cruzada contra a infecção (PETERSEN, 2019; BASGOZ, 2022). No atual cenário, duas vacinas contra a MPX foram aprovadas e uma terceira está em avaliação, no entanto, faltam dados sobre a sua eficácia (GHEBREYESUS, 2022). Mediante ao exposto objetiva-se a realização desta pesquisa para conhecer acerca das repercussões da MPX na saúde da criança.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, cujo instrumento utilizado foi a revisão sistemática da literatura que visa identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes disponíveis com base na delimitação de uma determinada questão. A revisão se submeteu as seguintes fases: a) identificação do tema e formulação da questão norteadora; b) definição dos critérios de inclusão e exclusão; c) seleção dos dados que serão extraídos dos estudos; d) avaliação crítica dos estudos selecionados; e) interpretação dos resultados; f) apresentação da síntese e revisão dos conteúdos (GALVÃO; PEREIRA, 2014).

Obedecendo à primeira etapa, a seguinte questão norteadora foi estabelecida: “Quais são as repercussões da MPX na saúde da criança?”

O referencial teórico fundamentou-se na análise de artigos científicos buscados na MEDLINE através da Biblioteca Virtual da Saúde durante o mês de agosto de 2022. Para a seleção dos mesmos, os seguintes critérios de inclusão foram adotados: artigos disponíveis na íntegra nos últimos cinco anos (2017-2022), de acesso gratuito e que abordassem sobre o tema, utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde: *Monkeypox* e *criança*. Não houve especificação quanto ao idioma. Artigos repetidos, pagos e que não abordavam o assunto em questão, foram excluídos. Após busca criteriosa, 13 artigos foram utilizados.

RESULTADOS

Levantaram-se, a partir do cruzamento dos descritores nas bases elencadas, 20 publicações e após serem submetidas aos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos, foram selecionados 13 artigos, sendo todos em inglês. A maioria consistiam em pesquisas dos anos de 2022 (n. 4) e 2019 (n.4), realizadas nos países da África (n.10) e publicadas nos Estados Unidos da América (n.7).

Fundamentada na análise realizada, um fluxograma foi produzido com objetivo de apresentar os artigos elegidos de maneira sintética para uma visão mais abrangente. A Figura 1 apresenta o fluxograma com as etapas de identificação à inclusão.

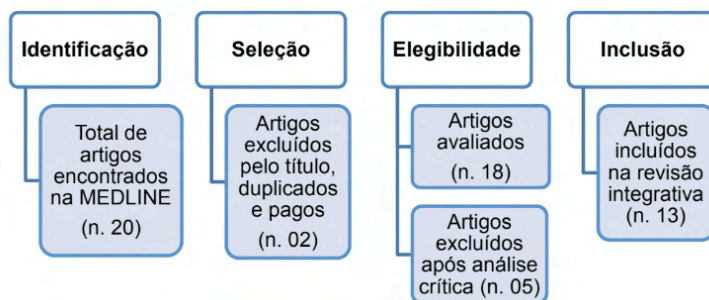


FIGURA 1 - Diagrama de análise de processo de seleção dos artigos para revisão integrativa.

Fonte: Autores, 2022

Posteriormente, durante a leitura dos artigos escolhidos, um quadro sinóptico (quadro 1) foi construído para melhor visualização da estrutura e organização do conteúdo selecionado.

N	Base do Periódico	Autor(es) e ano	Título do Artigo	País de publicação	Objetivo
1	MEDLINE	Adler et al., 2022	Clinical features and management of human monkeypox: a retrospective observational study in the UK.	Reino Unido	Conhecer as Características clínicas e manejo da varíola humana
2	MEDLINE	Furth et al., 2022	Paediatric monkeypox patient with unknown source of infection, the Netherlands, June 2022	Holanda	Relatar caso de paciente pediátrico com varíola de macaco com fonte desconhecida de infecção
3	MEDLINE	Rizk et al., 2022	Prevention and Treatment of Monkeypox	Estados Unidos da América	Explicar a prevenção e o manejo da varíola dos macacos

4	MEDLINE	Bunge et al., 2022	The changing epidemiology of human monkeypox-A potential threat? A systematic review	Holanda	Avaliar como a epidemiologia da varíola dos macacos evoluiu desde que foi diagnosticada pela primeira vez em 1970 na República Democrática do Congo
5	MEDLINE	Hughes et al., 2021	A Tale of Two Viruses: Coinfections of Monkeypox and Varicella Zoster Virus in the Democratic Republic of Congo	Estados Unidos da América	Verificar se ocorrem coinfeções e caracterizar a natureza clínica desses casos.
6	MEDLINE	Doshi et al., 2019.	Epidemiologic and Ecologic Investigations of Monkeypox, Likouala Department, Republic of the Congo, 2017.	Estados Unidos da América	Investigar casos suspeitos de varíola do macaco, e coletar amostras de sangue, de vesículas e lesões ativas para testar anticorpos.
7	MEDLINE	Sadeuh-Mba et al., 2019.	Monkeypox virus phylogenetic similarities between a human case detected in Cameroon in 2018 and the 2017-2018 outbreak in Nigeria.	Holanda	Comparar a relação genética próxima com outro vírus da varíola do macaco isolado na Nigéria durante o surto 2017-2018.
8	MEDLINE	Ogoina et al., 2019.	The 2017 human monkeypox outbreak in Nigeria-Report of outbreak experience and response in the Niger Delta University Teaching Hospital, Bayelsa State, Nigeria.	Nigéria	Relatar a experiência e resposta do surto de Monkeypox no Hospital Universitário do Delta do Niger (NDUTH), estado de Bayelsa.
9	MEDLINE	Leung et al., 2019.	Varicella in Tshuapa Province, Democratic Republic of Congo, 2009-2014.	Estados Unidos da América	Descrever casos de varicela na província de Tshuapa, na República Democrática do Congo, identificado durante a vigilância da varíola.
10	MEDLINE	Besombes et al., 2019.	Intrafamily Transmission of Monkeypox Virus, Central African Republic, 2018.	Estados Unidos da América	Investigar sobre a transmissão intrafamiliar do Vírus Monkeypox, na República Centro-Africana em 2018.
11	MEDLINE	Kalthan et al., 2018.	Investigation of an outbreak of monkeypox in an area occupied by armed groups, Central African Republic.	França	Determinar as características da doença, descrever o contexto e os fatores de risco e medir a incidência e letalidade.
12	MEDLINE	Yinka-Ogunleye et al., 2018.	Reemergence of Human Monkeypox in Nigeria, 2017.	Estados Unidos da América	Conhecer sobre a reemergência de varíola dos macacos em humanos na Nigéria, 2017.
13	MEDLINE	Hoff et al., 2017	Varicella Coinfection in Patients with Active Monkeypox in the Democratic Republic of the Congo.	Estados Unidos da América	Examinar uma variedade de hipóteses para explicar a proporção inesperadamente alta de coinfeções, incluindo a hipótese de que os dois vírus ocorrem de forma independente.

Quadro 1 - Revisão de Literatura

Fonte: Autores, 2022

DISCUSSÃO

A infecção pediátrica por MPX tem sido historicamente relacionada à maior probabilidade de doença grave e mortalidade se comparado a adultos (ADLER *et al.*, 2022). Estudo “Epidemiologic and Ecologic Investigations of Monkeypox, Likouala Department, Republic of the Congo, 2017” relata que a idade mediana dos casos confirmados, prováveis e possíveis, foi de 11,5 anos. O que se assemelha a pesquisa “Investigation of an outbreak of monkeypox in an area occupied by armed groups, Central African Republic” cuja taxa de mortalidade foi maior nos pacientes que estavam na faixa etária < 10 anos (KALTHAN *et al.*, 2018; DOSHI *et al.*, 2019). Em contrapartida, Bunge et al (2022) relatou que esses números eram mais comuns nos anos de 1970 e 1990, visto que 100% das mortes do estudo ocorreram em crianças menores de 10 anos. Mas felizmente essa realidade tende a mudar, pois nas últimas duas décadas (2000-2019), foi confirmado que apenas 37,5% (6/16) dos óbitos ocorreram nesse grupo em questão (BUNGE *et al.*, 2022).

Por ser considerada uma população vulnerável, esses dados de contágio podem ser explicados através da transmissão intrafamiliar. Corroborando com essa informação, vários estudos relatam que a transmissão humano-humano desempenha papel importante na propagação da MPX. Numa carta de pesquisa, uma mulher de 25 anos com infecção por MPX em estágio tardio, foi fonte de contaminação para as duas filhas, de 5 meses e 4 anos de idade (BESOMBES *et al.*, 2019). Outro artigo relata que dois dias após confirmação da MPX em um menino de 11 anos, os membros da sua família também desenvolveram sintomas parecidos. Essa paridade também está presente no trabalho de Doshi e colaboradores que aponta a presença de contágio em um menino de 8 anos, o mesmo dividia regularmente a cama com o irmão que estava com a doença (OGOINA *et al.*, 2022; DOSHI *et al.*, 2019).

A maioria das crianças nesta revisão apresentam sintomas semelhantes, os mais frequentes foram febre, lesões e úlceras nas mucosas oral e nasal, linfadenopatia, prurido, dor de cabeça e mal-estar, além desses identificou-se dor de garganta, dores no corpo, conjuntivite, mialgia e deficiência de imunoglobulina A. Apesar de ser um sintoma comum em adultos, as lesões na região genital não foram evidenciadas em nenhuma das crianças destes estudos (FURTH *et al.*, 2022; HOFF *et al.*, 2017; OGOINA *et al.*, 2017; SADEUHMBA *et al.*, 2019; YINKA-OGUNLEYE *et al.*, 2018).

Os sintomas da MPX são, muita das vezes, inespecíficos, por isso requer atenção redobrada ao serem identificados, visto que suas características clínicas se assemelham à varicela. O estudo “Varicella in Tshuapa Province, Democratic Republic of Congo, 2009-2014” constata que dos 895 diagnosticados com varicela, 4% deles foram confirmados laboratorialmente como MPX, posteriormente (LEUNG *et al.*, 2019). Outro trabalho que tinha como objetivo relatar a experiência e resposta do surto de Monkeypox em um hospital universitário, evidenciou que os médicos muitas vezes confundiram os sintomas de MPX

com os de varicela, ocasionando em diagnósticos errôneos (OGOINA *et al.*, 2022). Nesse sentido, distinguir essas infecções é crucial para o manejo correto do tratamento e evitar possíveis complicações.

Outro fato que tem chamado a atenção dos pesquisadores é a possibilidade da infecção por MPX acionar diretamente a reativação do vírus varicela zoster resultando no diagnóstico de herpes zoster (HZ). Um artigo analítico, cita que apesar da maioria dos indivíduos coinfectados serem jovens, a MPX é capaz de desencadear reativação da HZ em qualquer faixa etária (HOFF *et al.*, 2017; HUGHES *et al.*, 2020). Esse fato corrobora com dados apresentados em um estudo observacional retrospectivo que testou três crianças para o orthopoxvírus, duas delas deram IgG negativo para MPX e IgG positivo para o vírus varicela zoster (ADLER *et al.*, 2022).

Por se tratar de uma população suscetível, salienta a importância de realizar o diagnóstico de maneira efetiva. Pesquisas apontam que os principais meios para detecção da MPX em crianças são PCR de um swab de lesão, amostras de sangue e do trato respiratório superior. Assim, destaca-se a relevância da educação permanente, com intuito de capacitar os profissionais para utilizar corretamente os meios para diagnóstico em tempo hábil, interpretação dos resultados e escolha adequada do tratamento ideal, que incluem colaboração multidisciplinar, além de comunicação com a família e manejo das sintomatologias apresentadas (ADLER *et al.*, 2022; DOSHI *et al.*, 2019).

A MPX está epidemiologicamente relacionada àqueles não vacinados contra o vírus. Em estudos anteriores, a prevalência da mesma foi associada a crianças que não teriam se vacinado. Nesse contexto, outra pesquisa confirma a maior susceptibilidade de indivíduos se contaminar por Orthopoxvirus devido a diminuição da imunidade associada à descontinuação da vacina (BESOMBES *et al.*, 2019; BUNGE *et al.*, 2022; RIZK *et al.*, 2022; HOFF *et al.*, 2017). A gravidade da doença em crianças e sua letalidade apontam a necessidade de uma vacina ou de antiviral para combater essa infecção. Estratégias, como campanhas de conscientização devem ser desenvolvidas para informar sobre as características da doença evitando a estigmatização, essas intervenções são essenciais para a prevenção, detecção precoce e controle da varíola (RIZK *et al.*, 2022; KALTHAN *et al.*, 2018; SADEUH-MBA *et al.*, 2019).

CONCLUSÃO

Levando em consideração os aspectos abordados nesse artigo, conclui-se que há uma preocupação com o curso da infecção nas crianças, pois apesar de não ser um grupo majoritariamente afetado pela MPX, os mesmos sofrem com a sua gravidade e letalidade. O ambiente familiar impacta diretamente na transmissão da doença, e embora o contágio seja feito através do contato, nas pesquisas pouco se discute sobre o isolamento.

Acerca dos sintomas, observou-se que muitas vezes são confundidos com os da

varicela, por isso a importância de saber identificar as semelhanças para diagnóstico e manejo correto. Outro achado importante é a possibilidade da infecção por MPX acionar diretamente a reativação do vírus varicela zoster resultando em herpes zoster, além disso, constatou que a MPX está epidemiologicamente relacionada a indivíduos não vacinados contra o vírus.

Assim, evidencia a necessidade de desenvolver novas pesquisas relacionadas à temática em questão, pois embora os estudos tenham demonstrado avanços, ainda há fragilidades e aspectos que precisam de maior enfoque.

REFERÊNCIAS

1. ADLER, H et al. **Clinical features and management of human monkeypox: a retrospective observational study in the UK.** Lancet Infect Dis.v.22, n.8, p.1153-1162 2022.
2. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Orientações para Prevenção e Controle da Monkeypox,** 2022.
3. BASGOZ, N et al. **Case 24-2022: Um homem de 31 anos com úlceras perianas e penianas, dor retal e erupção cutânea.** N Engl J Med.v.387, p.547-556, 2022.
4. BESOMBES, C et al. **Intrafamily Transmission of Monkeypox Virus, Central African Republic, 2018.** Emerg Infect Dis.v.25,n.8, p.1602-1604, 2019.
5. BRASIL a. Ministério da Saúde. **(2022) Entenda a origem da varíola dos macacos; transmissão atual ocorre somente entre humanos,** 2022.
6. BRASIL b. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Informe Número 45- Sala de Situação Monkeypox,** 2022.
7. BRASIL c. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Departamento de Saúde Materno Infantil. Coordenação-Geral de Saúde Perinatal e Aleitamento Materno.** Plano de Contingência Nacional para Monkeypox, 2022.
8. BUNGE, E.M et al.**The changing epidemiology of human monkeypox-A potential threat? A systematic review.** .PLoS Negl Trop Dis.v.16. n.1, p.1-20, 2022.
9. DOSHI, R.H et al. **Epidemiologic and Ecologic Investigations of Monkeypox, Likouala Department, Republic of the Congo, 2017.** Emerg Infect Dis.v.25, n.2, p. 281-289, 2019.
10. ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control. Interim advice on Risk Communication and Community Engagement during the monkeypox outbreak in Europe. **Situation analysis Monkeypox outbreak in Europe Risk communication,** 2022.
11. FURTH, T.V et al. **Paediatric monkeypox patient with unknown source of infection, the Netherlands, June 2022.** Euro Surveill. v. 27, n. 29, p. 1-5, 2022.

12. GALVÃO, T.F; PEREIRA, M.G. **Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração.** *Epidemiol. Serv. Saúde.*v.23, n.1, p. 183-184, 2014.
13. GHEBREYESUS, T.A. **Why the monkeypox outbreak constitutes a public health emergency of international concern.** *BMJ.*v.378, 2022.
14. HOFF, N.A et al. **Varicella Coinfection in Patients with Active Monkeypox in the Democratic Republic of the Congo.***Ecohealth.* v.14, n.3, p.564-574, 2017.
15. HUGHES, C.M et al. **A Tale of Two Viruses: Coinfections of Monkeypox and Varicella Zoster Virus in the Democratic Republic of Congo.** *Am J Trop Med Hyg.* v. 104, n.2, p.604-611, 2020.
16. KALTHAN, E et al. **Investigation of an outbreak of monkeypox in an area occupied by armed groups, Central African Republic.***Tenguere, Med Mal Infect.* v. 48, n.4.p. 263-268, 2018.
17. LEUNG, J et al. **Varicella in Tshuapa Province, Democratic Republic of Congo, 2009-2014.** *Trop Med Int Health.* v.24, n.7, p.839-848, 2019.
18. OGOINA, D et al. **The 2017 human monkeypox outbreak in Nigeria-Report of outbreak experience and response in the Niger Delta University Teaching Hospital, Bayelsa State, Nigeria.** *PLoS One.*v.14, n.4, 2022.
19. PETERSEN, E et al. **Human Monkeypox: Epidemiologic and Clinical Characteristics, Diagnosis, and Prevention.** *Infect Dis Clin North Am.*v.33,n.1, p.1027-1043, 2022. response.
20. RIZK, J.G et al. **Prevention and Treatment of Monkeypox.** *Drugs.*v.82, n.9, p.957-963 2022.
21. SADEUH-MBA, S.A et al. **Monkeypox virus phylogenetic similarities between a human case detected in Cameroon in 2018 and the 2017-2018 outbreak in Nigeria.** *Infection. Genetics and Evolution.*v.69, p.8-11, 2019.
22. SOOKAROMDEE P; WIWANITKIT V. **Monkeypox: we still don't know about the outbreaks rapid response.** *BMJ.* v.377, 2022.
23. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)a. **Monkeypox: key facts,** 2022.
24. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)b. **Multi-country monkeypox outbreak : situation update June 04 2022,** 2022.
25. YINKA-OGUNLEYE, A et al. **Reemergence of Human Monkeypox in Nigeria, 2017.***Emerg Infect Dis.*v.24, n.6, p.1149-1151, 2018.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SÍFILIS ADQUIRIDA NO ESTADO DE TOCANTINS 2011-2021

Data de aceite: 03/10/2022

Data de submissão: 03/09/2022

Adriana Monteiro da Silva Costa

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos
(UNITPAC)

Araguaína – Tocantins

<http://lattes.cnpq.br/2698531385840873>

Anderson Luís Santos Azevedo

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos
(UNITPAC)

Araguaína – Tocantins

<http://lattes.cnpq.br/9249502740504027>

Beatriz Vieira Rodrigues

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos
(UNITPAC)

Araguaína – Tocantins

<http://lattes.cnpq.br/4545821561122491>

Davyl Bezerra Viana

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos
(UNITPAC)

Araguaína – Tocantins

<http://lattes.cnpq.br/3128589146979655>

João Pedro Martins Pedrosa da Cunha

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos
(UNITPAC)

Araguaína – Tocantins

<https://orcid.org/0000-0002-6525-2810>

Marcos Vinícius Nunes de Barros

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos
(UNITPAC)

Araguaína – Tocantins

<http://lattes.cnpq.br/5147770926315964>

Maria Eduarda Milhomem Neves

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos
(UNITPAC)

Araguaína – Tocantins

<http://lattes.cnpq.br/5422859374796247>

RESUMO: Introdução: A sífilis adquirida é definida como sífilis recente, com manifestações clínicas até um ano após a lesão primária. Durante a sífilis recente ocorre lesão primária, uma úlcera indolor no local em que ocorreu a infecção, à qual segue para sinais clínicos de sífilis secundária, apresentando úlceras e lesões semelhantes a uma reação alérgica. O não diagnóstico e tratamento, faz com que a doença progrida para uma fase de latência não apresentando sintomas evidentes e podendo, o paciente, conviver por anos com a doença nesse estágio. Ao passar para sífilis terciária, por não tratamento ou tratamento tardio, o paciente desenvolve complicações com manifestações clínicas graves, atingindo tecidos, órgãos e cérebro. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico da sífilis adquirida no Estado do Tocantins no período de 2011 a 2021. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, no qual foi utilizado como fonte de dados o Sistema de Informação de Agravos de Notificação, através da base de dados do Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Foram analisadas informações sobre os casos de sífilis adquirida que ocorreram no Estado de Tocantins. Foram considerados como critérios de inclusão a população brasileira de todas as faixas etárias,

de ambos os sexos, diagnosticados com sífilis adquirida no período de 2011 a 2021. **Resultados:** No período estudado foram analisados 6735 casos de sífilis adquirida, o ano de 2019 foi realizado um total de 1.453 notificações de casos de sífilis, com o maior número durante todo o período estudado. O ano com menor quantidade de casos foi em 2011, com apenas 31 notificações. **Conclusão:** Ratifica-se a necessidade de medidas profiláticas mais eficazes para combater a disseminação na comunidade e promover mais ações de promoção e proteção da saúde contra essa doença.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis. Sífilis adquirida. Infecções por treponema.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF SYPHILIS ACQUIRED IN THE STATE OF TOCANTINS 2011-2021

ABSTRACT: Introduction: Acquired syphilis is defined as recent syphilis, with clinical manifestations up to one year after the primary lesion. During recent syphilis, primary lesion occurs, a painless ulcer at the site of infection, which leads to clinical signs of secondary syphilis, presenting ulcers and lesions similar to an allergic reaction. Failure to diagnose and treat the disease causes the disease to progress to a latency stage, with no obvious symptoms and the patient can live for years with the disease at this stage. When passing to tertiary syphilis, due to lack of treatment or late treatment, the patient develops complications with severe clinical manifestations, affecting tissues, organs and brain. **Objective:** To describe the epidemiological profile of syphilis acquired in the State of Tocantins from 2011 to 2021.

Method: This is a descriptive, exploratory study with a quantitative approach, in which the Disease Information System was used as a data source. of Notification, through the database of the Information Department of the Unified Health System and the Brazilian Institute of Geography and Statistics. Information on acquired syphilis cases that occurred in the State of Tocantins was analyzed. Inclusion criteria were the Brazilian population of all age groups, of both sexes, diagnosed with acquired syphilis in the period from 2011 to 2021. **Results:** In the studied period, 6735 cases of acquired syphilis were analyzed, the year 2019 was carried out a total of 1,453 notifications of syphilis cases, with the highest number during the entire study period. The year with the lowest number of cases was in 2011, with only 31 notifications. **Conclusion:** The need for more effective prophylactic measures to combat the spread in the community and promote more actions to promote and protect health against this disease is confirmed.

KEYWORDS: Syphilis. Acquired syphilis. Treponemal infections.

1 | INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Essa infecção ocorre por contato sexual, transfusão de sangue, transplante de órgãos ou transmissão congênita. É classificada pelo Ministério da Saúde em: sífilis adquirida, sífilis congênita e sífilis gestacional (DANTAS *et al.* 2017).

A sífilis quando não tratada, evolui para formas mais graves, podendo comprometer o sistema nervoso, cardiovascular, respiratório e sistema gastrointestinal. É uma doença que ainda se constitui um problema de Saúde Pública no Brasil, tanto pelo grande número

de casos quanto pelas suas complicações (COELHO *et al.* 2018).

É uma doença de notificação compulsória regular, assim, todo caso confirmado deve ser notificado à Vigilância Epidemiológica conforme o critério: indivíduo assintomático com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente; ou clínica compatível, com pelo menos um teste reagente. A notificação e vigilância epidemiológica são necessárias para interromper a cadeia de transmissão e indicar as medidas de controle à doença (GODOY *et al.* 2021).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), anualmente cerca de 376 milhões de novos casos de doenças sexualmente transmissíveis curáveis são diagnosticados, entre os quais 6,5 milhões são de casos de sífilis. A prevalência global de sífilis é estimada em 0,5% para homens e mulheres, com variações regionais de 0,1 a 1,6%⁸⁻⁹, sendo que há maior concentração de casos em países em desenvolvimento (SANTOS *et al.* 2015).

O cenário epidemiológico da doença inclui aumento da incidência, associado à subnotificação de casos, levando o Ministério da Saúde a elaborar medidas de controle prioritárias como a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil. Vale ressaltar, que em 2014 houve diminuição da distribuição, em nível mundial, da Penicilina Benzatina, a qual é principal medicamento usado para tratamento da sífilis, destaca-se também a ampliação da testagem rápida (SBI, 2017).

Dessa forma, esse estudo teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico da sífilis adquirida no Estado do Tocantins no período de 2011 a 2021. Diante da ascensão do número de casos notificados ao longo dos anos, observa-se acerca da importância da qualidade na assistência à saúde, principalmente na atenção primária, visando o planejamento das ações de controle, prevenção e vigilância.

2 | MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, no qual foi utilizado como fonte de dados o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), através da base de dados do Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Local do estudo

O estudo foi realizado através do SINAN. Esse sistema é responsável por armazenar as notificações e investigações de casos de doenças e agravos presentes na lista nacional de doenças de notificação compulsória, possibilitando a realização de diagnósticos de saúde, contribuindo para identificar o cenário epidemiológico de determinadas áreas.

Participantes do estudo

Foram analisadas informações sobre os casos de sífilis adquirida que ocorreram no Estado de Tocantins. Foram considerados como critérios de inclusão a população brasileira de todas as faixas etárias, de ambos os sexos, diagnosticados com sífilis adquirida no período de 2011 a 2021.

Coleta de dados

Neste estudo foram utilizadas informações referentes aos casos de sífilis adquirida que foram notificados na ficha de notificação/investigação do SINAN, no qual os dados foram categorizados e organizados em uma planilha produzida pelas autoras e foram extraídos no ano de 2022.

Procedimentos de análise e tratamento dos dados

A tabulação dos dados e o cálculo dos indicadores foram realizados por meio do programa TABNET. Além disso, os dados foram tabulados considerando as seguintes variáveis: 1) Casos confirmados de sífilis por ano; 2) Por sexo; 3) Por faixa etária; 4) Por raça/cor; 5) Por nível de escolaridade. Para realização da análise dos dados utilizou-se o Microsoft Excel 2010, no qual os resultados são apresentados em forma de gráficos e tabelas. Por se tratar de um banco de dados de domínio público, não foi necessária submissão ao comitê de ética em pesquisa.

Aspectos éticos

Por se tratar de uma pesquisa que teve como fonte dados públicos secundários, disponibilizados pelo DATASUS e também por não apresentar variáveis que permitam a identificação dos indivíduos estudados, não é necessária autorização do Comitê de Ética em Pesquisa. Porém, conforme estabelecido na Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012, o presente estudo respeita todos os preceitos éticos exigidos.

3 | RESULTADOS

No período estudado foram analisados 6735 casos de sífilis adquirida, o ano de 2019 foi realizado um total de 1.453 notificações de casos de sífilis, com o maior número durante todo o período estudado. O ano com menor quantidade de casos foi em 2011, com apenas 31 notificações.

Ano Notificação	Todos Os Casos
2011	31
2012	44
2013	115
2014	169
2015	328
2016	707
2017	1073
2018	1269
2019	1453
2020	932
2021	614
Total	6735

Tabela 1: Todos os casos de sífilis adquirida segundo ano de notificação. Período: 2010-2021. Tocantins. Brasil. 2022.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Dentre a população pesquisada um total de 3858 indivíduos era do sexo masculino e 2876 do sexo feminino.

Sexo	Ignorado	Masculino	Feminino	Total
Total	1	3858	2876	6735

Tabela 2: Todos os casos de sífilis adquirida segundo sexo. Período: 2010-2021. Tocantins. Brasil. 2022.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

A Tabela 03 representa os achados referente aos casos de sífilis de acordo com a raça/cor, a população parda teve um total de 4520 com maior número de casos de notificação e a população indígena com 91 caso com menor número de notificações.

Ano notificação	Ign/ Branco	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
Total	225	884	660	355	4520	91	6735

Tabela 3: Todos os casos de sífilis adquirida segundo raça. Período: 2010-2021. Tocantins. Brasil. 2022.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

A Tabela 4 demonstra as notificações de sífilis segundo a faixa etária, em que o maior número foi na população entre 20 e 39 anos, com 4097 casos.

Faixa Etária	Todos os Casos
Em branco/IGN	1
out/14	53
15-19	781
20-39	4097
40-59	1435
60-64	140
65-69	105
70-79	101
80 e +	22
Total	6735

Tabela 4: Todos os casos de sífilis adquirida segundo faixa etária. Período: 2010-2021. Tocantins. Brasil. 2022.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Em relação a escolaridade o maior número de notificações a classificação foi ignorada ou deixado em branco com 1687 casos, seguido de 1558 casos com ensino médio completo, demonstrado na Tabela 5.

Escolaridade	Total
Ign/Branco	1.687
Analfabeto	107
1ª a 4ª série incompleta do EF	381
4ª série completa do EF	215
5ª a 8ª série incompleta do EF	773
Ensino fundamental completo	482
Ensino médio incompleto	785
Ensino médio completo	1.558
Educação superior incompleta	370
Educação superior completa	376
Não se aplica	1
Total	6.735

Tabela 5: Todos os casos de sífilis adquirida segundo escolaridade. Período: 2010-2021. Tocantins. Brasil. 2022.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

4 | DISCUSSÃO

A sífilis é um grande problema para a atual saúde pública brasileira, não apenas pela gravidade da própria doença, mas também como um fator de risco para outras doenças infecciosas, como o HIV 19, pois demonstra um comportamento sexual onde o indivíduo não utiliza preservativos, sendo este o principal meio de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (SCHNEIDER *et al.* 2008).

A prevalência de sífilis adquirida se mostrou elevada no Brasil no decorrer dos anos de 2011 a 2021 em todas as regiões, com impacto negativo, em particular no Sistema Único de Saúde. Todas as regiões tiveram um aumento de casos nos anos de 2017 seguidos de um pico em 2019 e uma redução a partir de 2020. Contrastando todas as regiões, a com maior número de casos foi a região Sudeste, seguida das regiões Norte e Nordeste, e ao comparar os gêneros, o sexo masculino teve maiores percentuais em todas as regiões (ESCOBAR *et al.* 2020).

Mulheres procuram mais aos serviços de saúde do que os homens, as mulheres cuidam mais de sua saúde e controlam melhor suas doenças, particularmente em razão das características do gênero início da idade reprodutiva, controle da fecundidade, e exames ginecológicos preventivos, realização do pré-natal, ou seja estão muito mais próximas do serviço de saúde que os homens, sabe-se que durante esses tipos de atendimentos são ofertados os testes rápidos para o diagnóstico HIV, Sífilis, Hepatite B e C, tornando assim o aumento da testagem em mulheres e consequentemente o número de casos detectados (SILVA *et al.* 2020).

Outros estudos corroboram que a faixa etária mais acometida socio demograficamente corresponde a faixa etária entre 20 a 39 anos, reflexo do número elevado de adolescentes acometidas em virtude do início precoce e desprotegido da vida sexual. Além disso, ocorre uma resistência enfrenta da pelos profissionais de saúde para realizar o tratamento de parceiros sexuais portadores de sífilis, o que corrobora uma reinfecção do paciente já tratado (ESCOBAR *et al.* 2020).

A baixa escolaridade está relacionada ao risco à saúde, uma vez que o menor acesso à informação interfere no entendimento sobre a importância dos cuidados com a saúde, principalmente no que se refere às medidas preventivas, dessa forma, prejudicando a interrupção na cadeia de transmissão (CONCEIÇÃO *et al.* 2020).

O não tratamento é um fator importante na disseminação da sífilis, mostrando que o percentual de tratamento não adequado corresponde a um grande número de casos. A falta de procura pelo tratamento pode estar relacionada com alguma fragilidade dos serviços de saúde quanto ao repasse de informações de forma a impactar e obter um controle maior da sífilis (DOMINGUES *et al.* 2016).

51 CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico da sífilis adquirida no Estado do Tocantins aponta para um crescimento da incidência no período analisado. A partir deste trabalho é possível identificar pontos críticos na ocorrência desta doença e aponta a necessidade de futuros estudos para análise do impacto das ações em saúde relacionadas à sífilis no Tocantins.

Portanto, há a necessidade do sistema de saúde em implementar intervenções terapêuticas adequadas e estratégias preventivas que garantam um suporte adequado aos indivíduos a partir da promoção e otimização de recursos. Os achados obtidos reforçam a importância do aumento da cobertura e qualificação da assistência tanto da Atenção Primária quanto dos outros âmbitos no intuito de reduzir as taxas de prevalência da doença.

REFERÊNCIAS

COELHO, Juliana Monteiro Ramos et al. Sífilis: um panorama epidemiológico do Brasil e do município de Volta Redonda/RJ/Syphilis: an epidemiological overview of Brazil and the municipality of Volta Redonda/RJ. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 1, n. 1, p. 128-147, 2018.

CONCEIÇÃO, H. N. *et al.* Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. **Saúde em debate**, v. 43, p. 1145-1158, 2020.

DANTAS, Livia Azevedo *et al.* Perfil epidemiológico de sífilis adquirida diagnosticada e notificada em hospital universitário materno infantil. **Enfermería Global**, v. 16, n. 2, p. 217-245, 2017.

DOMINGUES, M. S. M. R.; LEAL, C. M. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical dasífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, p.6, jun. 2016.

DOS SANTOS, Caroline Mombaqué et al. Derrame Pleural Fetal como Marcador Ecográfico da Sífilis Congênita. **American Journal of Medical and Biological Research**, v. 3, n. 3, pág. 74-75, 2015.

ESCOBAR, Nyanne Deusdará *et al.* Perfil epidemiológico de sífilis adquirida nas regiões do Brasil no período de 2010 a 2019. **Amazônia: Science & Health**, v. 8, n. 2, p. 51-63, 2020.

GODOY, Jessica Amorim et al. Perfil epidemiológico da sífilis adquirida em pacientes de um laboratório clínico universitário em Goiânia-GO, no período de 2017 a 2019. **Rev. bras. anal. clin.**, p. 50-57, 2021.

SCHNEIDER, Ione Jayce Ceola et al. Perfil epidemiológico dos usuários dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 1675-1688, 2008.

SILVA, Thainá Souza; GOMES, Elisângela do Nascimento Fernandes. O Perfil epidemiológico da sífilis no município de Vassouras-RJ: Estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para promoção e prevenção da sífilis. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 11, n. 1, p. 46-54, 2020.

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA SEPSE EM CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO NA REGIÃO SUDESTE ENTRE 2010 A 2019

Data de aceite: 03/10/2022

Data de submissão: 08/09/2022

Maria Luiza Cordeiro Campos

Universidade de Vassouras – Curso de
Medicina
Vassouras, Rio de Janeiro - Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-5980-2292>

Ivana Picone Borges de Aragão

Universidade de Vassouras – Curso de
Medicina
Vassouras, Rio de Janeiro – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3776867916156668>

RESUMO: A sepse pediátrica é um importante problema no cenário brasileiro, se mostrando prevalente na Região Sudeste. Ocorre a partir foco infeccioso, evoluindo com sintomas de disfunção orgânica e rápida progressão ao óbito. Considera-se que falha na execução do pré-natal pode resultar na ocorrência da sepse em crianças menores de 1 ano de idade, constituindo uma das principais causas de mortalidade e morbidade nessa faixa etária. É necessário conhecimento teórico e protocolos de tratamento para um diagnóstico rápido e preciso. O objetivo foi evidenciar a prevalência da sepse neo-pediátrica em crianças menores de 1 ano na região Sudeste. Estudo observacional, descritivo e transversal, a partir de coleta de dados acerca da sepse neonatal em menores de 1 ano no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), entre 2010 e 2019. Total

de 50.724 internações por sepse pediátrica em menores de 1 ano na região sudeste, sendo Minas Gerais o estado mais prevalente com tantos 41,6%. Do total, 49.618 internações em caráter de urgência em todos os estados, totalizando 97,8% das internações. O sexo masculino predominou com 56,5% dos casos em todos os estados. A taxa de mortalidade (TXM) da região sudeste foi de 10,0%, com um número total de 5.088 óbitos. A sepse ainda é um problema de saúde pública que demanda atenção e treinamento, além da instauração de protocolos clínicos que objetivem o tratamento padronizado para melhora prognóstica.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia; Sepse Neonatal; Gestantes.

EPIDEMIOLOGICAL PANORAMA OF SEPSIS IN CHILDREN UNDER 1 YEAR OF AGE IN THE SOUTHEAST REGION BETWEEN 2010 TO 2019

ABSTRACT: Pediatric sepsis is an important problem in the Brazilian scenario, being prevalent in the Southeast Region. It occurs from an infectious focus, evolving with symptoms of organ dysfunction and rapid progression to death. It is considered that failure in the implementation of prenatal care can result in the occurrence of sepsis in children under 1 year of age, constituting one of the main causes of mortality and morbidity in this age group. Theoretical knowledge and treatment protocols are necessary for a fast and accurate diagnosis. The aim of this study was to highlight the prevalence of neonatal sepsis in children under 1 year of age in the Southeast

region of Brazil. Observational, descriptive and cross-sectional study, from data collection about neonatal sepsis in children under 1 year in the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS), between 2010 and 2019. Total of 50,724 hospitalizations for pediatric sepsis in children under 1 year in the southeastern region, Minas Gerais being the most prevalent state with so many 41.6%. Of the total, 49,618 hospitalizations were emergency admissions in all states, totaling 97.8% of the hospitalizations. Males predominated with 56.5% of cases in all states. The mortality rate (TXM) for the southeast region was 10.0%, with a total number of 5,088 deaths. Sepsis is still a public health problem that demands attention and training, as well as the establishment of clinical protocols aimed at standardized treatment for prognostic improvement.

KEYWORDS: Epidemiology; Neonatal Sepsis; Pregnant Women.

1 | INTRODUÇÃO

A sepse é uma condição com maior mortalidade e morbidade no mundo, atingindo países desenvolvidos e em desenvolvimento (PEDRO; MORCILLO; BARACAT, 2015; PÉREZ et al., 2014; RIBEIRO, A M; MOREIRA, 1999; SIQUEIRA-BATISTA et al., 2011). É definida como infecção bacteriana com resposta corporal exacerbada, associada a disfunção orgânica (HARTMAN et al., 2013; SOUZA; BRANDÃO; PIVA, 2018; VINCENT; MARTINEZ; SILVA, 2011). Pode atingir todas as faixas etárias, principalmente as crianças menores de um ano, incluindo neonatos, causadora de uma das principais causas de morbidade e mortalidade nesta faixa etária (RIBEIRO, Aldaiza M; MOREIRA, 1999).

Segundo Weiss, Peters e Tissieres (2020, p.511):

“Estima-se que ocorra cerca de 22 casos de sepse infantil a cada 100.000 crianças, e 2.202 casos de sepse neonatal a cada 100.000 nascidos vivos, com a mortalidade variando de 4% a 50% de acordo com a gravidade, fatores de risco e localização geográfica” (WEISS et al., 2020).

As primeiras 48-72 horas são essenciais para a prevenir a mortalidade, caracterizando-se como o momento fundamental para o diagnóstico e intervenção terapêutica de modo a evitar a evolução para os choques refratários e disfunção em múltiplos órgãos, principais responsáveis pelo óbito. É fundamental a identificação rápida e tratamento correto para um bom prognóstico (WEISS et al., 2020).

O choque refratário é aquele que apesar da conduta empregar o uso de medicação inotrópica, vasopressora, vasodilatadora e de manutenção da homeostase metabólica ou hormonal, o quadro clínico persiste. Dentre eles podemos citar os resistentes a dopamina e catecolamina ou a refratariedade a infusão de líquidos (SILVEIRA; GIACOMINI; PROCIANOY, 2010).

Dentro da faixa etária de 0 até 1 ano estão incluídos os neonatos (até o 28º dia de vida) e que ao serem diagnosticados com sepse, são divididos em sepse precoce e tardia. A precoce apresenta-se nos primeiros 6 dias de vida e possui fatores relacionados a gestação materna e ao parto, seu agente infeccioso geralmente é proveniente do trato

genital materno. e sepse tardia ocorrendo em seguida ao 6º dia de vida até o 28º. A sepse tardia estará associada aos agentes etiológicos, sobretudo os gram-negativos, que predizem pior prognóstico (FREITAS et al., 2012), frequentemente observada em recém-nascidos hospitalizados por longos períodos de tempo e, principalmente, associada a procedimentos invasivos, recomendando-se a instituição da manipulação mínima e cuidados de higiene em sítios de risco (DINIZ; FIGUEIREDO, 2014;ERSHAD et al., 2019;FREITAS et al., 2012;GOULART et al., 2006;LINDEMANN; NYLEN, 1979;PROCIANOY; SILVEIRA, 2020;SCHRAG et al., 2006).

No ano de 2010, ocorreram 7.6 milhões de mortes em crianças menores de 5 anos por causas infecciosas incluído a sepse no mundo, onde 40% foram óbitos neonatais (NIHMS).

Os Neonatos apresentam maior dificuldade diagnóstica, principalmente, aqueles com sepse neonatal precoce, onde a maioria dos testes diagnósticos possuem baixa sensibilidade ou falsos negativos, sendo a observação clínica a forma mais rápida para o diagnóstico da sepse neonatal (MIURA; SILVEIRA; PROCIANOY, 1999).

Os sintomas clínicos incluem: dificuldade respiratória, apneia, cianose, taquicardia, bradicardia, má perfusão, possibilidade de choque, irritabilidade, letargia, hipotonia, distensão abdominal, vômitos, intolerância alimentar, hepatomegalia, icterícia inexplicável, instabilidade térmica, petéquias ou púrpura (DINIZ; FIGUEIREDO, 2014;GOULART et al., 2006;RIBEIRO, Aldaiza M; MOREIRA, 1999).

É importante que cada unidade de atendimento tenha para sepse um protocolo de atendimento que torne o diagnóstico precoce, abrangendo desde o atendimento inicial, os exames laboratoriais e início do tratamento. Prevenindo assim o agravamento da sepse, o choque séptico e o óbito (GARCIA; TONIAL; PIVA, 2020;GOULART et al., 2006;WESTON et al., 2011).

Nos Estados Unidos, a incorporação da profilaxia com antibióticos em mães portadoras de *Streptococcus* do grupo B diminuiu a incidência de sepse precoce. Acredita-se ainda que houve um controle efetivo no atendimento ao paciente com suspeita ou sepse confirmada. De forma a reduzir a mortalidade, também recomenda-se a profilaxia da sepse no recém-nascido(GRANZOTTO; MENDES; OLIVEIRA, 2013). O tratamento empírico protocolado inclui ampicilina e gentamicina e é usado enquanto aguarda o resultado da hemocultura com antibiograma, que irá direcionar especificamente a medicação a ser empregada.

No período intraparto, a ascensão de bactérias através de colonização vaginal materna pode causar pneumonia e sepse devido a aspiração de líquido amniótico contaminado (PINHEIRO et al., 2007).

Para se considerar a hipótese diagnóstica de sepse a partir da sintomatologia é necessário que o recém nato demonstre sintomas em pelo menos três sistemas distintos, associado a um fator de risco materno nos casos de sepse precoce. A corioamnionite é o

principal fator naqueles com idade gestacional menor ou igual a 34 semanas, apresentando sintomatologia de temperaturas corporais elevadas (entre 38°C e 39°C ou maior que 39°C) acompanhado de leucocitose, secreção vaginal purulenta ou taquicardia fetal. Em caso de suspeita de Sepsis Neonatal deve ser solicitado coleta de líquido e hemocultura (ERSHAD et al., 2019; HARTMAN et al., 2013; LINDEMANN; NYLEN, 1979; RIBEIRO, A M; MOREIRA, 1999; SOUZA; BRANDÃO; PIVA, 2018; VINCENT; MARTINEZ; SILVA, 2011)

A Sepsis Neonatal Tardia é caracterizada por ocorrer 72 horas após o nascimento, mais comum em recém-natos de muito baixo peso ou pré-termos tardios que necessitam de hospitalizações duradouras em unidades de terapia intensiva neonatal. Há predominância na incidência de germes gram positivos mas podem ocorrer infecções por gram negativos e a sepsis fúngica se transformar em um tópico de importante discussão para diversos centros de atendimento (PROCIANOY; SILVEIRA, 2020). Ainda, as infecções virais apresentam quadro clínico semelhante a sepsis neonatal bacteriana.

A sepsis neonatal apresenta como fatores de risco a prematuridade, a quebra de barreiras naturais como lesões e lacerações da pele, procedimentos invasivos, comuns em UTI, sendo a mais prevalente a aspiração de vias aéreas superiores e a intubação orotraqueal (IOT), uso de bloqueadores H₂ que diminuem a acidez gástrica decrescendo as defesas naturais do organismo e facilitando a proliferação bacteriana, e o uso prolongado de antibiótico terapia empírica (ERSHAD et al., 2019; HENTGES et al., 2014; INSTITUTO AMERICANO DE SEPSE, 2019; MACHADO et al., 2016; MEDEIROS et al., 2016; NAGATA; BRITO; MATSUO, 2015; PROCIANOY; SILVEIRA, 2020; SCHRAG et al., 2006; STOLL et al., 2011; WESTON et al., 2011).

A partir da alta taxa de mortalidade e prevalência, o objetivo deste trabalho é analisar numericamente o atual panorama da Sepsis Pediátrica em menores de 1 ano na região Sudeste do Brasil por um período de janeiro de 2010 a dezembro de 2019.

2 | METODOLOGIA

Realizou-se um estudo observacional, descritivo e transversal dos dados da Sepsis Pediátrica em Menores de 1 ano na região Sudeste do Brasil, por meio da coleta dos dados obtidos no Sistema de Informações Epidemiológicas e Morbidade, selecionando o grupo de Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS), usando o local de internação, a partir de 2008, disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) por um período de dez anos – Janeiro de 2010 a Dezembro de 2019 – sendo critérios de inclusão as internações por ano de atendimento, taxa de mortalidade, óbitos, ambos o sexo, caráter de atendimento, nas crianças menores de 1 ano de idade.

3 I RESULTADOS

No período analisado observaram-se 50.724 internações totais, devido a Sepse Pediátrica em pacientes menores de 1 ano na região Sudeste brasileira, com 28.681 internações do sexo masculino e 22.609 do sexo feminino (Tabela 1), destas 21.222 internações ocorreram em Minas Gerais, estado com mais internações, seguido de São Paulo com 17.727, Rio de Janeiro com 9.289 e por fim o estado do Espírito Santo, com 2.715. O ano 2012 teve predominância dos casos correspondendo com 5.483 internações e 2014 a menor, totalizando 4.710 internações (Tabela 2).

Ano do Óbito	Espírito Santo	Minas Gerais	São Paulo	Rio de Janeiro
Masculino	1534	12244	9911	4992
Feminino	1200	9133	7940	4336
Total	2734	21377	17851	9328

Tabela 1 - Sexo das crianças acometidas por Sepse Pediátrica na Região Sudeste

Fonte: DATASUS (2020)

Ano de Atendimento	Espírito Santo	Minas Gerais	São Paulo	Rio de Janeiro	REGIÃO SUDESTE
2010	337	2.176	1.916	925	5.354
2011	344	1.961	1.824	996	5.125
2012	362	2.090	1.965	1.066	5.483
2013	355	2.153	1.892	991	5.391
2014	269	2.043	1.604	794	4.710
2015	278	2.010	1.677	1.063	5.028
2016	292	2.030	1.659	818	4.799
2017	163	2.336	1.665	861	5.025
2018	167	2.258	1.754	778	4.957
2019	141	2.066	1.678	967	4.852

Tabela 2 - Internações por Sepse Pediatria em menores de 1 ano nos Estados da Região Sudeste segundo o Ano de Atendimento

Fonte: DATASUS (2020)

Do total de internações por septicemia pediátrica, 1.672 foram realizados em caráter eletivo, 49.618 em caráter de urgência, Minas Gerais o estado com mais internações por urgência com um total de 21.326 internações e o Espírito Santo com menos internações por urgência, totalizando 2.736 internações. Os atendimentos de caráter eletivos São Paulo obtiveram 839 internações, caracterizando com maior número de ocorrências e o Espírito Santo o menor, com 8 (Tabela 3).

Caráter Atendimento	Espírito Santo	Minas Gerais	São Paulo	Rio de Janeiro
Eletivo	8	51	829	784
Urgência	2.726	21.326	17.022	8.544
Total	2.734	21.377	17.851	9.328

Tabela 3 - Caráter atendimento das internações por Sepse Pediátrica na Região Sudeste do Brasil

Fonte: DATASUS (2020)

A média da taxa de mortalidade total nos 10 anos estudados foi de (10,06) e 2012 o ano com maior taxa de mortalidade (10,98) e o ano de 2019 a menor média (8,9). O estado com maior taxa de mortalidade foi São Paulo (15,11) no ano de 2012, enquanto o Espírito Santo obteve a menor taxa (4,26) (Figura 1 e Tabela 4). O maior número de óbitos concentrou-se em São Paulo com 2.427 casos. Em contrapartida, o Espírito Santo teve o menor índice, com 173 registrados (Tabela 5).

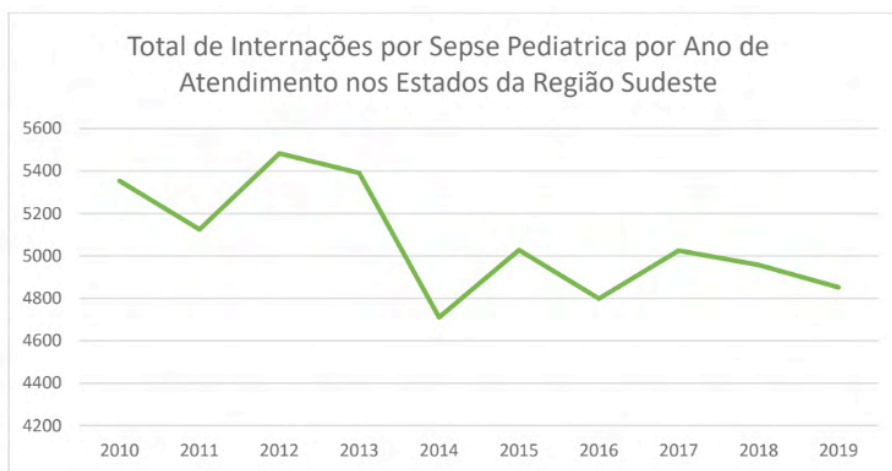


Figura 1 – Total de Internações em menores de 1 ano por Sepse Pediátrica por ano na Região Sudeste do Brasil

Fonte: Tabela gerada pelo sistema DATASUS (2020)

Ano do Óbito	Espírito Santo	Minas Gerais	São Paulo	Rio de Janeiro	Total
2010	8,01	8,23	13,99	8,76	10,37
2011	7,85	8,01	14,31	11,24	10,87
2012	5,25	7,7	15,11	11,73	10,98
2013	4,51	7,34	14,59	12,41	10,63
2014	5,58	7,54	15,27	11,08	10,66
2015	6,12	7,41	13,89	8,75	9,79
2016	6,51	8,52	12,9	7,82	9,79
2017	10,43	6,51	13,51	6,5	8,96
2018	5,99	6,47	12,77	9,64	9,18
2019	4,26	7,16	10,97	9,72	8,9

Tabela 4 - Taxa de Mortalidade por Sepse Pediátrica nos Estados da Região Sudeste

Fonte: DATASUS (2020)

Ano do Óbito	Espírito Santo	Minas Gerais	São Paulo	Rio de Janeiro	Região Sudeste
2010	27	179	268	81	555
2011	27	157	261	112	557
2012	19	161	297	125	602
2013	16	158	276	123	573
2014	15	154	245	88	502
2015	17	149	233	93	492
2016	19	173	214	64	470
2017	17	152	225	56	450
2018	10	146	224	75	455
2019	6	148	184	94	432

Tabela 5 - Óbitos por Sepse Pediátrica por Ano atendimento na Região Sudeste

Fonte: DATASUS (2020)

4 | DISCUSSÃO

A sepse deve ser suspeitada em todo paciente que apresentar quadro infeccioso, ressaltando-se que nem toda criança irá apresentar sinais e critérios claros de SIRS (Síndrome Resposta Inflamatória Sistêmica), principalmente alterações de temperatura ou cardíacas. A hipóxia severa é agravante que acompanha o choque séptico em crianças, diferindo do adulto onde a disfunção cardíaca é o fator de maior preocupação clínica, elucidando o motivo pelo qual o prognóstico é mais favorável no grupo pediátrico nos quadros sépticos.

Por meio da análise dos dados pelo Sistema de Informações Epidemiológicas

e Morbidade, houve uma queda de internações por sepse em menores de 1 ano nos estados, haja visto que em 2010 havia 5.345 internações e em 2019 houve 4.852 por essa patologia (figura 2). Isso pode ser explicado, entre outros fatores, como um dos principais contribuintes a imperícia praticada por alguns profissionais de saúde na condução do atendimento, realizando um diagnóstico errôneo em crianças, pela ausência dos sinais e sintomas habituais aos adultos. Ainda, é a falta de investimento nas unidades de terapia intensivas neonatais, pode ter contribuído para o aumento dos óbitos em 2012 (figura 3) e em paralelo, a melhora na capacitação profissional pode ter influenciado a diminuição dos óbitos em 2019 (GARCIA; TONIAL; PIVA, 2020; GONIN, 2012; HENTGES et al., 2014; INSTITUTO AMERICANO DE SEPSE, 2019; STOLL et al., 2011).

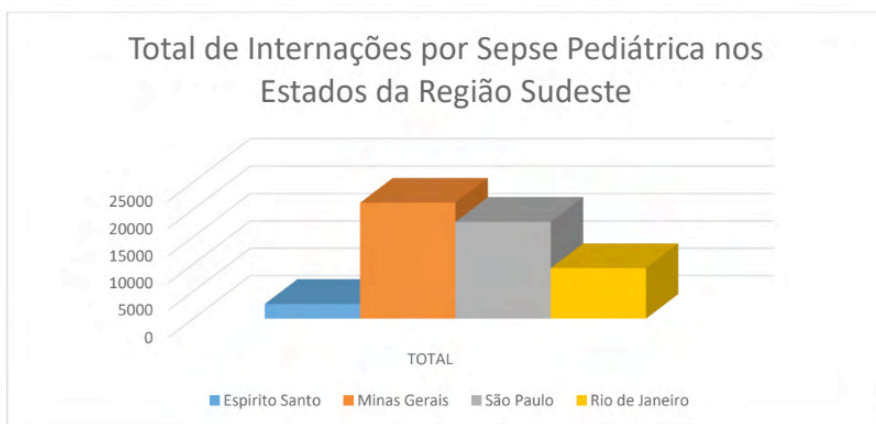


Figura 2 – Total de Internações por Sepse Pediátrica na Região Sudeste do Brasil

Fonte: Tabela gerada pelo sistema DATASUS (2020)

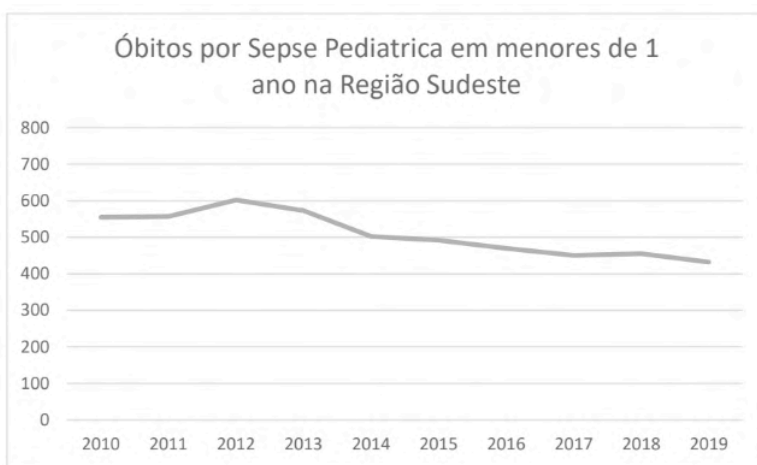


Figura 3 – Óbitos por Sepse Pediátrica em menores de 1 ano na Região Sudeste

Fonte: Tabela gerada pelo sistema DATASUS (2020)

Ademais, houve predominância no caráter de urgência em todos os estados da região sudeste (tabela 2). Percentualmente, no Espírito Santo 99% das internações foram em caráter de urgência, enquanto no Rio de Janeiro 91%, São Paulo 95% e Minas Gerais 99%. Isso se deve ao fato da sepse ser considerada uma emergência, frequentemente de caráter agudo. De acordo com o Instituto Latino Americano de Sepse (ILAS), a Sepse Pediátrica é definida como: “Presença de dois ou mais sintomas de Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS), sendo um deles hipertermia/hipotermia e ou alterações de leucócitos, concomitante a presença de quadro infeccioso suspeito ou confirmado” (GARCIA; TONIAL; PIVA, 2020;GONIN, 2012;HENTGES et al., 2014;INSTITUTO AMERICANO DE SEPSE, 2019;STOLL et al., 2011).

É importante ressaltar que dentro da faixa etária escolhida para o presente estudo, estão inclusos os neonatos e a sepse neonatal, os quais apresentam grande influência de fatores de riscos advindos da mãe, transmitidos de forma vertical, como patógenos temos como exemplo a *Escherichia coli*, *Haemophilus Influenzae* e *Listeria monocytogenes*, e o tempo de hospitalização daquele recém-nascido. Portanto, o tratamento se baseia no número de fatores de risco, suspeita de organismo causador, resistência microbiana e o antimicrobiano deve ser iniciado assim que houver a suspeita de Sepse.

Em um estudo realizado previamente, observou-se que recém natos do sexo feminino apresentam fator protetor para asfixia perinatal, motivo no qual muitas vezes ocorre o parto prematuro. Evidenciando o motivo desse ser mais prevalente em recém-nascidos do sexo masculino, corroborando com os dados apresentados no presente estudo.

Ainda, pode-se associar a ausência do pré-natal materno ao risco de sepse. Entretanto, ainda se trata de uma doença com padrão heterogêneo e com muitos desafios na elucidação de seus mecanismos de acometimento, podendo atingir desde recém-nascidos prematuros até crianças híginas, sem nenhuma comorbidade. Isso dificulta a precisão das definições causando um diagnóstico impreciso e lento, podendo culminar em sepse grave, associada a disfunção cardiovascular ou a síndrome do desconforto respiratório agudo ou ainda a duas ou mais disfunções sistêmicas, entre elas: respiratória, hematológica, neurológica, renal e hepática, e choque séptico, quadro grave e com disfunção cardiovascular refratária a volume (CUNHA et al., 2004;GONIN, 2012;HENTGES et al., 2014;INSTITUTO AMERICANO DE SEPSE, 2019;STOLL et al., 2011).

O sucesso decorrido do aumento da sobrevida na sepse pediátrica se dá em consequência de um diagnóstico rápido e precoce, acompanhado de um tratamento hospitalar agressivo em que os protocolos previamente pactuados são rigidamente seguidos. A falha neste processo pode estar ligada ao aumento dos casos no ano 2012 e também justificar o motivo pelo qual Minas Gerais apresentou maior número de casos.

A falta de protocolos de atendimentos rápidos e eficazes pode ter origem na falta de domínio do tema pelos gestores hospitalares e ausência do emprego oficial de protocolos e diretrizes efetivos no tratamento da Sepse.

Os Pilares do tratamento da Sepse Pediátrica são baseados em ressuscitação volêmica e suporte farmacológico na primeira hora, com necessidade de avaliação do perfil epidemiológico da região no qual o hospital se insere.

Outro dado importante a se considerar no presente estudo, é a desuniformidade demográfica da região sudeste, onde apresenta uma grande variação populacional entre seus estados. Segundo dados do IBGE, o estado do Espírito Santo possui a menor população da região sudeste, com 3,855 milhões de habitantes. Em contrapartida, São Paulo apresenta uma população aproximadamente 11 vezes maior que a população do Espírito Santo, justificando o fato deste último sempre apresentar menores taxas de internações, óbitos e mortalidade no decorrer dos anos estudados.

5 | CONCLUSÃO

A sepse ainda é um grande desafio a ser enfrentado, no que tange os pacientes pediátricos, precisando estar atento aos menores sinais e sintomas, medida crucial para o tratamento o diagnóstico precoce. Ele se torna mais preciso se for implantado uma forma padronizada e regulamentada de avaliação em todo ambiente hospitalar. Apesar de o público infantil ter um melhor prognóstico em relação a pacientes adultos, essa ainda é uma doença com alta taxa de morbidade, apresentando variação numérica entre os anos e estados analisados. Observa-se também declínio no número de óbitos ao longo dos anos, mas é notório que causa impacto até mesmo na Região mais desenvolvida do país (responsável por 55,2% do PIB brasileiro) e causando uma média de 508 crianças nos últimos dez anos.

Uma forma de prevenção a sepse neonatal pode ser instaurada a partir da capacitação de gestores e médicos para atendimento rápido e adequado das demandas pediátricas. Somado a isso, a realização do pré-natal das gestantes possibilita a identificação de fatores de riscos maternos e tratamento eficaz para prevenção de parto prematuro com risco de desenvolvimento de sepse.

É válido ressaltar que se trata de uma patologia heterogênea e que atinge diversas faixas etárias, tornando difícil sua prevenção e sendo necessário atenção ao quadro clínico para que não haja retardo ou erro diagnóstico. A inadequação da conduta instituída pode levar a complicações como a sepse grave e o choque séptico, causando sequelas ou óbito.

REFERÊNCIAS

CUNHA, A. de A. et al. **Fatores associados à asfíxia perinatal**. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, [s.l.], v. 26, p. 799–805, 2004. ISSN: 0100-7203.

DINIZ, L. M. O.; FIGUEIREDO, B. de C. G. **O sistema imunológico do recém-nascido**. [s.l.], 2014.

FREITAS, B. A. C. De et al. **Sepse tardia em pré-termos de uma unidade de terapia intensiva neonatal: análise de três anos.** *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, [s.l.], v. 24, nº 1, p. 79–85, 2012. ISSN: 0103-507X, DOI: 10.1590/S0103-507X2012000100012.

GARCIA, P. C. R.; TONIAL, C. T.; PIVA, J. P. **Septic shock in pediatrics: the state-of-the-art.** *Jornal de Pediatria*, [s.l.], v. 96, p. 87–98, 2020. ISSN: 0021-7557.

GONIN, M. L. C. **Atualidades na sepse e choque séptico pediátrico.** *Revista de pediatria SOPERJ*, [s.l.], v. 13, nº 2, p. 77–89, 2012.

GOULART, A. P. et al. **Fatores de risco para o desenvolvimento de sepse neonatal precoce em hospital da rede pública do Brasil.** *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, [s.l.], v. 18, p. 148–153, 2006. ISSN: 0103-507X.

GRANZOTTO, J. A.; MENDES, R. M.; OLIVEIRA, M. D. B. **Sepse neonatal precoce e mortalidade em uma unidade de terapia intensiva neonatal.** *Rev. da AMRIGS, PA*, [s.l.], v. 57, nº 2, p. 133–135, 2013.

HARTMAN, M. E. et al. **Trends in the epidemiology of pediatric severe sepsis.** *Pediatric Critical Care Medicine*, [s.l.], v. 14, nº 7, p. 686–693, 2013. ISSN: 1529-7535.

HENTGES, C. R. et al. **Association of late-onset neonatal sepsis with late neurodevelopment in the first two years of life of preterm infants with very low birth weight.** *Jornal de pediatria*, [s.l.], v. 90, p. 50–57, 2014. ISSN: 0021-7557.

LINDEMANN, G.; NYLEN, M. U. **Calcium fluoride containing granules produced in vitro in rat bones.** *European Journal of Oral Sciences*, [s.l.], v. 87, nº 5, p. 381–389, 1979. ISSN: 0909-8836.

MACHADO, F. R. et al. **Chegando a um consenso: vantagens e desvantagens do Sepsis 3 considerando países de recursos limitados.** *Revista brasileira de terapia intensiva*, [s.l.], v. 28, p. 361–365, 2016. ISSN: 0103-507X.

MEDEIROS, F. do V. A. et al. **A correlação entre procedimentos assistenciais invasivos e a ocorrência de sepse neonatal.** *Acta Paulista de Enfermagem*, [s.l.], v. 29, p. 573–578, 2016. ISSN: 0103-2100.

MIURA, E.; SILVEIRA, R. C.; PROCIANOY, R. S. **Neonatal sepsis: diagnosis and treatment.** *Jornal de Pediatria*, [s.l.], v. 75, p. S57-62, 1999. ISSN: 0021-7557.

NAGATA, E.; BRITO, A. S. J.; MATSUO, T. **Nosocomial infections in a neonatal intensive care unit: a 3-year cohort study.** *Journal of Infection Control*, [s.l.], v. 4, nº 1, 2015. ISSN: 2316-5324.

PEDRO, T. da C. S.; MORCILLO, A. M.; BARACAT, E. C. E. **Etiology and prognostic factors of sepsis among children and adolescents admitted to the intensive care unit.** *Revista Brasileira de terapia intensiva*, [s.l.], v. 27, p. 240–246, 2015. ISSN: 0103-507X.

PÉREZ, D. V. et al. **Prognostic factors in pediatric sepsis study, from the Spanish Society of Pediatric Intensive Care.** *The Pediatric infectious disease journal*, [s.l.], v. 33, nº 2, p. 152–157, 2014. ISSN: 0891-3668.

- PINHEIRO, R. de S. et al. **Estudo dos fatores de risco maternos associados à sepse neonatal precoce em hospital terciário da Amazônia brasileira.** *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, [s.l.], v. 29, nº 8, p. 387–395, 2007. ISSN: 0100-7203, DOI: 10.1590/S0100-72032007000800002.
- PROCIANOY, R. S.; SILVEIRA, R. C. **The challenges of neonatal sepsis management.** *Jornal de pediatria*, [s.l.], v. 96, p. 80–86, 2020. ISSN: 0021-7557.
- RIBEIRO, A M; MOREIRA, J. L. **Sepsis in childhood: epidemiological profile and microbiologic diagnosis.** *Jornal de Pediatria*, [s.l.], v. 75, nº 1, p. 39–44, 1999. ISSN: 0021-7557.
- RIBEIRO, Aldaiza M; MOREIRA, J. L. **Epidemiologia e etiologia da sepse na infância.** *J Pediatr (Rio J)*, [s.l.], v. 75, nº 1, p. 39–44, 1999.
- SCHRAG, S. J. et al. **Risk factors for invasive, early-onset Escherichia coli infections in the era of widespread intrapartum antibiotic use.** *Pediatrics*, [s.l.], v. 118, nº 2, p. 570–576, 2006. ISSN: 0031-4005.
- SILVEIRA, R. de C.; GIACOMINI, C.; PROCIANOY, R. S. **Sepse e choque séptico no período neonatal: atualização e revisão de conceitos.** *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, [s.l.], v. 22, nº 3, p. 280–290, 2010. ISSN: 0103-507X, DOI: 10.1590/S0103-507X2010000300011.
- SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. **Sepse: atualidades e perspectivas.** *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, [s.l.], v. 23, p. 207–216, 2011. ISSN: 0103-507X.
- SOUZA, D. C. De; BRANDÃO, M. B.; PIVA, J. P. **From the international pediatric sepsis conference 2005 to the sepsis-3 consensus.** *Revista Brasileira de terapia intensiva*, [s.l.], v. 30, p. 1–5, 2018. ISSN: 0103-507X.
- STOLL, B. J. et al. **Early onset neonatal sepsis: the burden of group B Streptococcal and E. coli disease continues.** *Pediatrics*, [s.l.], v. 127, nº 5, p. 817–826, 2011. ISSN: 0031-4005.
- VINCENT, J.-L.; MARTINEZ, E. O.; SILVA, E. **Evolving concepts in sepsis definitions.** *Critical Care Nursing Clinics*, [s.l.], v. 23, nº 1, p. 29–39, 2011. ISSN: 0899-5885.
- WEISS, S. L. et al. **Surviving sepsis campaign international guidelines for the management of septic shock and sepsis-associated organ dysfunction in children.** *Intensive care medicine*, [s.l.], v. 46, nº 1, p. 10–67, 2020. ISSN: 1432-1238.
- WESTON, E. J. et al. **The burden of invasive early-onset neonatal sepsis in the United States, 2005–2008.** *The Pediatric infectious disease journal*, [s.l.], v. 30, nº 11, p. 937, 2011.

CAPÍTULO 22

PROJETO INTEGRADOR NO ENSINO DE ENFERMAGEM: UM OLHAR SOBRE A OBESIDADE E A DESNUTRIÇÃO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Data de aceite: 03/10/2022

Data de submissão: 08/09/2022

Cristiano Rodrigues da Mota

Faculdade de Ensino Superior Santa Bárbara
Tatuí – São Paulo
<https://orcid.org/0000-0003-3154-7124>

Anelvira de Oliveira Florentino

Faculdade de Ensino Superior Santa Bárbara
Tatuí – São Paulo
<https://orcid.org/0000-0001-8628-0565>

Elienai de Farias Gama Siqueira

Faculdade de Ensino Superior Santa Bárbara
Tatuí – São Paulo
<https://orcid.org/0000-0002-6826-9263>

Italo Frizo

Faculdade de Ensino Superior Santa Bárbara
Tatuí – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/6969482946387722>

Kayo Augusto Saladin Pacher

Faculdade de Ensino Superior Santa Bárbara
Tatuí – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/6969482946387722>

Rodrigo Leal

Faculdade de Ensino Superior Santa Bárbara
Tatuí – São Paulo
<https://orcid.org/0000-0002-8007-3845>

Selma Eva Silvério

Faculdade de Ensino Superior Santa Bárbara
Tatuí – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/8513018654743520>

RESUMO: Este trabalho visa a apresentar a implantação do Projeto Integrador no Ensino de Enfermagem, a partir de experiência com alunos da Faculdade de Ensino Superior Santa Bárbara, localizada em Tatuí, no interior do estado de São Paulo. A obesidade e a desnutrição compõem o problema-tema, considerando a transição nutricional no contexto da pandemia da Covid-19. Para o desenvolvimento, realizaram-se encontros mensais, aplicando a pesquisa-ação, adotada como metodologia ativa, resultando na realização de debates e ações de conscientização e promoção da alimentação nutricional. Em que pesem desafios e dificuldades, conclui-se que há transformação da teoria em prática, o reconhecimento do papel social dos estudantes e a motivação do corpo docente para novas pesquisas.

PALAVRAS-CHAVE: Projeto Integrador; Ensino de Enfermagem; Obesidade; Desnutrição; Covid-19.

INTEGRATIVE PROJECT IN NURSING EDUCATION: A GLANCE AT OBESITY AND MALNUTRITION IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC

ABSTRACT: This work aims to present the implementation of the Integrative Project in Nursing Education, based on experience with Santa Bárbara's College of Higher Education students, located in Tatuí city, in the interior of São Paulo State. Obesity and malnutrition make up the problem theme, considering the nutritional transition given the context of the Covid-19 pandemic. For the development of the IP, monthly meetings were held, in which action research was

applied, and adopted as an active methodology, resulting in debates and actions to raise awareness and promote nutritional food. Despite the challenges and difficulties, it is concluded that there is a transformation of theory into practice, the recognition of students' social roles and the faculty's motivation for further research.

KEYWORDS: Integrative Project; Nursing Education; Obesity; Malnutrition; Covid-19.

1 | INTRODUÇÃO

O Projeto Integrador (PI) é uma ferramenta de ensino capaz de promover a aproximação de docentes e discentes em torno de um objetivo comum (MADEIRA, 2021). De um lado, propõe-se a sistematizar os conhecimentos adquiridos pelos estudantes, garantindo-lhes autonomia, e, do outro, a permitir que os docentes explorem possibilidades didático-pedagógicas a partir de metodologias ativas.

Oriundo da Metodologia de Trabalho de Projeto (MTP) – essa surgida do descontentamento à prática da pedagogia transmissiva (MATEUS, 2020) –, o PI está presente, no Brasil, nos cursos de educação básica, profissional técnica de nível médio e superiores de graduação. Consta em Projetos Pedagógicos de Cursos (PPCs) e Regimentos Didáticos e Pedagógicos (RDPs) como atividade acadêmica específica e obrigatória (LAAN, 2020), variando conforme as instituições.

No ensino da Enfermagem, o Projeto Integrador está contemplado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais específicas da graduação. De acordo com o documento, a estrutura do curso deve assegurar, dentre dez itens, “a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender” (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001).

O PI caracteriza-se por ser um movimento entre disciplinas e além. Está relacionado a um contexto mais amplo, o da interdisciplinaridade, que abrange não só a área da educação, mas também outros setores da vida social, como a economia (THIESEN, 2008).

Por sua vez, a interdisciplinaridade, entendida como um novo paradigma de conhecimento (CARNEIRO, 1994), consiste no eixo fundamental de todo trabalho coletivo. Durante a pandemia de Covid-19, por exemplo, a adoção de aulas remotas, em um primeiro momento, e o retorno dos estudos presenciais, em um segundo, trouxeram a percepção de que “tudo ao nosso redor está interligado” (SANTOS; TEIXEIRA; ADÃO, 2021), reforçando, por meio dessa perspectiva, a concepção latino-americana de que a interdisciplinaridade é “mais que conhecer e saber fazer: trata-se de uma forma de realização humana” (PEREZ, 2019).

Desse entendimento é que partem experiências como as descritas neste estudo, feito com a participação de docentes e alunos da graduação de Enfermagem da Faesb (Faculdade de Ensino Superior Santa Bárbara), instituição localizada em Tatuí, interior do estado de São Paulo. Trata-se de um trabalho desenvolvido com base nas atividades do PI, considerando que ele deve ser um processo e não apenas um apanhado de métodos ou,

ainda, não apenas a junção de disciplinas.

Optou-se pela abordagem temática, visto que as propostas metodológicas envolvendo temas sinalizam para o ensino numa dimensão integrativa (CAMBRAIA, 2019). Ficou estabelecido pelos discentes a problematização da nutrição no Brasil, com um olhar para a obesidade e a desnutrição no contexto da pandemia da Covid-19. Aos professores das disciplinas envolvidas, coube a responsabilidade de apresentar a metodologia ativa na aplicação das discussões; aos alunos, a escolha do tema a ser problematizado no campo teórico e as ações, no campo prático.

O PI desenvolvido utiliza como base a pesquisa-ação educacional, por ser ela uma estratégia para o desenvolvimento de professores e alunos; de modo que os primeiros possam utilizar suas pesquisas para aprimorar o ensino; e os segundos, tenham assegurado o ganho no aprendizado (TRIPP, 2005). Como é considerada um termo geral, a pesquisa-ação apresenta quatro estruturas, das quais, empregou-se a empírica. A pesquisa com base empírica é aquela “realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo” (THIOLLENT, 2005).

O trabalho desenvolveu-se em uma sequência de etapas. A primeira contém a definição do problema. A segunda, a teorização com autorreflexão sobre a experiência com as pesquisas. E, a terceira, a descrição das ações práticas realizadas.

Serão apresentadas também discussões a respeito do uso da PI e do impacto no engajamento dos alunos, bem como debates sobre obesidade e desnutrição na transição nutricional, além da autonomia e do estímulo aos alunos para a discussão de tópicos relevantes para a formação acadêmica e profissional dos enfermeiros.

2 | UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

A pandemia de Covid-19 modificou, dentre tantos fatores, o estilo de vida da população para comportamentos mais nocivos à saúde, como o aumento do consumo do álcool, tabaco e de alimentos ultra processados e o sedentarismo (MALTA et al., 2020; STANTON et al., 2020; GARCIA et al., 2020).

No âmbito nutricional relacionado à obesidade, estima-se que mais de 1 bilhão de pessoas no mundo são obesas. Dentre elas, 650 milhões são adultos, 340 milhões são adolescentes e 39 milhões são crianças. A estimativa é de que, até 2025, serão aproximadamente 167 milhões de pessoas menos saudáveis no mundo devido ao aumento do peso ou à obesidade (OMS, 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define obesidade como o excesso de gordura corporal, em quantidade que determina prejuízos à saúde. O diagnóstico se dá através do índice de massa corpórea (IMC) dos indivíduos, medido pela relação entre o peso corpóreo (kg) e pela estatura (m²). O parâmetro para tal definição se dá quando o IMC

se encontra igual ou maior a 30kg/m² (OMS,1998).

A obesidade é um importante fator de risco para doenças, como: dislipidemias, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2 e até alguns tipos de câncer (CARRARA, et al., 2006).

Em contrapartida, a desnutrição caracteriza-se por ser uma enfermidade relacionada a diversos fatores, podendo ser eles clínicos e sociais e terem ou não base na pobreza. Na infância, está associada à alta mortalidade, predisposição às infecções, atrasos no desenvolvimento psicomotor, diminuição do aprendizado na fase escolar e, na idade adulta, redução da produtividade (BARROS; HIRAKATA, 2003).

A desnutrição, com o passar dos anos, no Brasil e mundo, apresentou uma diminuição no número de casos. Porém, durante a pandemia da Covid-19, a restrição ao acesso aos alimentos e o aumento da fome no país colocaram os indivíduos em risco nutricional (ANTUNES, 2020).

No Brasil, a Atenção Primária de Saúde (APS) é caracterizada por um conjunto de ações, de âmbito individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde, que abrange promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2007).

Em relação à nutrição na APS, estudo conduzido no Canadá aponta que um modelo de serviço de nutrição interdisciplinar, com diferentes e complementares serviços de apoio, é mais prático e acessível à população, com melhor custo efetividade e sustentabilidade do que um modelo de serviço de nutrição não interdisciplinar. Portanto, o acompanhamento profissional ajuda na melhoria de resultados à população atendida nas unidades de saúde (BRAUER; DIETRICH; DAVIDSON, 2006).

A Pesquisa de Orçamento Familiar (POF 2010) tem mostrado, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que quase metade (49%) da população brasileira está com excesso de peso, 14,8% estão obesos e somente 2,7% apresentam déficit de peso (DÂMASO, 2003; IBGE, 2022). No entanto, os avanços são desiguais. Ainda persistem altas prevalências de desnutrição crônica em grupos vulneráveis da população (entre as crianças indígenas, quilombolas, residentes na região norte do País e aquelas pertencentes às famílias beneficiárias dos programas de transferência de renda), afetando, principalmente, as crianças e as mulheres que vivem em bolsões de pobreza.

Simultaneamente, o Brasil vem enfrentando o aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade, assim como ocorre em vários países do mundo. Em função de sua magnitude e velocidade de evolução, o excesso de peso – que compreende o sobrepeso e a obesidade – é considerado atualmente um dos maiores problemas de saúde pública, afetando todas as faixas etárias.

A prevenção e o controle dos agravos nutricionais requerem um conjunto amplo de ações de diversos setores. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) constituiu-se uma resposta oportuna e específica do Sistema Único de Saúde (SUS) para reorganizar,

qualificar e aperfeiçoar ações para o enfrentamento da complexidade da situação alimentar e nutricional da população brasileira, da desnutrição, deficiência de micronutrientes, excesso de peso e outras doenças crônicas não transmissíveis em coexistência nas mesmas comunidades e, muitas vezes, no mesmo domicílio.

Diversos estudos têm demonstrado que o Brasil, assim como outros países em desenvolvimento, convive com a transição nutricional, determinada frequentemente pela má-alimentação. Ao mesmo tempo em que se assiste à redução contínua dos casos de desnutrição, são observadas prevalências crescentes de excesso de peso, contribuindo com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Essas são associadas às causas de morte mais comuns atualmente.

Segundo a OMS, a hipertensão arterial e a obesidade correspondem aos dois principais fatores de risco responsáveis pela maioria das mortes e doenças no mundo. No Brasil, as doenças cardiovasculares correspondem à primeira causa de morte há pelo menos quatro décadas, acompanhada de um aumento expressivo da mortalidade por diabetes e ascensão de algumas neoplasias malignas.

São esses quadros, o da obesidade e da desnutrição, os considerados neste trabalho. Tema escolhido, pesquisado pelos estudantes e discutido entre eles e os professores, ponderando-se a pandemia de Covid-19 como potencial elemento agravante.

3 | METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do PI, realizaram-se encontros mensais, nos quais aplicou-se a pesquisa-ação, adotada como metodologia ativa dentre os diversos tipos disponíveis. As metodologias ativas têm o propósito de impulsionar a construção de conhecimentos baseados em problemas (BERBEL, 2011). Elas surgiram como formas de desenvolver o processo de aprendizado, partindo de experiências reais ou simuladas, de maneira a possibilitar “a solução de desafios das atividades essenciais da prática social, em diferentes contextos” (RODRIGUES, 2016).

No caso deste PI, a opção pela pesquisa-ação como metodologia ativa se deve ao fato de que ela permite realização de debates e criação de eventuais ações que possam, de alguma maneira, senão extinguir, pelo menos reduzir o quadro de obesidade e de desnutrição dentro do contexto social em que os estudantes estão inseridos. A finalidade é impulsioná-los a descobrir um fenômeno, compreender os conceitos e relacionar as descobertas aos conhecimentos que já existem.

A pesquisa-ação, dentre as metodologias ativas disponíveis, é a que mais se adequa ao objetivo deste PI, uma vez que se opõe a métodos e técnicas que enfatizam a transmissão do conhecimento (RICHARTZ, 2015). Além disso, estimula o discente a examinar, refletir, relacionar e ressignificar as descobertas (MILTRE et al., 2008). Dito de outra forma, transforma o aluno no sujeito do processo de aprendizagem.

O PI desenvolvido com estudantes de Enfermagem integrou conhecimentos de todos os semestres, sendo realizado no primeiro semestre de 2022. Para tanto, contou com a participação de docentes das seguintes disciplinas: Anatomia, Fisiologia, Embriologia, Nutrição, Citologia, Língua Portuguesa e Enfermagem no Contexto Histórico.

Visando à integralidade, a disciplina de Anatomia Humana pautou-se em demonstrar, aos alunos e professores, as estruturas que compõem o sistema digestório, sua identificação e topografia no corpo humano, bem como as funções e enzimas produzidas em cada segmento. O conjunto de estudos abrangeu a elucidação sobre as glândulas anexas do sistema digestório e suas enzimas digestivas, permitindo a estudantes e professores entenderem não só os conceitos anatômicos e a localização dos órgãos que compõem este sistema, mas também os processos que ocorrem e o metabolismo dos principais nutrientes.

As atividades da disciplina de Fisiologia Humana abrangeram apresentação aos discentes da importância da nutrição adequada para melhoria do desempenho fisiológico do organismo do ser vivo, além de discussão sobre temas como obesidade e desnutrição. Para desenrolamento da apresentação, utilizaram-se como bases artigos científicos e políticas nacionais de saúde com relevância sobre a problemática.

Na disciplina de Embriologia e Genética, os alunos foram estimulados a pesquisar e discutir em grupo sobre a influência e a importância da alimentação nas fases de formação e desenvolvimento embrionário e fetal. Além disso, os estudantes foram estimulados a entender os malefícios de teratógenos, como: álcool, tabaco e drogas ilícitas, e os riscos dos déficits nutricionais sobre a saúde materno-fetal.

A disciplina de Citologia apresentou um olhar mais detalhado com relação às células em formação. Os estudos envolveram os processos de investigação de alteração celular, além da má-formação futura, com discussões sobre os múltiplos agentes causais conhecidos – como a alimentação nutritiva, o sedentarismo, etc.

Por sua vez, a disciplina de Língua Portuguesa concentrou atividades que focaram no desenvolvimento das competências de oratória, dialética e hermenêutica dos alunos. Divididos em cinco grupos, eles receberam orientações que garantiram subsídios para a seleção autônoma de artigos, livros e demais produções científicas relacionadas aos temas do PI; a discussão dos conteúdos em sala de aula quanto à ordem lógica e a pertinência; e o desenvolvimento de relatórios, bem como de materiais de promoção à alimentação nutricional.

À Nutrição competiu o acompanhamento do desenvolvimento de um plano de atividades, em obediência ao preconizado pelas Orientações Complementares para o Planejamento do Projeto Integrador, documento do Ministério da Educação¹. Nessa disciplina, os alunos foram estimulados a desenvolver diferentes habilidades e os docentes a incluir nas aulas conceitos que corroboraram para a análise, a interpretação e a crítica ao tema-problema de pesquisa.

¹ Ver mais em: <https://www.ifbaiano.edu.br/unidades/lapa/files/2015/11/projeto-integrador.pdf>

Os trabalhos aconteceram em três etapas, a saber: 1) Problematização; 2) Teorização; e 3) Aplicação na prática - essa última, realizada no dia 14 de maio de 2022.

As atividades tiveram como propósito:

- Desenvolver competências gerais ou de fundamentos de área com foco nas habilidades necessárias para a atuação do profissional, no que compete à área nutricional para enfermagem;
- Inserir estudantes nos contextos reais de aprendizagem, por meio de ações em diferentes locais da cidade;
- Integrar o estudante aos serviços de saúde no contexto do SUS;
- Desenvolver nos estudantes a capacidade de observar, planejar e intervir diretamente no meio sociocultural;
- Identificar as características da população local;
- Acompanhar e realizar ações relacionadas à atenção primária à saúde por meio da atuação em equipes multiprofissionais;
- Estimular nos estudantes o desenvolvimento de competências cognitivas fundamentais ao exercício profissional.

Para o desenvolvimento da problematização, houve o emprego do Método do Arco, de Charles Maguerez, trazido à luz no ano de 1982 por Bordanave e Pereira² e composto de cinco etapas: observação da realidade; pontos-chave; teorização; hipóteses de solução; e aplicação à realidade (prática), segundo descrevem Prado et al. (2012). De acordo com os autores, além de uma alternativa metodológica mais apropriada para o ensino superior, a problematização é sempre oportuna em situações em que os temas estejam relacionados à vida em sociedade.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na primeira etapa do desenvolvimento, os alunos foram divididos em grupos e convidados a observar a realidade da nutrição no país, realizando buscas bibliográficas e em páginas da internet. Os temas definidos para as pesquisas iniciais foram:

- Grupo 1) A importância da nutrição na primeira infância;
- Grupo 2) O Brasil Continental e as diferenças regionais quanto aos problemas de nutrição em todas as regiões do país;
- Grupo 3) Populações de minorias: Quilombolas, índios, Ribeirinhos;
- Grupo 4) Nutrição nas morbidades de Hipertensos e Diabéticos;
- Grupo 5) Nutrição para um corpo perfeito (esportes e a estética).

2 Bordenave JD, Pereira AMP. Estratégias de ensino-aprendizagem. 25a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2004.

Após o levantamento, os alunos expuseram e discutiram acerca dos problemas encontrados e como esses afetam a saúde da população. Baseado nos temas e nos problemas levantados, eles definiram como assunto principal a “Obesidade e Desnutrição”.

Diante da problemática, discutiu-se o que direta ou indiretamente influencia e/ou determina a ocorrência da doença. Foram apontados pelos alunos os seguintes fatores:

O que Influencia	O que Determina
Genética	Fator Emocional
Álcool	Qualidade do Sono
Tabaco	Meio em que vive
Drogas	Políticas Públicas
Sedentarismo	Propagandas
Doenças Crônicas	Fatores Sociais
Fator Financeiro	Informação

Quadro 1- Fatores que influenciam e determinam a obesidade/desnutrição

Fonte: Elaboração própria

Como pontos-chave, os alunos identificaram que falta informação sobre a temática da obesidade e desnutrição, uma vez que, conforme o apresentado por eles, mesmo estando obesa, uma pessoa pode estar desnutrida. No processo de estudo, os alunos ponderaram que, embora possa haver a ingestão de alimentos ultra processados, o corpo humano tem a necessidade de receber alimentos nutritivos.

Para solução da problemática da obesidade e desnutrição, no contexto da realidade social da cidade em que a instituição está localizada, os alunos chegaram a cinco propostas. São elas: a divulgação das ações desenvolvidas pelo Banco de Alimentos de Tatuí; a promoção de ações que visem a orientação da alimentação equilibrada e saudável, com realização de atividades físicas nos casos de obesidades; a solicitação de elaboração de projeto de lei, por parte da Câmara Municipal, para a abertura de Restaurante Popular³; melhora da qualidade dos alimentos ofertados na cantina da faculdade (com requerimento encaminhado ao reitor); e a realização de evento de orientação para uma dieta equilibrada.

Por meio de votação, os estudantes escolheram como atividade prática palestra intitulada “Orientações sobre o Banco de Alimentos de Tatuí”, realizada em 25 de maio de 2022. O evento contou com exposição de alimentos, com divulgação dos respectivos valores nutricionais, folder com informações sobre como manter uma vida saudável. Antes, no dia 14 de maio de 2022, os estudantes realizaram nas dependências da instituição ação de promoção da atividade prática, que consistiu na aferição de pressão arterial, de medidas

³ Programa do Ministério da Cidadania realizado em parceria com estados e municípios que visa ampliar a oferta de refeições nutricionalmente adequadas, a preços acessíveis, à população de baixa renda, vulnerabilizados socialmente e em situação de insegurança alimentar e nutricional.

antropométricas e de cálculo de IMC.

Em que pesem os resultados, há que se destacar os desafios e as dificuldades da implementação do PI, como lembram Soares, Brandolin e Amaral (2017). Da mesma forma que as unidades de ensino básico e técnico se defrontam com questões, como: adesão; características; recursos humanos; seleção, organização e conteúdo; participação de alunos; e gestão e funcionamento, as de ensino superior também se deparam com os mesmos pontos, mas têm de buscar diferentes respostas.

Outra barreira para a transformação do PI em novos conhecimentos é a aproximação da realidade ao tema em estudo. Berbel (1998) atenta para o fato de que a problemática precisa ser trabalhada por diferentes atores sociais. No caso da obesidade e da desnutrição – tema eleito pelos alunos desta iniciativa –, apesar de as realidades dos participantes serem diversas, há um ponto de convergência de interesses: a pandemia do novo coronavírus, pela qual discutiu-se a transição nutricional.

Kac e Velásquez-Meléndez (2003) definem a transição nutricional como o fenômeno pelo qual ocorre uma inversão nos padrões de distribuição dos problemas nutricionais de uma dada população no tempo. Consiste, assim, na passagem da desnutrição para a obesidade, conforme estudado pelos participantes.

Uma terceira questão, ainda na linha da superação de óbices, diz respeito ao fato de o tema-problema ser da área de competência de uma das disciplinas da graduação. No caso deste PI, da Nutrição, muito embora os conhecimentos envolvidos sejam complementares ou extensivos a outros ensinamentos formativos.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que torne a prática docente mais desafiadora e dinâmica (SANTOS; NASCIMENTO, 2020), o Projeto Integrador consiste em uma estratégia de ensino-aprendizagem que transforma o conteúdo apresentado em sala de aula em uma atuação prática plena. Os alunos participantes deste PI, por exemplo, deram significado ao aprendizado, ao desenvolverem, a partir da problematização, documentos e ações, contrapondo-se aos métodos convencionais.

Ao trazerem problemas reais, eles passam a perceber a realidade e o papel diante da responsabilidade social em relação à qualidade de vida da sociedade. Ganham protagonismo, enriquecem e motivam o corpo docente a estar em movimento.

REFERÊNCIAS

ABESO. **Mapa da obesidade**. São Paulo, 2019. Disponível em: <<https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>>. Acesso em: 25 jul. 2022.

ANTUNES, André. **A volta da fome**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/a-volta-da-fome>. Acesso em: 25 Jul. 2022.

ARAÚJO, Flávio Moura de et al. **Obesidade infantil: uma reflexão sobre dinâmica familiar numa visão etnográfica.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 7, n. 1, pp. 103-108, 2006.

BARROS, Aloísio J. D.; HIRAKATA, Vânia N. **Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio.** BMC Med Res Methodol, v. 2. n. 21, 2003.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. **A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?** Interface Comunicação, Saúde, Educação, v. 2, n. 2, 1998.

_____, Neusi Aparecida Navas. **As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes.** Semina: Ciências Sociais e Humanas, v. 32, n. 1, pp. 25-40, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf>. Acesso em: 25 Jul. 2022.

BRAUER, Paula M.; DIETRICH, Linda; DAVIDSON, Bridget. **Nutrition in primary health care: using a Delphi process to design new interdisciplinary services.** Canadian Journal of Dietetic Practice and Research, v. 67, pp. 14-29, 2006.

CAMBRAIA, Adão Caron. **Formação docente: recriação da prática curricular no ensino superior.** 1 edição. Curitiba: Appris, 2019.

CARNEIRO, Sônia Maria Marchiorato. **Interdisciplinaridade: um novo paradigma do conhecimento?.** Educar em Revista, n. 10, pp. 99-109, 1994. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-4060.132>> Acesso em: 11 Ago. 2022.

CARRARA, Ana Paula Batista et al. **Obesidade: um desafio para a saúde pública.** Revista do Instituto de Ciências da Saúde, v. 26, n. 3, pp. 299-303, 2008.

DÂMASO, A. **Etiologia da obesidade.** In: Obesidade (Dâmaso, A. R., coordenador). Rio de Janeiro: Medsi, pp. 3-34, 2003.

DUNCAN, Bruce Bartholow et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação.** Revista de Saúde Pública, v. 46, n. 1, pp. 126-134, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>>. Acesso em: 25 jul. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamento Familiar (POF).** Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/xml/pof_2008_2009.shtml>. Acesso em: 21 Abr. 2022.

KAC, Gilberto; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, Gustavo. **A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 19 (Sup. 1), pp. 54-55, 2003.

LAAN, Luiza Souza van der. **Projeto Integrador como prática interdisciplinar: estudo de caso do curso técnico em eventos subsequente de Conceição do Araguaia/PA**. Dissertação (Mestrado em Ensino), Universidade do Vale do Taquari – UNIVATES, 2020.

MADEIRA, Afonso Celso Magalhães. **Projeto Integrador: uma experiência interdisciplinar em construção**. In: A educação dos primórdios ao século XXI: perspectivas, rumos e desafios. Organizadores Américo Junior Nunes da Silva, Thiago Alves França, Tayron Sousa Amaral. Ponta Grossa: Atena, pp. 68-82, 2021.

MALTA, Deborah Carvalho et al. **The COVID-19 Pandemic and changes in adult Brazilian lifestyles: a cross-sectional study, 2020**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, n. 4, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400026>>. Acesso em: 25 Jul. 2022.

MATEUS, Ana Catarina Castanheiro. **Metodologia de Trabalho de Projeto: Potencialidades e Desafios**. Dissertação (Mestrado em Educação Pré-Escolar e Ensino do 1º Ciclo do Ensino Básico). Isec (Instituto Superior de Educação e Ciências), Lisboa, 2020.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. **Resolução CNE/CES nº 3 de 7 de novembro de 2001: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Brasília: MEC, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf>>. Acesso em: 15 Ago. 2022.

MILTRE, Sandra Minardi et al. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, suppl. 2, pp. 2133-2144, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900018>>. Acesso em: 15 Ago. 2022.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Dia Mundial da Obesidade 2022: acelerar ação para acabar com a obesidade**. OMS, 2022. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/4-3-2022-dia-mundial-da-obesidade-2022-acelerar-acao-para-acabar-com-obesidade>>. Acesso em: 25 Ago. 2022.

PRADO, Marta Lenise do et al. **Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde**. Escola Anna Nery, v. 16, n. 1, pp. 172-177, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000100023>>. Acesso em: 13 Ago. 2022.

PEREZ, Olívia Cristina. **O Que é Interdisciplinaridade? Definições mais comuns em Artigos Científicos Brasileiros**. INTERSEÇÕES, Rio de Janeiro, v. 20 n. 2, pp. 454-472, 2018.

RICHARTZ, Terezinha. **Metodologia Ativa: a importância da pesquisa na formação de Professores**. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 13, n. 1, pp. 296-304, 2015.

RODRIGUES, Glaucemária. **Análise do uso da metodologia ativa problem based learning (PBL) na educação profissional**. Periódico Científico outras palavras, v. 12, n. 2, pp. 24-34, 2016.

SANTOS, Juscélia Paiva dos; TEIXEIRA, Zenaide Dias; A DÃO, Jorge Manoel. **Pandemia e Interdisciplinaridade: Um novo olhar para a Educação**. Research, Society and Development, v. 10, n. 15, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22360>> Acesso em: 10 Jul. 2022.

SANTOS, Erika Moreira; NASCIMENTO, Francinaide de Lima Silva. **A Prática Pedagógica e o Projeto Integrador: Uma análise de documentos oficiais do Instituto Federal do Rio Grande do Norte.** Conedu. VII Congresso Nacional de Educação, Centro Cultural de Exposições Ruth Cardoso. Maceió: Alagoas, Out. 2020.

SOARES, Antonio Jorge Gonçalves; BRANDOLIN, Fabio; AMARAL, Daniela Patti do. **Desafios e Dificuldades na Implementação do Programa Mais Educação: percepção dos atores das escolas.** Educação & Realidade, Porto Alegre, v. 42, n. 3, pp. 1059-1079, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/2175-623660490>>. Acesso em: 1 Ago. 2022.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. **Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?** Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, suppl. 1, pp. 1325-1335, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800002>>. Acesso em: 24 Jul. 2022.

SOUZA, Maira Danielle Gomes de et al. **Prevalência de obesidade e síndrome metabólica em frequentadores de um parque.** ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, São Paulo, v.28, n. 01, pp. 31-35, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-6720201500S100010>>. Acesso em: 27 Jul. 2022.

STANTON, Robert et al. **Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults.** International journal of environmental research and public health, vol. 17, 2020.

THIESEN, Juarez da Silva. **A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem.** Revista Brasileira de Educação, v. 13, n. 39, 2008.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação.** São Paulo: Cortez, 2008.

TRIPP, David. **Pesquisa-ação: uma introdução metodológica.** Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, pp. 443-466, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1517-97022005000300009>> Acesso em: 17 Jul. 2022.

VERAS, Renato P. **Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 14, n. 4, pp. 779-786, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000400017>>. Acesso em: 25 jul. 2022.

World Health Organization. **Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity.** Geneva: WHO, 1998.

TERAPIAS NEUROPROTETORAS ADJUVANTES NA ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÊMICA NEONATAL

Data de aceite: 03/10/2022

Data de submissão: 10/09/2022

Brenda Alves Fernandes

Universidade de Vassouras
Vassouras – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/0448268178333894>

Luiz Felipe Alves Fernandes

Universidade de Vassouras
Vassouras – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/6048805690283830>

Eithor Henrique Siqueira

Universidade de Vassouras
Vassouras – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/6668993989380365>

Guilherme Lima Weksler

Universidade de Vassouras
Vassouras – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/5573962305206913>

João Vitor Romão Neto Mury de Aquino

Universidade de Vassouras
Vassouras – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/8061047516932705>

Juliana Alves Costa

Universidade de Vassouras
Vassouras – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/6141779847764809>

Carlos Alberto Bhering

Universidade de Vassouras
Vassouras – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/6247987729844508>

RESUMO: A encefalopatia hipóxica isquêmica (EHI) é uma síndrome clínica neonatal com importante morbimortalidade. É resultado de um evento hipóxico e/ou isquêmico grave e prolongado, que acontece antes ou durante o parto, resultando na perda da autorregulação cerebral, morte celular neuronal e consequente manifestação clínica de alterações neurológicas. Atualmente a hipotermia terapêutica (HT) é o tratamento padrão recomendado. Entretanto, existem estudos sobre terapias complementares, tais como a eritropoietina e melatonina. O objetivo deste estudo foi analisar a eficácia das terapias adjuvantes à hipotermia terapêutica. Esta revisão integrativa utilizou as bases de dados PubMed, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Directory of Open Access Journals (DOAJ) para pesquisa, utilizando os descritores “neonatal”, “hypoxic ischemic encephalopathy” e “neuroprotective therapy”. Após aplicação de critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 20 artigos do total de 2226 encontrados. A terapêutica com HT em monoterapia e com a associação com a melatonina e com eritropoietina demonstram possuir efeito neuroprotetor, diminuindo lesão cerebral. Outras terapias adjuvantes não têm mostrado efeito neuroprotetor confirmado e, portanto, necessitam de estudos adicionais.

PALAVRAS-CHAVE: Encefalopatia; Doenças do Recém-Nascido; Terapias complementares.

ADJUVANT NEUROPROTECTIVE THERAPIES IN NEONATAL HYPOXIC-ISCHEMIC ENCEPHALOPATHY

ABSTRACT: Hypoxic ischemic encephalopathy (HIE) is a neonatal clinical syndrome with

significant morbidity and mortality. It is the result of a severe and prolonged hypoxic and/or ischemic event that occurs before or during childbirth, resulting in the loss of brain autoregulation, neuronal cell death and consequent clinical manifestation of neurological changes. Therapeutic hypothermia (TH) is currently the recommended standard treatment. However, there are studies on complementary therapies, such as erythropoietin and melatonin. The aim of this study was to analyze the effectiveness of adjunctive therapies to therapeutic hypothermia. This integrative review used PubMed, Virtual Health Library (BVS) and Directory of Open Access Journals (DOAJ) databases for research, using the descriptors “neonatal”, “hypoxic ischemic encephalopathy” and “neuroprotective therapy”. After applying inclusion and exclusion criteria, 20 articles were selected from the total of 2226 found. Therapy with TH in monotherapy and in association with melatonin and erythropoietin have shown to have a neuroprotective effect, reducing brain damage. Other adjuvant therapies have not shown a confirmed neuroprotective effect and therefore need further studies.

KEYWORDS: Encephalopathy; Diseases of the Newborn; Complementary Therapies.

INTRODUÇÃO

A encefalopatia hipóxico isquêmica (EHI) é uma síndrome clínica neonatal, em consequência de um evento hipóxico e/ou isquêmico grave e prolongado, que acontece antes ou durante o parto (DOUGLAS-ESCOBAR M, WEISS MD, 2015). Clinicamente, manifesta-se geralmente por alterações neurológicas, como rebaixamento do nível de consciência ou convulsões, frequentemente acompanhados por dificuldade em iniciar e manter a respiração e depressão do tônus e reflexos (BINKOWSKI R, WEINMANN A., 2015). A diminuição do fluxo sanguíneo cerebral, resultante de insulto hipóxico-isquêmico, leva a acidose, liberação de mediadores inflamatórios e neurotransmissores excitatórios, formação de radicais livres, acúmulo de cálcio e peroxidação lipídica, resultando na perda da autorregulação cerebral e morte celular neuronal (CHAO CP, et al. 2006).

A EHI é uma das mais importantes causas de morbimortalidade neonatal em todo o mundo (CHAO CP, et al., 2006; YILDIZ EP, et al., 2017), chegando a atingir 26 a cada 1000 nascidos vivos em países em desenvolvimento (LAWN J, et al., 2005). A terapia considerada atualmente como o padrão de tratamento neuroprotetor para neonatos com EHI moderada a grave, é a hipotermia terapêutica (HT) (DOUGLAS-ESCOBAR M, WEISS MD, 2015).

A HT melhora significativamente a sobrevivência e reduz as sequelas neurológicas em neonatos com EHI (JACOBS SE, et al, 2013). Os protocolos usados atualmente, recomendam o resfriamento induzido por 72 horas, na faixa de 33 a 34°C, geralmente iniciado nas primeiras 6 horas de vida (GARCIA-ALIX A, et al, 2020). Esta terapia tem ação principalmente na redução da produção excessiva de radicais livres, redução das reações pró-inflamatórias e supressão de atividades epilépticas (POLDERMAN KH, 2008).

Entretanto, como parte considerável dos neonatos submetidos a HT podem evoluir de forma desfavorável (POLDERMAN KH, 2008), e 44% a 53% podem evoluir

com morte e incapacidade neurológica (WU, Y.W, GONZALEZ F. F,2015), outras terapias complementares, que atuam na neuroproteção, vem sendo estudadas, a fim de atuarem como complemento no tratamento da EHI. Essas medidas visam melhorar a qualidade de vida dessas crianças, reduzindo o impacto negativo para a família. Entre essas propostas terapêuticas destacam-se a Eritropoietina e a Melatonina (DAVIDSON JO, et al, 2015).

O objetivo deste estudo foi analisar quais são os impactos das terapias adjuvantes à hipotermia terapêutica induzida no tratamento da encefalopatia hipóxico isquêmica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo secundário, de abordagem descritiva e qualitativa, por meio de uma revisão integrativa de literatura, em que se realizou pesquisa nas bases de dados eletrônicas PubMed, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Directory of Open Access Journals (DOAJ).

O levantamento dos artigos foi realizado utilizando os seguintes descritores: “neonatal”, “hypoxic ischemic encephalopathy” e “neuroprotective therapy”, considerando o operador booleano “AND” entre as respectivas palavras. Foram incluídos artigos publicados entre 2011-2021 e cujo texto completo era disponível e os estudos do tipo ensaio clínico e ensaio clínico controlado randomizado. Foram excluídos, após leitura do título e do resumo, os artigos que não possuíam ligação clara com o tema em análise, bem como os que não abordavam a eficácia terapêutica neuroprotetora, além da exclusão de artigos de revisão de literatura, estudos experimentais com animais e artigos duplicados.

A revisão integrativa foi realizada seguindo as seguintes etapas: estabelecimento do tema; verificação das publicações nas bases de dados; definição dos parâmetros de elegibilidade; definição dos critérios de inclusão e de exclusão; exame das informações encontradas; análise dos estudos encontrados e exposição dos resultados.

RESULTADOS

A busca nas bases de dados eletrônicas resultou em um total de 2226 artigos. Foram encontrados 1251 artigos na base de dados PubMed, 950 artigos na base de dados BVS e 25 artigos na base de dados DOAJ. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 13 artigos na base de dados PubMed, 6 artigos na base BVS, e 1 artigo na base DOAJ, totalizando 20 artigos selecionados, conforme apresentado na Figura 1.

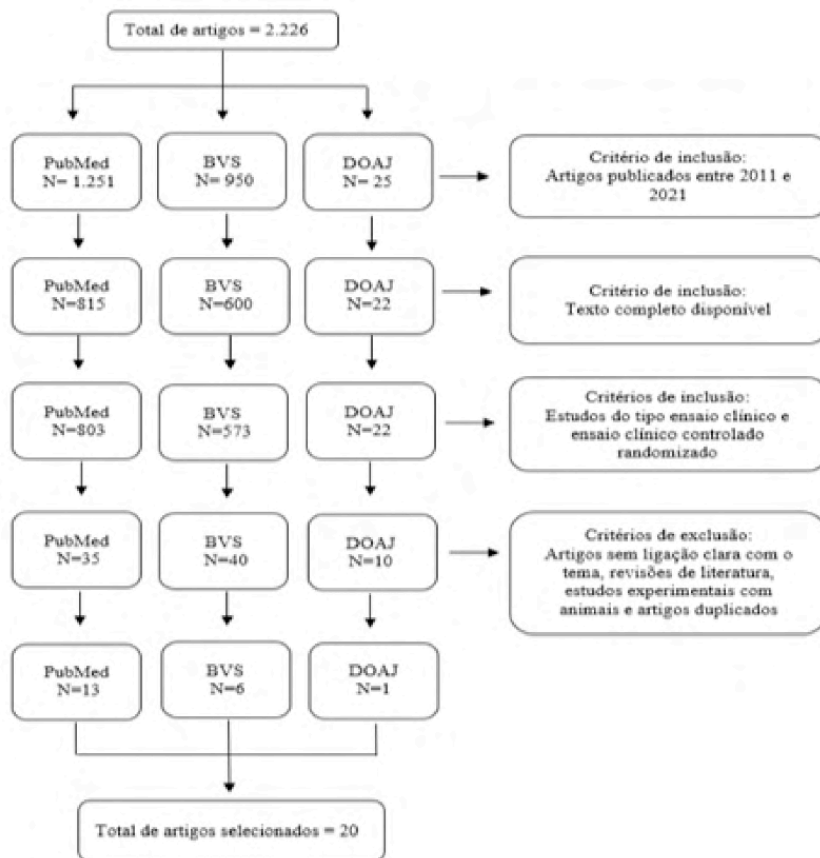


Figura 1: Fluxograma de identificação e seleção dos artigos nas bases PubMed, BVS e DOAJ.

Fonte: Autores, 2022.

Dos 20 artigos selecionados, 5 artigos abordaram a hipotermia terapêutica (HT) de forma isolada, 5 abordaram a Eritropoietina associada à HT, 1 abordou a Eritropoietina em monoterapia, 1 comparou a HT com a Eritropoietina em monoterapia, 2 abordaram a Melatonina associada à HT, 1 abordou a Melatonina associada ao Sulfato de Magnésio, 1 abordou o Alopurinol em monoterapia, 1 abordou o 2-Iminobiotina associado à HT, 2 abordaram o Topiramato associado à HT e 1 abordou o Xenônio associado a HT, conforme Tabela 1. Esta tabela resume as principais conclusões a respeito das terapias descritas estudadas.

Autor	Ano	Terapia analisada	Conclusões
Yang T, Li S	2020	Hipotermia isolada	O tratamento com hipotermia leve de 72 horas se mostrou melhor do que o de 48 horas para melhorar as condições oxidativas, reduzir os valores de enolase específica do neurônio e melhorar o comportamento e o desenvolvimento neurológico de neonatos com EHI moderada/grave
Aker K, Støen R, Eikenes L, Martinez-Biarge M, Nakken I, Håberg AK, et al.	2020	Hipotermia isolada	Confirmou que a HT reduziu a lesão cerebral detectada na ressonância magnética em bebês com EHI moderada em uma unidade de terapia intensiva neonatal na Índia. (n=50)
Shankaran S, Laptook AR, Pappas A, McDonald SA, Das A, Tyson JE, et al.	2014	Hipotermia isolada	Concluiu que o resfriamento mais profundo e/ou de maior duração em comparação com a hipotermia a 33,5° C por 72 horas não reduziu a morte na UTIN (n=364)
Wu YW, Bauer LA, Ballard RA, Ferriero DM, Glidden DV, Mayock DE, et al.	2012	Eritropoietina + Hipotermia	Os pacientes (n=24) receberam uma média de 4,8 doses de Eritropoietina, sendo todas bem toleradas, sem efeitos adversos aparentes. A frequência de complicações sistêmicas não foi estatisticamente diferente de estudos com hipotermia isolada
Rogers EE, Bonifacio SL, Glass HC, Juul SE, Chang T, Mayock DE, et al.	2014	Eritropoietina + Hipotermia	O acompanhamento do neurodesenvolvimento de neonatos que receberam Eritropoietina (n=22) demonstra taxa relativamente baixa de resultados adversos, mesmo no cenário de lesão cerebral significativa
Wang YJ, Pan KL, Zhao XL, Qiang H, Cheng SQ	2011	Eritropoietina + Hipotermia	O tratamento com Eritropoietina tem efeitos neuroprotetores contra EHI moderado ou grave e melhora o desenvolvimento neurológico comportamental a longo prazo em neonatos (n=70)
Ahmad QM, Chishti AL, Waseem N	2018	Melatonina + Hipotermia	A administração de melatonina como terapia adjuvante no tratamento de recém-nascidos com EHI levou a uma melhora na taxa de sobrevivida (n=80)
El Faragy MS, Soliman NA	2019	Sulfato de Magnésio e Melatonina	O Sulfato de Magnésio pode ter um efeito adicional para a redução da lesão cerebral em bebês com EHI que estão recebendo melatonina (n=60)
Montaldo P, Lally PJ, Oliveira V, Swamy R, Mendoza J, Atreja G, et al.	2018	Hipotermia isolada	A hipotermia terapêutica pode ter um efeito neuroprotetor em bebês com EHI leve, conforme demonstrado por melhores biomarcadores e redução da lesão de substância branca na ressonância magnética (n=47)
Mulkey SB, Ramakrishnaiah RH, McKinstry RC, Chang T, Mathur AM, Mayock DE, et al.	2017	Eritropoietina + Hipotermia	Entre crianças com EHI que tiveram lesão cerebral aguda observada na ressonância magnética, aqueles que receberam Eritropoietina (n=20) tiveram um menor volume de lesão cerebral aguda em comparação com bebês que receberam placebo (n=24)

Malla RR, Asimi R, Teli MA, Shaheen F, Bhat MA	2017	Eritropoietina em monoterapia	O tratamento com Eritropoietina durante as primeiras 6 horas de vida em neonatos com EHI moderada a grave melhora o resultado combinado de morte ou deficiência moderada/grave aos 19 meses de idade (n=100)
Aly H, Elmahdy H, El-Dib M, Rowisha M, Awny M, El-Gohary T, et al.	2015	Melatonina + Hipotermia	A combinação de melatonina com HT em bebês com EHI moderado a grave foi eficaz na redução do estresse oxidativo e na melhora da sobrevida com desfechos de neurodesenvolvimento favoráveis aos 6 meses de idade. (n=30)
Kaandorp JJ, van Bel F, Veen S, Derks JB, Groenendaal F, Rijken M. et al.	2012	Alopurinol em monoterapia	Não houve diferenças no resultado de longo prazo entre os bebês tratados com alopurinol e controles. No entanto, a análise de subgrupo do grupo moderadamente asfíxiado mostrou resultados adversos significativamente menos graves nos bebês tratados com alopurinol em comparação com os controles. (n=23)
Lv HY, Wu SJ, Wang QL, Yang LH, Ren PS, Qiao BJ, et al.	2017	Eritropoietina + Hipotermia	Eritropoietina combinada com a hipotermia reduziu os níveis de proteína tau sérica e melhorou o resultado da neurologia comportamental neonatal, mas não afetou o resultado do neurodesenvolvimento em longo prazo (n=41)
Nuñez-Ramiro A, Benavente-Fernández I, Valverde E, Cordeiro M, Blanco D, Boix H, et al.	2019	Topiramato + Hipotermia	O grupo tratado com topiramato apresentou menos convulsões nas primeira 24 horas de hipotermia, precisaram menos de medicações adicionais e tiveram menor mortalidade, entretanto, esses resultados não alcançaram significância estatística. Sem diferenças para estresse oxidativo, metabólitos relacionados à energia ou ressonância magnética foram achados (n=110)
Favié LMA, Peeters-Scholte CMPCD, Bakker A, Tjabbes H, Egberts TCG, van Bel F, et al.	2019	2-Iminobiotina + Hipotermia	Este estudo indica que a administração de 2-iminobiotina é bem tolerada e não está associada a quaisquer eventos adversos em neonatos tratados com hipotermia terapêutica (n=12). Necessário mais testes para avaliar a eficácia neuroprotetora
Dingley J, Tooley J, Liu X, Scull-Brown E, Elstad M, Chakkarapani E, et al.	2014	Xenônio + Hipotermia	Respirar xenônio 50% por até 18 horas com 72 horas de resfriamento foi viável, aumentou a sedação e suprimiu as convulsões e a atividade eletroencefalográfica de fundo, sem efeitos adversos observados com acompanhamento de 18 meses. (n=14) Efeitos neuroprotetores adicionais não foram descritos.
El Shimi MS, Awad HA, Hassanein SM, Gad GI, Imam SS, Shaaban HA, et al.	2014	Eritropoietina X Hipotermia	Hipotermia terapêutica se mostrou superior a terapia com dose única de Eritropoietina recombinante para neuroproteção em neonatos com EHI (n=45)
Azzopardi D	2013	Hipotermia isolada	Um valor preditivo positivo mais baixo do eletroencefalograma de amplitude integrada de neonatos que receberam hipotermia sugerem o efeito neuroprotetor do resfriamento (n=314)

Filippi L, Fiorini P, Catarzi S, Berti E, Padrini L, Landucci E, et al	2017	Topiramato + Hipotermia	A administração de topiramato em recém-nascidos com EHI se mostrou segura, mas não reduziu a frequência combinada de mortalidade e deficiência neurológica grave (n=44)
--	------	-------------------------	---

Tabela 1: Tabela com as principais conclusões referentes a terapia neuroprotetora com hipotermia e potenciais tratamentos adjuvantes.

Fonte: Autores, 2022.

Os estudos avaliando a associação da melatonina e da eritropoietina com a HT mostraram que existe um efeito neuroprotetor e melhora do neurodesenvolvimento. Terapias com xenônio, topiramato, alopurinol e iminobiotina ainda não comprovaram benefício na neuroproteção, apesar de apresentarem melhora em desfechos específicos, tais como no número de convulsões.

DISCUSSÃO

Atualmente, a hipotermia terapêutica tem sido considerada como padrão de tratamento da encefalopatia hipóxico isquêmica (EHI) moderada a grave. Essa terapia, na qual o recém-nascido é submetido a uma temperatura entre 33 e 34°C durante 72 horas, visa reduzir os danos neurológicos causados pela EHI e melhorar o neurodesenvolvimento dessas crianças (POLDERMAN KH 2008).

A HT, feita de forma isolada, melhora o comportamento e desenvolvimento neurológicos de neonatos, por reduzir a produção em excesso de radicais livres e controlar as reações inflamatórias que podem levar a morte celular neuronal (YANG T, LI S, 2020; SHANKARAN S, et al. 2014). Desse modo, a HT tem um efeito neuroprotetor por ser capaz de reduzir a lesão cerebral (AKER K, et al. 2020; MONTALDO P, et al 2019).

Como podemos constatar em nossa revisão de literatura, a associação da HT com a eritropoietina apresenta efeito neuroprotetor e melhora no neurodesenvolvimento (ROGERS EE, et al 2014; WANG YJ, et al. 2011). A eritropoietina possui atividade anti-apoptóticas e anti-inflamatórias, aumenta as atividades antioxidantes e reduz lesões celulares citotóxicas, atuando por meio da ativação de cascatas de sinalizadores como o Janus kinase 2 (JAK2), o fosfotidylinositol 3-quinase (PI3K) e STAT5 (WU, Y.W. AND GONZALEZ, F.F, 2015).

A ressonância magnética pode constatar um menor volume de lesões cerebral quando a terapêutica com eritropoietina foi associada com a HT em crianças com lesão aguda por EHI. Isso denota um melhor desfecho dessas crianças (MULKEY SB, et al. 2017). A eritropoietina de forma isolada, apesar de possuir um resultado positivo em relação ao desfecho morte ou deficiência, se mostrou menos eficaz quando comparado com a HT em monoterapia (ROGERS EE, et al 2014; WANG YJ, et al. 2011; AHMAD QM, et al 2018)

As terapêuticas com a HT em associação com melatonina, ou com a melatonina

e sulfato de magnésio, também está relacionada a uma melhor sobrevida e efeito neuroprotetor (EL FARARGY MS, SOLIMAN NA, 2019). A melatonina demonstrou possuir efeito antioxidante, anti-inflamatório e na modulação imunológica. O sulfato de magnésio em associação com melatonina aparenta ter efeito adicional na redução da lesão cerebral (AHMAD QM, et al 2018).

Segundo a análise dos artigos selecionados, o uso da melatonina cursou com uma mortalidade menor quando comparada ao grupo controle (ALY H, et al. 2015). Além disso, notou-se uma menor incidência de convulsões (AHMAD QM, et al 2018). Entretanto, alguns dos estudos foram efetuados com uma amostra considerada pequena, necessitando de estudos adicionais.

Ainda não há confirmação de efeitos neuroprotetores na associação de HT com topiramato, com xenônio e iminobiotina e no uso do alopurinol em monoterapia (NUÑEZ-RAMIRO A, et al. 2019; FAVIÉ LMA, et al 2020; DINGLEY J, et al. 2014). A associação do topiramato com a HT, apesar de não possuir efeito neuroprotetor confirmado, mostrou uma menor necessidade do uso de medicações adicionais e menor frequência de convulsões, havendo conflito no desfecho mortalidade (NUÑEZ-RAMIRO A, et al. 2019).

CONCLUSÃO

A encefalopatia hipóxico isquêmica é uma síndrome clínica que cursa com alterações neurológicas. O tratamento padrão atual é a hipotermia terapêutica que possui efeitos neuroprotetores comprovados. Terapias complementares a HT representam uma área de estudo que visam agregar mais benefícios a essa terapêutica padrão. Dentre as terapias adjuvantes analisadas nessa revisão, a associação da melatonina e da eritropoietina com a HT apresentaram um efeito neuroprotetor com melhora do neurodesenvolvimento. Em monoterapia, a HT demonstra-se superior ao uso exclusivo de eritropoietina. Terapias com xenônio, topiramato, alopurinol, e iminobiotina ainda não comprovaram benefício de acordo com os estudos analisados. Desse modo, mais estudos das terapias complementares são necessários para confirmar seus possíveis benefícios para assim aprimorar a terapêutica padrão de modo a favorecer os pacientes com essa enfermidade.

REFERÊNCIAS

AHMAD QM, CHISHTI AL, WASEEM N. **Role of melatonin in management of hypoxic ischaemic encephalopathy in newborns: A randomized control trial.** J Pak Med Assoc 2018 Ago; 68 (8): 1233-1237.

AKER K, STØEN R, EIKENES L, MARTINEZ-BIARGE M, NAKKEN I, HÅBERG AK, et al. **Hipotermia terapêutica para encefalopatia hipóxico-isquêmica neonatal na Índia (estudo THIN): um ensaio clínico randomizado.** Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2020; 105 (4): 405-411.

ALY H, ELMAHDY H, EL-DIB M, ROWISHA M, AWNY M, EL-GOHARY T, et al. **Melatonin use for neuroprotection in perinatal asphyxia: a randomized controlled pilot study.** J Perinatol 2015 Mar; 35 (3): 186-91.

AZZOPARDI D; TOBY study group. **Predictive value of the amplitude integrated EEG in infants with hypoxic ischaemic encephalopathy: data from a randomised trial of therapeutic hypothermia.** Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2014 Jan; 99 (1): F80-F82.

BINKOWSKI R, WEINMANN A. **Hipotermia terapêutica em recém-nascidos com diagnóstico de encefalopatia hipóxico isquêmica: revisão de literatura.** Saúde Santa Maria 2015; 41 (1): 37-48.

CHAO CP, ZALESKI CG, PATTON AC. **Neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy: multimodality imaging findings.** Radiographics. 2006 Oct; 26 Suppl 1: S159-72.

DAVIDSON JO, WASSINK G, VAN DEN HEUIJ LG, BENNET L, GUNN AJ. **Therapeutic Hypothermia for Neonatal Hypoxic-Ischemic Encephalopathy - Where to from Here?** Front Neurol 2015 Set; 6:198.

DINGLEY J, TOOLEY J, LIU X, SCULL-BROWN E, ELSTAD M, CHAKKARAPANI E, et al. **Xenon ventilation during therapeutic hypothermia in neonatal encephalopathy: a feasibility study.** Pediatrics 2014 Maio; 133 (5): 809-818.

DOUGLAS-ESCOBAR M, WEISS MD. **Hypoxic-ischemic encephalopathy: a review for the clinician.** JAMA Pediatr 2015 Abr; 169 (4): 397-403.

EL FARARGY MS, SOLIMAN NA. **A randomized controlled trial on the use of magnesium sulfate and melatonin in neonatal hypoxic ischemic encephalopathy.** J Neonatal Perinatal Med 2019; 12 (4): 379-384.

EL SHIMI MS, AWAD HA, HASSANEIN SM, GAD GI, IMAM SS, SHAABAN HA, et al. **Single dose recombinant erythropoietin versus moderate hypothermia for neonatal hypoxic ischemic encephalopathy in low resource settings.** J Matern Fetal Neonatal Med 2014 Set; 27 (13): 1295-1300.

FAVIÉ LMA, PEETERS-SCHOLTE CMPCD, BAKKER A, TJABBES H, EGBERTS TCG, VAN BEL F, et al. **Pharmacokinetics and short-term safety of the selective NOS inhibitor 2-iminobiotin in asphyxiated neonates treated with therapeutic hypothermia.** Pediatr Res 2020 Mar; 87 (4): 689-696.

FILIPPI L, FIORINI P, CATARZI S, BERTI E, PADRINI L, LANDUCCI E, et al. **Safety and efficacy of topiramate in neonates with hypoxic ischemic encephalopathy treated with hypothermia (NeonATI): a feasibility study.** J Matern Fetal Neonatal Med 2018 Abr; 31 (8): 973-980.

GARCIA-ALIX A, ARNAEZ J, HERRANZ-RUBIA N, ALARCÓN A, ARCA G, VALVERDE E, et al; **Grupo Cerebro Neonatal.** Ten years since the introduction of therapeutic hypothermia in neonates with perinatal hypoxic-ischaemic encephalopathy in Spain. Neurologia (Engl Ed) 2020 Set; S0213-4853 (20) 30227-9.

JACOBS SE, BERG M, HUNT R, TARNOW-MORDI WO, INDER TE, DAVIS PG. **Cooling for newborns with hypoxic ischaemic encephalopathy.** Cochrane Database Syst Rev 2013 Jan; 2013 (1): CD003311.

KAANDORP JJ, VAN BEL F, VEEN S, DERKS JB, GROENENDAAL F, RIJKEN M, et al. **Long-term neuroprotective effects of allopurinol after moderate perinatal asphyxia: follow-up of two randomised controlled trials.** Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2012 Maio; 97 (3): F162-F166.

LAWN J, SHIBUYA K, STEIN C. **No cry at birth: global estimates of intrapartum stillbirths and intrapartum-related neonatal deaths.** Bull World Health Organ. 2005 Jun; 83 (6): 409-417.

LV HY, WU SJ, WANG QL, YANG LH, REN PS, QIAO BJ, et al. **Effect of erythropoietin combined with hypothermia on serum tau protein levels and neurodevelopmental outcome in neonates with hypoxic-ischemic encephalopathy.** Neural Regen Res 2017 Out; 12 (10): 1655-1663.

MALLA RR, ASIMI R, TELI MA, SHAHEEN F, BHAT MA. **Erythropoietin monotherapy in perinatal asphyxia with moderate to severe encephalopathy: a randomized placebo-controlled trial.** J Perinatol 2017 Maio; 37 (5): 596-601.

MONTALDO P, LALLY PJ, OLIVEIRA V, SWAMY R, MENDOZA J, ATREJA G, et al. **Therapeutic hypothermia initiated within 6 hours of birth is associated with reduced brain injury on MR biomarkers in mild hypoxic-ischaemic encephalopathy: a non-randomised cohort study.** Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2019 Set; 104 (5): F515-F520.

MULKEY SB, RAMAKRISHNAIAH RH, MCKINSTY RC, CHANG T, MATHUR AM, MAYOCK DE, et al. **Erythropoietin and Brain Magnetic Resonance Imaging Findings in Hypoxic-Ischemic Encephalopathy: Volume of Acute Brain Injury and 1-Year Neurodevelopmental Outcome.** J Pediatr 2017 Jul; 186: 196-199.

NUÑEZ-RAMIRO A, BENAVENTE-FERNÁNDEZ I, VALVERDE E, CORDEIRO M, BLANCO D, BOIX H, et al; on behalf of the Hypotop Study Group. **Topiramate plus Cooling for Hypoxic-Ischemic Encephalopathy: A Randomized, Controlled, Multicenter, Double-Blinded Trial.** Neonatology 2019; 116 (1): 76-84.

POLDERMAN KH. **Induced hypothermia and fever control for prevention and treatment of neurological injuries.** Lancet 2008 Jun; 371 (9628): 1955-1969.

ROGERS EE, BONIFACIO SL, GLASS HC, JUUL SE, CHANG T, MAYOCK DE, et al. **Erythropoietin and hypothermia for hypoxic-ischemic encephalopathy.** Pediatr Neurol 2014 Nov; 51 (5): 657-662.

SHANKARAN S, LAPTOOK AR, PAPPAS A, MCDONALD SA, DAS A, TYSON JE, et al; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. **Effect of depth and duration of cooling on deaths in the NICU among neonates with hypoxic ischemic encephalopathy: a randomized clinical trial.** JAMA 2014; 312 (24): 2629-2639.

WANG YJ, PAN KL, ZHAO XL, QIANG H, CHENG SQ. **Therapeutic effects of erythropoietin on hypoxic-ischemic encephalopathy in neonates.** Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi 2011 Nov; 13 (11): 855-858.

WU YW, BAUER LA, BALLARD RA, FERRIERO DM, GLIDDEN DV, MAYOCK DE, CHANG T, DURAND DJ, SONG D, BONIFACIO SL, GONZALEZ FF, GLASS HC, JUUL SE. **Erythropoietin for neuroprotection in neonatal encephalopathy: safety and pharmacokinetics.** Pediatrics 2012 Out; 130 (4): 683-691.

WU, Y.W. AND GONZALEZ, F.F. **Erythropoietin: a novel therapy for hypoxic–ischaemic encephalopathy?**. Dev Med Child Neurol, 2015, 57: 34-39.

YANG T, LI S. **Efficacy of different treatment times of mild cerebral hypothermia on oxidative factors and neuroprotective effects in neonatal patients with moderate/severe hypoxic-ischemic encephalopathy.** J Int Med Res 2020 Set; 48 (9): 300060520943770.

YILDIZ EP, EKICI B, TATLI B. **Neonatal hypoxic ischemic encephalopathy: an update on disease pathogenesis and treatment.** Expert Rev Neurother. 2017 Maio; 17 (5): 449-459.

CAPÍTULO 24

SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO A PESSOA ADULTA NO PERIOPERATÓRIO

Data de aceite: 03/10/2022

Gabriel Brasil Gil

Fernanda Matheus Estrela

Anderson dos Santos Barbosa

Tania Maria de Oliveira Moreira

Fabiana Costa da Silva

Juliana Marques Dourado Viena

Juliana dos Reis Naponuceno de Oliveira

Tamara Angélica da Rocha

Celeste da Silva Carneiro

Alisson Cunha Lima

Ithana Queila Borges Pizzani Ferreira

Sheyla Santana de Almeida

Sanmara Souza Pedreira Lima

Yanne Mello Rusciolelli Nunes

Aline Quelle Reis Silva

Ana Cleide da Silva Dias

Emile Aquino Pinheiro

Naiara Costa Salvador Ribeiro da Silva

Bruna Costa Leal

Larissa Lima dos Santos

Periana Mota de Oliveira

Caroline dos Santos Pinto de Oliveira

Carleone Vieira dos Santos Neto

Andréia de Jesus Soares

Raquel Carvalho Lima

Paulo de Tarso Jambeiro Brandão

Valquíria de Araújo Hora

Felipe Teclo Moreira

Annessa Adryelle Souza Pereira

Lucas Coleta dos Reis Alves

RESUMO: Introdução: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia de trabalho fundamental para nortear as ações do cuidado de enfermagem ao indivíduo no contexto saúde-doença tendo como objetivo reunir as atividades de enfermagem para que não sejam feitas de forma isolada e façam parte de um processo. Dessa forma, a necessidade de aplicar à SAE às pessoas no perioperatório é necessária devido aos riscos e danos oriundos desse cuidado em centro cirúrgico. Urge que os profissionais de enfermagem estejam capacitados para prestar um cuidado de qualidade, integral e humanizado às pessoas em perioperatório e suas famílias. Objetivo: O objetivo desse trabalho é descrever a sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente no perioperatório. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência através da aplicação

da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), voltado para o paciente no contexto hospitalar, no perioperatório. Resultados e discussão: Foi aplicado a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória e foi elaborado diagnósticos de enfermagem nesse período. Considerações finais: Ao aplicar a SAE no indivíduo no perioperatório a enfermeira deve realizá-lo em todas as suas etapas, e utilizar os protocolos para oferecer um cuidado holístico e integral, visando a promoção da saúde, prevenção de risco potencial e adaptação diante das necessidades em saúde.

PALAVRAS CHAVE: Enfermagem, cuidado, centro cirúrgico.

ABSTRACT: Introduction: The Systematization of Nursing Care (SAE) is a fundamental work methodology to guide the actions of nursing care to the individual in the health-disease context, aiming to bring together nursing activities so that they are not carried out in isolation and part of a process. Thus, the need to apply SAE to people in the perioperative period is necessary due to the risks and damages arising from this care in the surgical center. It is urgent that nursing professionals are trained to provide quality, comprehensive and humanized care to people in the perioperative period and their families Objective: The objective of this work is to describe the systematization of Nursing Care to patients in the perioperative period. Methodology: This is an experience report through the application of the Systematization of Nursing Care (SAE), focused on the patient in the hospital context, in the perioperative period. Results and discussion: The systematization of perioperative nursing care was applied and nursing diagnoses were prepared during this period. Final considerations: When applying the SAE to the individual in the perioperative period, the nurse must perform it in all its stages, and use the protocols to offer holistic and comprehensive care, aiming at health promotion, potential risk prevention and adaptation to the needs. in health.

INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia de trabalho fundamental para nortear as ações do cuidado de enfermagem ao indivíduo no contexto saúde-doença tendo como objetivo reunir as atividades de enfermagem para que não sejam feitas de forma isolada e façam parte de um processo. Este é denominado processo de enfermagem, podendo ser compreendido como um instrumento de trabalho da enfermagem, orientado pelo menos por uma teoria, sendo composto por etapas ordenadas, dinâmicas, interacionadas e independentes podendo ocorrer em qualquer cenário da atenção direta ao cliente (TANURE, PINHEIRO, 2019). A SAE favorece uma prática assistencial pautada no conhecimento científico contribuindo positivamente para o paciente, família, a equipe de enfermagem bem como para o serviço de saúde, tendo como foco o cuidado (ALFARO LEFREVE, 2014). Para Waldow (1998) o cuidado é a nossa prática e se caracteriza por ações e comportamentos realizados na intenção de favorecer, manter e melhorar o processo de viver-morrer, proporcionando atenção às necessidades biopsicossociais e espirituais das pessoas. Esse cuidado proposto por Waldow deve ser aplicado no período perioperatório.

Considerando a trajetória histórica, a referência pioneira é Florence Nightingale, em 1854 com adoção de práticas de enfermagem pautada no conhecimento científico através das técnicas de limpeza e organização do ambiente, importantes na prevenção de infecções sendo um marco a teoria ambientalista (NIGHTINGALE, 1898). Em 1955, Lydia Hall descreve pela primeira vez três fases para o processo de enfermagem: o histórico; o planejamento; e, avaliação (CAMPOS; DUTRA; ARAÚJO, 2004). Entretanto, o termo processo de enfermagem somente é definido pela primeira vez por Ida Orlando, em 1961, para explicar o cuidado de enfermagem. Três anos depois, em 1964, Wanda Horta inicia seus estudos e publicações e, apresenta aqui no Brasil, em 1970, o seu modelo para desenvolvimento do processo de enfermagem, fundamentado em uma abordagem humanista e empírica, a partir da teoria da motivação humana de Maslow (LEOPARDI, 1988). Seu modelo baseia-se nas leis do equilíbrio, da adaptação e do holismo. Segundo a autora (1979), a enfermagem deve reconhecer o ser humano, que tem necessidades humanas básicas, as quais são classificadas em psico-biológicas, psicossociais e psico-espirituais.

No que tange às cirurgias de grande porte foi estimado entre 187 e 281 milhões a partir de dados de 56 países, o que representa uma cirurgia para cada 25 pessoas por ano. Nas últimas décadas, as técnicas cirúrgicas foram bastante aperfeiçoadas, aumentando as oportunidades de tratamento de patologias complexas. Entretanto, ressalta-se que o potencial de ocorrência de erros pode resultar em danos para o paciente e levar à incapacidade ou a morte. Dados dos EUA estimam cirurgias em local errado de 1 para cada 50 mil e 100.000 procedimentos, equivalendo a 1500 a 2.500 eventos adversos desse tipo por ano. Considerando esses eventos que revelam a relevância do cuidado prestado por toda a equipe multiprofissional, incluindo a equipe de enfermagem, foi pensada estratégias para minimizar os danos, sendo uma delas a sistematização da assistência de enfermagem. No centro cirúrgico essa sistematização é a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP).

Considerando a necessidade constante de mudança e melhoria na assistência à saúde, as quais vem sendo influenciadas pelo contexto histórico, político, econômico, cultural e social, o processo de enfermagem vem sendo aprimorado (CARPENITO, 2018). Visto que o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em sua resolução n° 358/2009 dispõe sobre a SAE nas instituições brasileiras, considerada como uma atividade privativa do enfermeiro de modo a subsidiar as ações da assistência dentro de um centro cirúrgico. Na realidade brasileira, o modelo de sistematização de enfermagem de assistência perioperatória tem como base o atendimento das necessidades humanas básicas e o processo de enfermagem, estruturados Wanda de Aguiar horta (1978).

A SAEP define as seguintes etapas:

- Visita pré-operatória de enfermagem

- Planejamento de assistência perioperatória
- Implementação da assistência
- Avaliação da assistência com a visita pós-operatória de enfermagem e
- Reformulação da assistência a ser planejada de acordo com os resultados obtidos, procurando resolver situações não desejadas e a ocorrência de eventos adversos.

A premissa básica da SAEP é operacionalizar os conceitos da assistência de enfermagem integral, individualizada, continuada ou sistematizada, participativa, documentada e avaliada, além de adequar normas, rotinas e condutas para prestação da assistência de enfermagem. Desmembrando esses conceitos temos que assistência integral ou holística é entendida como uma experiência de bem-estar, resultante do equilíbrio dinâmico do organismo e envolve aspectos físicos, psicológico, social e espiritual. Na assistência individualizada, o paciente é único e tem direito a assistência integral.

A assistência continuada está vinculada a uma intervenção conjunta e continuada dos enfermeiros das unidades de internação centro cirúrgico e Recuperação pós-anestésica e a sistematização promove a continuidade dessa assistência. O conceito de assistência participativa preconiza que o paciente deve participar de maneira ativa de todo o processo cirúrgico, inclusive avaliando a assistência recebida. Nesse conceito, a família também é sujeito com direitos à participação. O conceito da assistência documentada valoriza registros de evoluções e dados pertinentes e concisos que devem estar presentes em todas as fases do processo. Finalmente, o último conceito é o da avaliação da assistência, porque proporcionam subsídio para a melhoria da qualidade da assistência. Acredita-se que essa fase deverá ser feita no final de cada fase do processo cirúrgico.

O objetivo desse trabalho é descrever a sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente no perioperatório.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência que busca compreender e considerar a complexidade do ser humano, contribuindo para a aproximação da teoria com a prática. Este relato poderá subsidiar a qualidade do cuidado em saúde através da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), voltado paciente renal no contexto hospitalar.

Considerando a importância de se aliar uma teoria de enfermagem ao à pessoa em perioperatório a enfermagem lança mão de estratégias e ferramentas contempladas nos três períodos da assistência cirúrgica, isto é:

1. Período pré-operatório imediato
2. Período transoperatório;

3. Pós-operatório imediato

Cada um desses períodos tem seu início e término que se caracteriza por uma sequência de eventos que constituem a experiência cirúrgica

1. O período pré-operatório imediato tem início na véspera da cirurgia e vai até o momento em que o paciente é recebido no centro cirúrgico
2. O período transoperatório imediato tem início quando o paciente é recebido no centro cirúrgico até o momento em que é encaminhado para sala de recuperação pós-anestésica
3. O período pós-operatório imediato se inicia na admissão do paciente na sala de recuperação e se estende até às primeiras 48 horas do pós-operatório.

Salienta-se que enquanto objetivos da SAEP podemos citar: Auxílio ao cliente e à família na compreensão e no preparo para tratamento anestésico cirúrgico proposto; A diminuição ao máximo de risco decorrente da utilização dos materiais e equipamentos necessários para o desenvolvimento desses procedimentos; Prever, prover e controlar recursos humanos e materiais e; diminuir os riscos ao ambiente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A SAEP tem como uma das suas ferramentas mais importantes, para operacionalizar as premissas no período pré-operatório, a visita pré-operatória ao paciente cirúrgico que tem, entre outros objetivos, promover maior integração entre o enfermeiro e o paciente. No período pré-operatório, o enfermeiro tem a possibilidade de obter importantes informações a respeito do paciente. Essas informações podem ser adquiridas por meio de fonte de dados como o prontuário do paciente, o próprio paciente e a família, além do enfermeiro da unidade de internação. Os dados coletados são essenciais para avaliação de enfermagem e identificação dos problemas que servirão como base para o planejamento e implementação da assistência de enfermagem nos períodos transoperatório e pós-operatório.

Durante esse período, devemos considerar fatores como: porte da cirurgia, duração do procedimento, tipo de anestesia, estado físico geral, idade, gravidade da doença cirúrgica, estado nutricional, riscos no transoperatório e possíveis complicações. Durante a entrevista o Enfermeiro deve:

1. Pesquisar as doenças associadas com alergias, uso de medicações, fumo, álcool, drogas, religião, nível de instrução e doenças ocupacionais
2. Fazer um levantamento dos exames laboratoriais e diagnósticos como raio x, ultrassom, tomografia, ressonância magnética, eletrocardiograma, dentre outros
3. Realizar entrevista com o paciente e sua família
4. Realizar exame físico geral identificando problemas, formulando diagnósticos, fazendo prescrições necessárias para o preparo adequado

5. Orientar o paciente quanto a jejum, retirada de prótese dentária, retirada de adornos e esmaltes, higiene oral e corporal prévia, esvaziamento vesical e intestinal, desconfortos causados pela dor, checar alergias a medicações e alimentos, látex e iodo, tricotomia do local, dentre outros.
6. No que tange as comorbidades, atentar-se para o caso de medicações como anti-hipertensivos e para suspensão de anticoagulantes e antiglicemiantes orais, visto o jejum do paciente.
7. É importante anotar peso e altura pois as drogas anestésicas são calculadas com o IMC
8. Observar sinais de medo e ansiedade que são comuns
9. Ao identificar os problemas, formular os diagnósticos de enfermagem e fazer prescrições necessárias para o transoperatório.

No período transoperatório é realizada a recepção do enfermeiro no centro cirúrgico, havendo verificação da chegada, verificação do termo de autorização da cirurgia, o estado geral do paciente, presença de prontuário, exames laboratoriais e de imagem, se o preparo pré-operatório foi realizado: confirmando o jejum, retirada de adornos, próteses e mensuração dos sinais vitais. Nesse período, é feita a interação do enfermeiro e paciente, avaliando o estado emocional, há um preparo da sala de operação e transporte do paciente para mesa cirúrgica. Os instrumentos ou as fichas do centro cirúrgico devem contemplar desde a recepção até o fim da cirurgia, identificando os diagnósticos de enfermagem e propondo intervenções pertinentes a cada paciente, efetuando o registro das intercorrências, alterações hemodinâmicas, balanço hídrico, uso de sondas, drenos e realização de curativos. Todo o cuidado de enfermagem durante o ato anestésico até a alta da sala de cirurgia. Ainda nesse período, é papel do enfermeiro verificar a integridade da pele, infusões, acessos, monitorar o paciente e mantê-lo aquecido, auxiliar o anestesologista na indução anestésica, proteger a pele do paciente durante a antisepsia com produtos químicos, realizar cateterismo vesical quando necessário, manter a família informada sobre o andamento da cirurgia. Importante fazer anotações relacionadas a equipe cirúrgica, anestésica, horário de início e fim do procedimento anestésico cirúrgico, tipo de anestesia, posição do paciente, localização da placa neutra de bisturi, assim como local de punções, drenos e cateteres. Observar o material esterilizado que foi utilizado, assim como, anexar indicadores químicos e, no caso de implantes, anexar o código dos produtos e prazo de validade.

Nesse período, poderá ser aplicado o protocolo para cirurgia cirúrgica, criado em 9 de julho de 2013 pelo Ministério da Saúde. São realizadas verificações que vão desde: antes da indução anestésica, antes da indução cirúrgica até antes do paciente sair da sala de cirurgia. Esta lista é uma estratégia para reduzir incidentes (seguros) cirúrgicos e foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde.

No que diz respeito à lista de verificação cirúrgica antes da indução anestésica é importante:

1. Revisar com o próprio paciente a confirmação de sua identificação;
2. Confirmar se o procedimento e local da cirurgia estão corretos;
3. Confirmar o consentimento para cirurgia e anestesia;
4. Confirmar o sítio cirúrgico e sua demarcação;
5. Confirmar a conexão do monitor multiparamétrico ao paciente e seu funcionamento;
6. Revisar verbalmente com o anestesista o risco de perda sanguínea do paciente, dificuldades de vias aéreas, histórico de reação alérgica e se a verificação completa de segurança anestésica foi concluída.

Antes da incisão cirúrgica importante:

1. Apresentação dos membros da equipe pelo nome e função
2. Confirmação da realização da cirurgia correta no paciente correto no sítio cirúrgico completo
3. Revisão verbal com os outros, dos elementos críticos de seus planos para cirurgia
4. Confirmação da administração de antimicrobianos profilático nos últimos 60 minutos da incisão cirúrgica
5. Confirmação da acessibilidade dos exames de imagem necessários

Antes do paciente sair da sala de cirurgia

1. Contagem de compressas e instrumentais
2. Identificação de qualquer amostra cirúrgica coletada
3. Revisão de qualquer funcionamento inadequado de equipamento ou questões que precisem ser solucionadas
4. Revisão do plano de cuidados e as providências quanto a abordagem pós-operatória e da recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala de cirurgia.

Finalmente, a fase conclusiva do processo cirúrgico, é o período pos-operatório imediato. A recuperação pós-anestésica exige do enfermeiro observação rigorosa, competente e qualificada, pois os pacientes encontram-se em período crítico com possíveis complicações. Essa fase se subdivide em três momentos:

1. Recuperação anestésica, desde a chegada na recuperação anestésica até alta para unidade/ UTI
2. Pós-operatório imediato, primeiras 24 horas após a intervenção
3. Pós operatório mediato após primeiras 24 horas até a alta do paciente para a domicílio

Na recuperação anestésica, a equipe de enfermagem com base na prescrição médica e de enfermagem, presta cuidados intensivos voltado para a recuperação da consciência e a estabilização dos sinais vitais. De maneira geral, deve ser feito exame físico, aferir sinais vitais, verificar condição de curativo, acessos, sondas, cateteres, controlar ingestão hídrica e alimentar, estar atento as eliminações vesicais e intestinais, verificar se há infecção na ferida cirúrgica, avaliar a integridade da pele, fixação de drenos e cateteres, conversar com paciente e seus familiares para esclarecer e reforçar as orientações recebidas, fazer avaliação de todo o processo e verificar se há alguma conduta que precisa ser aprimorada e registrar os dados no prontuário do paciente. No que tange a idosos é importante salientar que a cirurgia altera o equilíbrio do organismo, o estado hidroeletrólítico, os sinais vitais e a temperatura corporal, risco de broncoaspiração, necessidade do uso de colchões piramidais ou pneumáticos dependendo da escala de braden, de forma a proteger proeminências ósseas e minimizar o risco de obtenção de lesões por pressão. A dor deve ser avaliada, administrando medicações prescritas, assim como avaliar complicações cardíacas e respiratórias, risco de TVP e embolia pulmonar visto que é uma grande causa de morbidade e mortalidade entre os idosos, sobretudo quando submetidos a procedimentos cirúrgicos

A visita pós-operatória se destaca como estratégia de avaliação da assistência prestada, procurando atender os requisitos de qualidade segundo o paciente, ou seja, satisfação da assistência transoperatória segundo os objetivos previamente estabelecidos como erros e falhas na assistência.

Embora o modelo da SAEP preconize as visitas pré e pós-operatória, essa estratégia não tem sido fácil de ser implementada e mantida. Fica patente a missão do enfermeiro perioperatório tanto na implementação dos modelos de assistência quanto na avaliação dos resultados e na modificação do planejamento, para alcançar a meta proposta: sucesso na cirurgia, satisfação do paciente, da família e da equipe de saúde.

Considerando a importância de se aliar uma teoria de enfermagem ao PE na SAEP nas três fases (pré/ trans/ pós operatório), optamos por aliar à uma teoria de enfermagem pautada na teoria das necessidades Humanas básicas as quais são divididas em três níveis: Necessidades Psicobiológicas, Necessidades Psicossociais e Necessidades Psicoespirituais.

A coleta de dados ou visita pré operatória de enfermagem é à 1 etapa da SAEP. Nessa fase é necessário considerar as informações que permeiam as dimensões subjetivas, objetivas, históricas e atuais da vida dos indivíduos. É um momento importante de contato e emersão com as crenças e costumes, hábitos e cirurgias anteriores e itens já elencados. É necessário, estar atenta às essas informações, dentre outras, como estado emocional e as condições de entendimento do indivíduo quanto ao procedimento a ser realizado, bem como envolver a família no processo do cuidado.

Para tanto, a comunicação entre profissional e indivíduo deve se dar de maneira dialógica e negociada possibilitando a construção de um saber sobre o processo-saúde

e doença mútuo (ALVES, 2005). Desse modo, a enfermeira pode apropriar-se dos determinantes e condicionantes de saúde dos indivíduos e assim, planejar suas ações em consonância com as necessidades, na perspectiva do fomento a autonomia e consequente melhoria e manutenção da saúde.

Assim, ao término da coleta de dados, a enfermeira resume para o indivíduo o que foi dito, abrindo espaço para esclarecimentos e negociação, oportunizando a realização da educação em saúde já desde o início do processo (DAVINI, 2019; BRASIL, 2009).

Ainda na Visita pré operatória de enfermagem, à enfermeira irá avaliar, conforme problemas encontrados, problemas potenciais e situações de bem estar referentes as condições biológicas, psíquicas, sociais e espirituais, uma vez que o foco do atendimento é a pessoa e não a doença. Essa etapa culmina na tomada de decisão ou seja: as respostas da pessoa, família ou coletividade humana que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados. Cabe salientar que os diagnósticos devem ser apresentados por prioridade e o grande diferencial do enfermeiro para o médico é eles diagnosticam doenças e nós diagnosticamos respostas humanas decorrentes de problemas de saúde e processos de vida, Essa fase será baseada na taxonomia II da NANDA International (North American Nursing Diagnosis Association) e deverá pautar-se nos quatro modelos de adaptação. A estrutura do NANDA-I contém sete eixos ou dimensões da resposta humana. Na taxonomia atual são organizados e aprovados 244 diagnósticos, distribuídos em 13 domínios e 47 classes. O diagnóstico de enfermagem é formado de componentes estruturais: título do diagnostico, definição, fatores relacionados, características definidoras, condições associadas, fatores de risco e população em risco. Estes componentes estruturais irão compor 3 tipos (1-Diagnostico com foco no problema- composto de título, fator relacionado e característica definidora, 2-Diagnósticos de risco- composto de título e fatores de risco e diagnósticos de promoção a saúde- composto de título, fator relacionado e característica definidora).

Os principais diagnósticos de enfermagem elaborados ao paciente perioperatório são:

Pd Respiratório ineficaz relacionado por processo anestésico cirúrgico, evidenciado por dispneia.

Risco de lesão por pressão evidenciado por restrição ao leito

Risco de quedas devido à idade avançada

Risco de sangramento relacionado à cirurgias de grande porte

Medo relacionado ao processo anestésico-cirúrgico, evidenciado pela apreensão/ ansiedade.

Ansiedade relacionado à anestesia evidenciado por verbalização e duvidas sobre à mesma.

Processos familiares interrompidos relacionados ao comprometimento do estado de saúde e processo anestésio cirurgico de um membro da família evidenciado por interrupção

nas atividades sociais de costume.

A 2ª etapa do PE na SAEP à Planejamento de assistência perioperatória corresponde ou estabelecimento das metas são os resultados esperados ou comportamento final que se deseja alcançar. Essa fase é realizada após formular os diagnósticos estabelecendo objetivos e resultados esperados, e implantação e desenvolvimento de intervenções específicas. As intervenções de enfermagem são realizadas por meio das prescrições de enfermagem, com base no planejamento realizado (ALFARO-LEFEVRE, 2014). O resultado esperado deve ter relação com o diagnóstico de enfermagem, ser centrado no paciente, ser alcançável, conter limite de tempo, ser mensurável e ser objetivo. O registro e o monitoramento dos resultados esperados (RE) possibilitam obter indicadores capazes de apontar o quanto a equipe de enfermagem contribui para o atendimento das necessidades apresentadas por aqueles que demandam seus cuidados. Dessa forma os profissionais de enfermagem devem: evitar que os diagnósticos de risco evoluam para problemas, minimizar ou solucionar os problemas e manter um diagnóstico com foco na promoção. O resultado esperado deve ser pautado no Nursing Outcomes Classification (NOC), o qual é uma taxonomia complementar a taxonomia da NANDA-I, dividida em 7 domínios (saúde funcional, saúde fisiológica, saúde psicossocial, conhecimento em saúde, saúde percebida, saúde familiar e saúde comunitária) e 32 classes, com 490 resultados de enfermagem (MOORHEAD et al., 2016). Dessa forma o enfermeiro pode avaliar suas condutas, mantê-las ou modifica-las de modo a melhorar a qualidade do cuidado prestado pela equipe de enfermagem.

Alguns resultados esperados são:

Pd Respiratório ineficaz relacionado por processo anestésico cirúrgico, evidenciado por dispneia. RE- Estado respiratório não comprometidas. Indicador: permeabilidade de vias áreas.

Risco de lesão por pressão evidenciado por restrição ao leito de cirurgia. RE- pele e mucosas não comprometidas. Indicador- integridade tecidual não comprometida

Risco de quedas devido à idade avançada. RE- Ocorrências de queda: nenhuma; indicador: nenhuma queda da cama

Risco de sangramento relacionado à cirurgias de grande porte. RE- Ocorrência de sangramento: nenhuma. Indicador- nenhum sangramento significativo no transoperatório e pós operatório

Medo relacionado ao processo anestésico-cirúrgico, evidenciado pela apreensão/ ansiedade. RE. Melhora do medo. Indicador: compreensão do processo de saúde e doença.

Ansiedade relacionado à anestesia evidenciado por verbalização e dúvidas sobre à mesma. RE- Melhora da Ansiedade. Indicador- Compreensão sobre à anestesia

Processos familiares interrompidos relacionados ao comprometimento do estado de saúde e processo anestésio cirúrgico de um membro da família evidenciado por interrupção nas atividades sociais de costumes. RE- Processos familiares não comprometidos.

Indicador: bem estar familiar.

A 3ª etapa do PE na SAEP à Implementação da assistência ou intervenção são os cuidados de enfermagem propriamente ditos para o alcance das metas.

Os cuidados relacionados aos diagnósticos são:

Padrão respiratório ineficaz- Monitorar SSVV; principalmente FR e sat de O₂, Monitorar sons pulmonares; Posicionar a paciente para minimizar o esforço respiratório; Iniciar e manter o uso de oxigênio suplementar, conforme prescrito;

Risco de lesão por Pressão- Aplicar escala de braden, mudança de decúbito, uso de coxins e colchão pneumático, orientações de educação e saúde para pacientes e familiares sobre prevenção de lesões;

Risco de quedas- Aplicar escalas de risco de queda diariamente, deixar grades levantadas, orientar pacientes e familiares sobre ações preventivas para evitar quedas.

Risco de sangramento- Monitorar exame laboratorial de HB e Ht, Monitorar sinais vitais pelo monitor multiparamétrico, checar necessidade de sangue antes da cirurgia, dentre outros.

Medo- Explicar todo o procedimento anestésico ao paciente, se assegurar que ele tenha compreendido e internalizado da segurança do processo anestésico, chamar o anestesista para estreitar vínculos e tirar qualquer dúvida existente.

Ansiedade-Minimizar ansiedade pela explicação de todo processo anestésico cirúrgico, compartilhar informações com os familiares, dentre outros;

Processos Familiares interrompidos- Estimular a presença dos familiares; Otimizar um sono tranquilo, alívio da dor, controle emocional; Monitorar padrão de sono e quantidade de horas dormidas; Proporcionar ambiente calmo e seguro

A 4ª etapa do PE na SAEP, Avaliação da assistência com a visita pós-operatória de enfermagem ou avaliação refere-se ao julgamento da eficácia das intervenções propostas. Ressalta-se que essa etapa é um processo contínuo de verificação de mudanças nas respostas do indivíduo para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado. (COELHO, MENDES, 2011- <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400026>). Após a realização das intervenções, é realizado o acompanhamento e avaliação do cuidado ofertado. (BRUNNER & SUDDARTH'S, 2018). Nos casos negativos, a enfermeira deverá avaliar novamente os resultados esperados e trabalhar junto com a equipe de saúde na formulação/mudanças nas ações para melhoria da condição de saúde deste indivíduo, e assim realizar o planejamento para a alta do indivíduo.

A 5ª etapa do PE na SAEP, à Reformulação da assistência a ser planejada de acordo com os resultados obtidos, procurando resolver situações não desejadas e a ocorrência de eventos adversos. Nessa etapa à enfermeira irá verificar se todas às metas foram alcançadas e se necessário reformular seu plano de cuidados.

A alta hospitalar é uma etapa importante da SAEP, pois direciona o plano e a

implementação das ações, no decorrer do período entre admissão e alta hospitalar, com a finalidade de prever a continuidade do cuidado ao cliente no domicílio (PEREIRA e col., 2007). A enfermeira através da identificação das necessidades do indivíduo na coleta de dados durante o histórico desenvolve um plano de ação completo para melhoria da saúde dessa pessoa. O planejamento da alta é um acordo entre enfermeira, indivíduo e familiar desenvolvido ainda no hospital e que se estenderá à casa do indivíduo após sua alta. Segundo a OMS (2002) o planejamento da alta se torna uma estratégia de preparo do indivíduo e família para assumir responsabilidades pela continuidade do cuidado. Aspectos da educação em saúde são indispensáveis para a continuidade desses cuidados. A enfermeira durante o plano de alta, poderá formular um roteiro para ser entregue ao indivíduo contendo informações sobre o procedimento que fora realizado, os cuidados necessários além da orientação que qualquer alteração que seja identificada, retorne à unidade. A enfermeira desenvolve então seu planejamento visando adaptar o indivíduo promovendo medidas de enfrentamento a nova problemática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entretanto, apesar dos avanços no conhecimento científico e tecnológico do profissional de enfermagem e do desenvolvimento de ferramentas que viabilizam a melhoria do seu serviço, as ações da enfermeira na atualidade estão quase sempre estabelecidas no modelo assistencial hegemônico, seguindo uma lógica tecnicista e intervencionista. Deste modo, a SAEP ocorre de maneira fragmentada e sem continuidade das ações e avaliação dos resultados esperados, observando o indivíduo apenas pelo problema de saúde exibido e, trabalhando só com as necessidades fisiológicas, sem se atentar para as necessidades sociais, espirituais e emocionais dos indivíduos, em destaque, ao paciente perioperatório. Ao aplicar a SAEP no indivíduo, a enfermeira deve realizá-lo em todas as suas etapas, e utilizar os protocolos para oferecer um cuidado holístico e integral, visando a promoção da saúde, prevenção de risco potencial e adaptação diante das necessidades em saúde.

Cabe ressaltar que a utilização da Prática baseada em evidências compreende o processo que integra a competência clínica individual e os resultados de pesquisa bem fundamentados (pautado em 5 etapas: definição do problema, identificação das informações necessárias, busca de estudos, avaliação da aplicabilidade dos dados obtidos e determinação de sua utilização para o paciente). Desta forma, urge que os enfermeiros realizem pesquisas para extrair os melhores níveis de evidência para prestar um cuidado seguro aos pacientes.

Para além da SAEP ser trabalhada com foco nas evidências, cabe salientar a importância da educação em saúde a qual se constitui uma ferramenta importante para melhoria do cuidado e das condições de saúde e vida. A educação em saúde desenvolvida pelo a enfermeira é garantida pela lei do exercício profissional no artigo 8º, onde a enfermeira

participa de atividades de educação em saúde, proporcionando uma melhor qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 358/2009 Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BOHLKE, M. **Diagnóstico e tratamento da insuficiência renal aguda.** Rev. Med. UCPel, Pelotas, v. 1, n. 1, jul./dez. 2003.

CHANES, M. **SAE Descomplicada.** São Paulo: Guanabara Koogan, 2018.

LEITE FCS, Estrela FM, Silva Júnior GM, Cerqueira MOS, Miranda MC, Oliveira TSR de, *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem aplicada ao idoso com sepse. **Rev enferm UFPE** on line. 2020;14:e244715. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244715>

LEOPARDI, M. T. Sister Callista Roy – teoria da adaptação. In: **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática.** Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p.109-114.

MAZONI, Simone Roque et al. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e a contribuição brasileira.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 63, n. 2, p. 285-289, Apr. 2010.

NANDA. **Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020.**

ROY, S.C. ANDREWA, H. A. The Roy Adaptation Model. 2 ed. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange, 1999.

TANNURE, MC, GONÇALVES, AMP. **SAE - Sistematização Da Assistência De Enfermagem - 2ª Ed.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

ROTHROCK, J. C. **Alexander - Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico.** 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

SILVA, Natália Chantal Magalhães da; OLIVEIRA, Ana Railka de Souza; CARVALHO, Emília Campos de. **Conhecimento produzido sobre os resultados da “Nursing Outcomes Classification - NOC”:** revisão integrativa. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 104-111, Dec. 2015.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara -Koogan, 2011.

SOLANO, J.P.C. Frequência de sintomas no último ano de vida de idosos: avaliação de Necessidades em cuidados paliativos. 2009. 97p. Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

PRADO, Marta Lenise do et al . Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, p. 172-177, Mar. 2012 .

SANTOS, OFP et al. **Insuficiência Renal Aguda**. In: *Conduitas no Paciente Grave*. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2006, v.1.

SHARON, L. L. et.al. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**: avaliação dos Problemas clínicos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013- 1802p

TANNURE, MC, GONÇALVES, AMP. **SAE - Sistematização Da Assistência De Enfermagem** - 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

SAÚDE MENTAL E TRABALHO: UMA LEITURA PSICODRAMÁTICA

Data de aceite: 03/10/2022

Data de submissão: 08/09/2022

Davi Oliveira Bizerril

Docente assistente-4 do curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5516641709622899>

Jardel dos Santos Albuquerque

Psicólogo e especialista em Administração de recursos humanos pela Universidade Federal do Ceará (UFC), especialista em Psicologia do transito pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI), Fortaleza, Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7574862061233907>

Mariana Vieira de Melo Bezerra

Mestranda em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2346609394911423>

Germana Alves dos Santos

Mestranda em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9165428398373114>

Maria Salete Bessa Jorge

Docente titular da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2295426092712681>

RESUMO: A saúde mental tem sido afetada pelo fator trabalho na vida do ser humana, por várias

questões sociais, econômicas, culturais, políticas, dentre outras. O Psicodrama vem com o intuito de investigar, cuidar das relações humanas, buscando estabelecer uma rede de relação saudável. Então o objetivo geral do trabalho é revisar a temática acerca da saúde mental e trabalho numa perspectiva psicodramática. Caracteriza-se por ser um estudo de revisão de literatura de caráter descritivo, narrativo. Foram utilizadas as palavras-chave: “trabalho”, “saúde mental”, “psicodrama”, as quais foram inseridas nas bases de dados Scientific Eletronic Library Online, U. S. National Library of Medicine e Biblioteca Regional de Medicina. A doença mental e/ou transtorno mental vem como produto de vários determinantes sociais em saúde, dentre eles, o trabalho. Essa temática é discutida à luz da Psicodrama até que ponto o trabalho é sinônimo de qualidade de vida e bem-estar na vida do ser humano. Desta forma, a saúde mental do trabalhador depende das relações que ele desenvolve no decorrer de suas ações, de sua história, quer seja antes ou depois de determinado trabalho. O homem é essencialmente relacional e se identifica e diferencia-se na presença do outro. E é na relação com esses outros e com o trabalho, que ele irá resgatar a sua saúde mental em equilíbrio, de forma harmônica, consigo mesmo e com o meio.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental. Trabalho. Psicodrama.

MENTAL HEALTH AND WORK: A PSYCHODRAMATIC READING

ABSTRACT: Mental health has been affected by the work factor in human life, by various social,

economic, cultural, political issues, among others. Psychodrama comes with the aim of investigating, taking care of human relationships, seeking to establish a healthy relationship network. So the general objective of the work is to review the theme about mental health and work in a psychodramatic perspective. It is characterized by being a descriptive, narrative literature review study. The keywords were used: “work”, “mental health”, “psychodrama”, which were entered in the databases Scientific Eletronic Library Online, U. S. National Library of Medicine e Biblioteca Regional Library of Medicine. Mental illness and/or mental disorder comes as a product of several social determinantes in health, among them, work. This theme is discussed in the light of Psychodrama to what extent work is synonymous with quality of life and well-being in human life. In this way, the worker’s mental health depends on the relationships he develops in the course of his actions, his history, whether before or after a particular job. Man is essentially relational and identifies and differentiates himself in the presence of the other. And it is in the relationship with these others and with work, that he will restore his mental health in balance, in a harmonious way, with himself and with the environment.

KEYWORDS: Mental health. Job. Psychodrama.

INTRODUÇÃO

A rotina do trabalho é alienado, amorfo, “assentimental”, sem vínculo, a organização do trabalho não dá margem ao trabalhador para agir de forma criativa, espontânea. Quando o Psicodrama diz que o homem adocece e se cura nas suas relações, é nesse tipo de trabalho, nesse tipo de relação (Eu-isso) que o sofrimento psíquico se mostra forte e não dá mais o prazer de acordar cedo, escolher sua roupa, pegar seu crachá e ir em busca do seu trabalho, do seu sustento. Os uniformes massificam, os números de matrículas despersonalizam e o sustentar-se pelo suor do trabalho torna-se doença (GOLONKA *et al.*, 2019).

No trabalho, o *script* está todo montado, tem os autores, os atores com falas rígidas e recheadas de um sofrimento latente, não visível a princípio. Não se pode reclamar, fugir do roteiro diário: como mero coadjuvante do grande teatro organizacional pode colocar sua impressão, sua marca numa peça produzida? Por que o elenco de apoio precisa saber de seus direitos, dos processos, das decisões, da organização do trabalho como um todo? O sofrimento é colocado em doses homeopáticas e, a cada dia, a saúde mental do trabalhador vai sendo corroída (RAY; PANA-CRYAN, 2021).

Não se pode deixar de lado o nexo causal da relação trabalhador-empregador, não é somente o trabalho o adoecedor: funcionário/colaborador/parceiro tem sua percentagem em todo esse macrossistema, pelos seus diversos fatores biopsicossociais e suas crenças, pois é como dizem os primeiros versos da música anteriormente escrita: *Sem trabalho eu não sou nada; Não tenho dignidade; Não sinto o meu valor; Não tenho identidade*. O homem precisa dessa atividade milenar para se relacionar, para atuar, para construir, para realizar, para ser saudável, pois saúde mental e trabalho podem andar juntos, do mesmo

lado, o lado do bem-estar (CASTAÑEDA-AGUILERA; GARCÍA DE-ALBA-GARCÍA, 2020).

É sobre tudo isso que este trabalho se debruça, até mesmo em prosa e verso, uma ousadia de unir saúde mental e Psicodrama, trabalho e doença, arte e desastre. O próprio criador do Psicodrama, Jacob Levy Moreno (CAMARGO, 2006), definiu-o como “a ciência que explora a ‘verdade’ por métodos dramáticos”. O autor considerava que, por meio da ação dramática, o indivíduo podia reencontrar-se com a espontaneidade e a criatividade, recursos inerentes ao ser humano, que, ao longo da formação da identidade, tornam-se engessados.

O Psicodrama tem como objetivo principal investigar/cuidar das relações humanas, buscando estabelecer uma rede de relação saudável. Junto a esse campo de saber, temos o Sociodrama, que busca resgatar em sua essência a criatividade e a espontaneidade, para que as pessoas, em seus diversos papéis, possam refletir sobre suas ações (daí a ideia de teatro) e transformá-las. Segundo Marra (2004), “no sociodrama, as pessoas são levadas a investigar e experienciar como se sentem ao receber uma nova informação e ao avaliar as impressões subjetivas e os sentimentos que têm a esse respeito”

Este trabalho está sempre buscando conexões entre o Psicodrama, o teatro da vida, a temática do mundo da saúde mental e trabalho. Dejours (1994) também fala em teatro, “o teatro do trabalho”, que o sofrimento de certa no trabalho é inevitável, e que ele repercute de maneiras diferentes de acordo com a individualidade de cada um. Dejours (1994) diz que, ao entrar numa relação com a organização do trabalho, o sofrimento torna-se individualizado e depende da construção social e psíquica de cada pessoa. Este trabalho tem como objetivo revisar a temática acerca da saúde mental e trabalho numa perspectiva psicodramática.

METODOLOGIA

Caracteriza-se por ser um estudo de revisão de literatura, de caráter descritivo, narrativo. A revisão de literatura traz um compilado da temática estudada, descrevendo e detalhando a literatura estudada. Tal revisão está atrelada a pesquisa descritiva tem como principal objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou .ainda, o estabelecimento de relações entre as variáveis. A pesquisa descritiva, usualmente, é considerada intermediária entre a pesquisa exploratória e a explicativa, ou seja, não é tão preliminar como a primeira nem tão arraigada quanto a segunda. Nesse contexto, descrever significa identificar, relatar, comparar, entre outros aspectos. No que tange ao presente trabalho, temos sim a descrição dos fenômenos (saúde mental, trabalho e Psicodrama) e estabelecemos uma relação entre as variáveis, até porque é tema central deste estudo fazer uma leitura da saúde mental e trabalho a partir da variável do Psicodrama (RAUPP; BEUREN, 2004).

Portanto, diante da complexidade do tema exposto, pressupõe-se um caráter

recheado de subjetividades, por meio da revisão de literatura foram coletados e descritos trabalhos sobre a temática. Tal enfoque dá-se, entre outros fatores, pelo objeto de estudo em fazer uma leitura psicodramática acerca da saúde mental e trabalho e uma reflexão com o foco na investigação dos manuscritos.

Na reflexão envolverá a epistemologia qualitativa, que se entende como “um esforço na busca de formas diferentes de produção de conhecimento em psicologia que permitam a criação teórica acerca da realidade plurideterminada, diferenciada, irregular, interativa histórica, que representa a subjetividade humana” (REY, 2002). Com a descrição dos artigos, foi realizado uma compreensão maior das intenções e do significado da saúde mental dos trabalhadores e de suas relações grupais (sociodrama).

Foram utilizadas as palavras-chave: “trabalho”, “saúde mental”, “psicodrama”, as quais foram inseridas nas bases de dados Scientific Eletronic Library Online (SciELO), U. S. National Library of Medicine (PubMed) e Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). O período de coleta de dados foi de julho a setembro de 2022. Foram incluídos trabalhos como artigos científicos, manuais do Ministério da Saúde e livros das temáticas com o intuito de relacioná-los. Não foram incluídos trabalhos de conclusão de curso, monografias, dissertações e teses.

Os dados foram lidos e analisado a luz do propósito da pesquisa. Com o tratamento dos dados a se realizar com a análise crítica, pode-se vir a identificar os significados das temáticas que podem emergir durante os estudos e que dará a compreensão de como é possível o Psicodrama vir a fazer uma leitura da saúde mental e trabalho e de como trabalhar essa temática dentro das organizações.

Os dados foram organizados em tópicos: *saúde mental e trabalho; a psicologia e o mundo do trabalho; a teoria psicodramática; e o psicodrama nas organizações: uma leitura da saúde mental e trabalho*. Todos os manuscritos foram devidamente citados e referenciados.

SAÚDE MENTAL E TRABALHO

Falar sobre o universo organizacional implica necessariamente falar sobre a saúde das pessoas que o compõem e, conseqüentemente, da forma como lidamos com a saúde mental e o trabalho e de como esses conceitos interagem e se comunicam. Dentro dos novos modelos de gestão, as pessoas e suas competências humanas, aliadas aos conhecimentos técnicos, são vistas como a principal base do sucesso organizacional.

O presente trabalho inicia com a base teórica dos conceitos de saúde mental e trabalho. A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que não existe definição “oficial” de saúde mental (*on-line*). Diferenças culturais, julgamentos subjetivos e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a “saúde mental” é definida. Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional e pode incluir a

capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. “Admite-se, entretanto, que o conceito de Saúde Mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais”. Ainda de acordo com a OMS (2022), saúde mental envolve mais duas definições, conforme citado abaixo:

Saúde Mental é o equilíbrio emocional entre o patrimônio interno e as exigências ou vivências externas. É a capacidade de administrar a própria vida e as suas emoções dentro de um amplo espectro de variações sem, contudo perder o valor do real e do precioso. É ser capaz de ser sujeito de suas próprias ações sem perder a noção de tempo e espaço. É buscar viver a vida na sua plenitude máxima, respeitando o legal e o outro.

Saúde Mental é estar de bem consigo e com os outros. Aceitar as exigências da vida. Saber lidar com as boas emoções e também com as desagradáveis: alegria/tristeza; coragem/medo; amor/ódio; serenidade/raiva; ciúmes; culpa; frustrações. Reconhecer seus limites e buscar ajuda quando necessário.

Ainda trabalhando com conceitos, Codo (2004) nos brinda com outra definição: saúde mental é a capacidade de construir a si próprio e à espécie, produzindo e reproduzindo a si próprio e a espécie. Distúrbio psicológico, sofrimento psicológico ou doença mental é o rompimento dessa capacidade.

Condizente com a visão humanista do criador do Psicodrama, Araripe (2002) nos diz que o conceito de saúde mental é bem amplo e complexo e começa a ser traçado na infância. De acordo com a autora (2002), a teoria moreniana do desenvolvimento da criança considera que a personalidade forma-se através do aprendizado do desempenho dos papéis¹, condicionado por fatores genéticos, espontâneos, sociais e ambientais.

Ainda segundo a autora, a doença mental pode ser considerada como uma das probabilidades de desenvolvimento da personalidade do indivíduo, limitante da sua espontaneidade e potencial criativo. E, como consequência, seu desempenho de papéis permanece rigidamente preso à conserva cultural, gerando dificuldades na capacidade de relacionar-se.

Outro conceito chave a ser discutido é o trabalho. Borges e Yamamoto (2004) contam em Homero, na Odisséia, que, por ter desafiado os deuses, Sísifo foi condenado a empurrar eternamente uma montanha acima de uma rocha que, pelo seu próprio peso, rolava de volta tão logo atingisse o cume. Albert Camus (2000) propõe uma instigante interpretação para esse mito. Não sem razão, o mito de Sísifo tem sido considerado o epitome do trabalho inútil e da desesperança. *Tripalium, trabicula*, termos latinos associados à tortura, estão na origem da palavra trabalho. Quem de nós nunca pensou na expressão “primeiro o trabalho, depois o prazer”? Palavras diametralmente opostas. O trabalho é uma prática essencialmente transformadora, seja pela força ou pelo pensar; há sempre uma transformação, essa transformação pode ser percebida ou não.

Borges e Yamamoto (2004) relatam, que o pensamento de Platão e Aristóteles sobre

¹ Papel, segundo Moreno (1992), é a menor unidade ordenadora e estruturante da personalidade.

trabalho é resgatado. Tais filósofos exaltavam a ociosidade. O cidadão, para Platão, devia ser poupado do trabalho. Aristóteles valorizava a atividade política e referia-se ao trabalho como atividade inferior que impedia as pessoas de possuírem virtude. Todo cidadão devia se abster de profissões mecânicas e da especulação mercantil. Portanto a Filosofia clássica caracterizava o trabalho como degradante, inferior e desgastante; o trabalho competia aos escravos. Até hoje, percebemos o preconceito com algumas atividades laborais: temos os doutores (trabalhadores intelectuais) e os peões (trabalhadores da força física).

Mas não basta ter o conhecimento e as pessoas trabalhando; precisamos delas com saúde, de forma harmoniosa e focada. O processo de interação humana já é complexo em si, mas, quando essa interação se dá dentro do ambiente de trabalho, surgem outras variáveis que tornam essa complexidade ainda maior. Na Era da Informação, da alta competitividade, as organizações exigem cada vez mais agilidade, inovação de processos e mudanças que possam assegurar a sustentabilidade e enfrentar as transformações que ocorrem diariamente no mercado mundial, vislumbrando sucesso futuro. Falar sobre saúde mental não é bem um tema que habita os corredores das empresas, mesmo que ainda dentro dos âmbitos formais: medicina do trabalho, segurança do trabalho, recursos humanos. A temática da relação entre saúde mental e trabalho ainda deixa muito a desejar.

Essa dinâmica intrínseca com o trabalho se torna cada vez mais central na vida das pessoas: antes, um mundo do trabalho dominado pelos homens e, mais atualmente, com a presença da mulher; os jovens estão buscando seu lugar, uma independência; o trabalho com o papel de diferenciação do outro; quem tem um trabalho, tem dignidade. E essa dignidade advinda da ação do trabalho traz consequências bem paradoxais para a integridade física, psíquica e social. No outro lado da moeda, o trabalho, ontologicamente, é constituinte da identidade do homem (trabalhador) e assume um papel essencial para garantir a saúde.

O trabalho como atividade essencialmente humana nos coloca diante de várias dicotomias, a principal delas: saúde e adoecimento. Falando de outros contextos que possam caracterizar essa dinâmica conceitual, temos a precariedade das condições de trabalho, pela falta de oportunidades de acesso ao desenvolvimento profissional, o que contribui para um possível adoecimento dos trabalhadores e, mais uma vez, reforça as contradições. Tudo isso pode ser consequência, ao mesmo tempo, de uma “compulsão pelo trabalho” e do “não-trabalho”, caracterizado pelo desemprego estrutural.

Desse modo, o trabalho pode participar desse adoecimento de duas formas: como colaborador ou como desencadeador das doenças ditas “mentais”. Não é o trabalho que causa a doença mental; ele é apenas um desencadeante. As doenças que o trabalho causa são as ocupacionais, geralmente, de tipos biopsicossociais, na origem e nos efeitos, mas também físicas e psíquicas (KAMDAR et al., 2020).

Na maior parte das vezes, é visto na maioria dos estudos que a saúde predomina no ambiente de trabalho, mas claro que isso não quer dizer que temos uma banalização das

manifestações psicológicas, como a mais comum: a depressão. Para se caracterizar uma doença como ocupacional, não podemos tomar como base sintomas isolados, e sim um conjunto de fatores que possam assegurar um diagnóstico preciso o mais cedo possível, garantindo assim um tratamento adequado para o trabalhador e uma consequente melhoria para o ambiente de trabalho.

A Medicina do Trabalho somente se deu conta da importância do ambiente do trabalho e dos efeitos causados à saúde mental dos trabalhadores a partir do final do século XX. Durante os anos que antecederam a Primeira Guerra Mundial, a grande preocupação da Medicina era a proteção à própria vida dos trabalhadores: as máquinas eram pesadas e o ambiente físico extremamente inóspito para a realização de um trabalho mais digno. Havia grande pressão dos sindicatos para se terem condições mínimas de proteção e defesa à vida. Logo após o início da Primeira Guerra Mundial, os trabalhadores, de fato, começam a usufruir de mais proteção. Claro que devido à importância estratégica, as economias no mundo da guerra precisavam se manter, os soldados precisavam de comida, armas e, aí, formava-se um campo fértil para o trabalho, seja para a vertente capitalista ou socialista. No pós-revolução de outubro de 1917, o mundo passou a reivindicar uma medicina do trabalho mais voltada para um trabalho digno e o mais importante: que esses trabalhadores tivessem qualidade de vida.

Segundo Wanderley Codo (1988), que discorda quando muitos teóricos afirmam que estudos sobre a saúde mental e trabalho sejam recentes, já em 1917, quando Dr. Freud publicava suas “Noções introdutórias sobre psicanálise”, o primeiro número do jornal “Mental hygiene” trazia um artigo alertando para o fato de que os “pacientes desempregados apresentam sérios problemas, agrupados em três classificações: personalidade paranóide, personalidade inadequada e instabilidade emocional” (p. 279). Outro fato relevante, ainda segundo Codo (1988), é o de que, em 1933, foi aprovada a jornada de 6 horas para os bancários, com argumentos baseados na “psiconeurose bancária”.

É fácil perceber que o universo do trabalho sempre foi de muita luta: os espaços de saúde do trabalhador, lazer, qualidade de vida eram expressões distantes tanto dos detentores da economia quanto da mão de obra, e muito mais distante estava o termo saúde mental com relação ao trabalho. Saúde mental era um tabu e ainda hoje o é. Como se fazer entender que o psiquismo humano pudesse afetar a linha de produção por exemplo, e vice-versa? Saúde mental, doença mental eram termos sempre ligados à loucura, e os loucos deviam ser afastados, trancafiados em prisões, longe de tudo, das pessoas, do trabalho, da vida.

Entendendo melhor a qualidade de vida proposta na época e o que se entendia por medicina do trabalho, Dejours (1992) descrevia ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude, etc), ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças, etc) ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos, etc), além das condições de higiene, de segurança, e as características

antropométricas do posto do trabalho. Via-se de certo modo uma breve relação entre o trabalhador e o maquinário de uma forma ergonômica e preventiva de riscos à saúde física e corporal.

Em meados de 1968, as ações sindicais voltaram-se para medidas preventivas da saúde mental do trabalhador. A organização até então vivenciada pela força de trabalho foi identificada como agressiva à saúde mental. Entende-se aqui por organização de trabalho a “divisão” do trabalho, as tarefas, as hierarquias, as relações de poder e responsabilidades.

Os valores agora tutelados pela medicina do trabalho transcenderam à própria saúde física e abraçam cuidados com a intimidade, a personalidade, a autoestima e a saúde mental (psicológica) do trabalhador. E, em meados do século XX, na Europa, nasce a psicopatologia do trabalho. As relações de trabalho com o homem passam a ser vistas na forma de dominação e ocultação, os desejos ficam submersos a uma relação imposta e cruel. Christophe Dejours (1992) revela uma preocupação com os efeitos da dinâmica “taylorista” da organização do trabalho. O campo da análise do autor restringe-se às consequências da automatização repetida e cronometrada dos gestos dos trabalhadores na linha de produção, em relação ao querer corporal submetido às informações do modo capitalista de produção.

Ainda nessa linha de pensamento (a relação entre o homem e a organização do trabalho) Dejours (1992) nos mostra três abordagens de estudos: a “fadiga”; “sistema frustração-agressividade reativa” e a “organização do trabalho”. Já é sabido por diversos pesquisadores a dinâmica homem-máquina (engenharia de processos) e muito além dela é capaz de trazer prejuízos à saúde do trabalhador. Mais dinâmicas que os processos são as pessoas que estão à frente deles. Essa corrida incessante pela sobrevivência tem deixado as relações interpessoais ainda mais frágeis. Não se tem tempo para ouvir o outro, o ser humano não percebe que, diversas vezes, é reflexo do comportamento e da atitude do outro. Dentro do ambiente de trabalho, não percebemos como os problemas de comunicação estão mais em nossas ações e percepções do que, simplesmente, no repasse de informações.

Comunicar-se não consiste apenas em passar um *email*, colocar uma informação no quadro de aviso. O processo de comunicação humana é um espelho de como estamos nos comunicando com nós mesmos. No mundo corporativo, não é diferente. O modo como sou visto pela empresa influencia muito na forma como eu a vejo e vice-versa. Nesse contexto de percepção, a maneira mais frequente de interação humana se dá pelo processo amplo de comunicação, seja ela verbal ou não verbal. Percebe-se que a saúde mental ganha todos os âmbitos nos quais se encontram atividades humanas (laborais).

O Ministério da Saúde (2001) caracteriza o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores através de quatro grupos de causas:

- I. doenças comuns, aparentemente, sem relação com o trabalho;

- II. doenças comuns que podem ter sua frequência ou sua precocidade relacionada às condições de trabalho;
- III. doenças comuns que têm seu espectro de etiologia ampliado pelo trabalho;
- IV. agravos específicos à saúde, tipificados pelos acidentes de trabalho e doenças profissionais.

Os três últimos grupos são denominados doenças relacionadas ao trabalho, nos quais o trabalho se constitui um fator de risco, e são classificados conforme exposto no Quadro 1, a seguir:

Categorias de doenças relacionadas ao trabalho	Exemplos
I – Trabalho como causa necessária	Intoxicação por chumbo Silicose Doenças profissionais legalmente reconhecidas
II – Trabalho como fator contributivo, mas não necessário	Doenças coronarianas Doenças do aparelho locomotor Câncer Varizes dos membros inferiores
III – Trabalho como provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida.	Bronquite crônica Dermatite de contato alérgica Asma Doenças Mentais

Quadro 1– Classificação das doenças segundo sua relação com o trabalho.

Fonte adaptada: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Procedimentos para Serviços da Saúde (2022).

Os grupos II e III são formados por doenças consideradas de etiologia múltipla. Assim, a caracterização etiológica será essencialmente de natureza epidemiológica, através de observação de um excesso de frequência em determinados grupos ocupacionais ou profissões ou da ampliação quantitativa ou qualitativa do espectro de determinantes causais, que podem ser melhor conhecidos a partir do estudo dos ambientes e das condições de trabalho.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2001), os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho são resultado de contextos de trabalho em interação com o corpo e o aparato psíquico dos trabalhadores. Entre os contextos geradores de sofrimento, estão:

- I. A falta de trabalho ou a ameaça de perda de emprego;
- II. O trabalho desprovido de significação, sem suporte social, não reconhecido, ou que constitua fonte de ameaça à integridade física ou psíquica;
- III. Situações de fracassos, acidente de trabalho ou mudança na posição hierárquica;

- IV. Ambientes que impossibilitam a comunicação espontânea, manifestação de insatisfações e sugestões dos trabalhadores em relação à organização;
- V. Fatores relacionados ao tempo, ao ritmo e ao turno de trabalho;
- VI. Jornadas longas de trabalho, ritmos intensos ou monótonos, submissão do trabalhador ao ritmo das máquinas;
- VII. Pressão por produtividade;
- VIII. Níveis altos de concentração somados com o nível de pressão exercido pela organização do trabalho;
- IX. A vivência de acidentes de trabalho traumáticos.

Vasconcelos e Farias (2007) falam da relação específica dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho: conta-se, hoje, com 12 grupos de doenças mentais, entre as quais se destacam o alcoolismo crônico, os episódios depressivos, os estados de estresse pós-traumáticos, a neurastenia (Síndrome da Fadiga Crônica), a neurose profissional, os transtornos do sono e a sensação de estar acabado (Síndrome de *Burnout* ou Síndrome do esgotamento profissional). Segundo dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), referindo-se apenas aos trabalhadores formais, os chamados transtornos mentais ocupam o 3º lugar entre as causas de concessão de benefício, como auxílio doença, afastamento do trabalho por mais de quinze dias e aposentadoria por invalidez (BRASIL, 2001).

O termo *burnout* está ligado diretamente ao estresse intenso ligado ao trabalho. Seu nome vem do verbo inglês *to burnout* (queimar por completo, consumir-se), criado pelo psicanalista americano Herbert J. Freudenberger no início dos anos 70. Ele constatou em si mesmo que sua atividade profissional, a qual tanto prazer lhe dera no passado, passou a deixá-lo cansado e frustrado (EPSTEIN, 2011).

No Brasil, as modificações nas relações sociais de produção ao longo do desenvolvimento dos modelos de economia implicaram mudanças na concepção de saúde do trabalhador, que sai do rol de preocupação com a sobrevivência do “corpo físico” para a preocupação com a saúde mental – psiquê – do trabalhador. No decorrer dos anos, constata-se um crescimento de interesse pelas questões relacionadas à vinculação acima escrita: trabalho-saúde/doença mental. Essa constatação se deve ao crescente número de transtornos mentais e do comportamento associados ao trabalho que se verifica nas estatísticas oficiais e não oficiais.

Dois grandes acontecimentos que marcam a saúde do trabalhador no campo da Psicologia são a VIII Conferência Nacional de Saúde e 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Nestas, consolidadas na Constituição Brasileira de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde de 1990, foram propostas alterações que rompem com o modelo teórico focado no conhecimento médico e saberes compartilhados por profissionais que lutam por ações integradas e interdisciplinares. Mais especificamente na Psicologia, foram mudanças que

viabilizaram um novo olhar sobre a dimensão do trabalho/saúde/doença: uma nova leitura das teorias clássicas sobre a constituição do psiquismo humano.

Falar sobre a forma como o psiquismo humano é afetado pelo mundo do trabalho passou a ser um grande desafio desde então, assim como fora muitas vezes ignorado pelos novos “gestores” e os responsáveis pelo processo produtivo. O mundo “taylorista” começaria a ser visto com outros olhos, mas, até lá, ainda se passaria muito tempo. Essa re-leitura afirmava que o trabalho era extremamente importante na constituição do sujeito e na sua socialização tanto como estratégia de saúde como adoecimento mental. A medida ou a linha que diferenciava a saúde do adoecer era muito tênue.

No Brasil, ainda não se transpuseram com êxito as fases históricas da medicina do trabalho, uma vez que nossos trabalhadores são amplamente vitimados por acidentes típicos relacionados à segurança do ambiente físico. A preocupação com a prevenção emocional (psicológica e relacional), entretanto, também merece grande destaque, pois as consequências da globalização, que não são de hoje, e do processo de automação da produção se fazem profundamente sentir em nosso país.

O decreto presidencial 3.048/99, que regulamenta o artigo 20 da Lei 8.213/91, criou um rol de doenças ocupacionais. Vale ressaltar o fato de que doenças que sempre foram deixadas de lado pela medicina do trabalho passaram a ser consideradas até mesmo quando a atividade de trabalho não somente se faz sentir como fator agravante à sintomatologia a elas intrínseca. Transtornos de humor (depressão), hipertensão, entre outras doenças, desde que se comprovando o nexo causal, são agora tratadas pela Previdência como enfermidades do trabalho. O mais interessante nisso tudo é a inclusão do estresse ocupacional e de sua fase mais aguda, o conhecido como “Síndrome de Burnout”.

Ainda relacionado a esse mesmo rol, a que se dá uma grande importância, inicia-se um novo capítulo, que vem a contemplar os “transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho”. São elencadas patologias de natureza tanto psíquica quanto psicológica, em suas mais variadas formas de se manifestar: sejam por meio de comportamento desajustados ou por vias de doenças psicossomáticas, alterações de conduta ligadas a transtornos relacionados direta ou indiretamente com o uso de álcool e outras drogas.

Com isso, a legislação passa a reconhecer que os esforços no ambiente de trabalho podem sim desencadear desequilíbrio de ordem mental. Claro que essa afirmação já se sabia, porém foi por conta do decreto que passou a ganhar força. Agora, benefícios previdenciários são possíveis em face de situações antes atribuídas apenas a fatores da personalidade de cada trabalhador; não havia critérios bem esclarecidos.

De acordo com Domenich (2002), em dados de sua pesquisa, o Brasil vem ocupando uma posição de destaque entre os países onde o estresse ocupacional tem-se manifestado. Nosso país ocupa o segundo lugar em número de trabalhadores acometidos pela “Síndrome de Burnout”. E, entre os trabalhadores brasileiros, apurou-se que 70%

são afetados pelo estresse ocupacional e 30% do total estão vitimados pelo “burnout”. Entre fatores apontados para esse grande número de trabalhadores afetados, estão: tensão no relacionamento entre colegas de trabalho e seus gestores, expectativa quanto à estabilidade nos cargos e na organização do trabalho, pressão pelo sucesso profissional e sobrecarga de trabalho, entre outros.

Atualmente, as práticas de saúde mental nas organizações coexistem com uma pressão por produtividade crescente, num ambiente extremamente competitivo, no qual o indivíduo deve estar sempre pronto para mudar e se adaptar às demandas do mercado. Nesse sentido, pode-se perguntar: como é possível conciliar a saúde mental do trabalhador com as demandas organizacionais atuais de produtividade, agilidade, perfeição, criatividade e atualização constante?

A PSICOLOGIA E O MUNDO DO TRABALHO

Tomando como base outros modelos de se entender a relação saúde mental e trabalho, buscavam entendê-la sempre através de fatores externos: era o mundo de fora que trazia problemas à saúde do trabalhador, um desprazer e o chamado sofrimento psíquico. O desenvolvimento da Psicanálise, do Behaviorismo e da *Gestalt* do início da metade do século XX nos mostrou que, na Psicologia, não se pode simplesmente pensar somente nos fatores externos. Para o ser humano, nada pode ser considerado apenas externo; o trabalhador, muitas vezes, não é visto como ser humano e apenas como uma força de trabalho, uma troca: eu lhe pago pelo seu trabalho e você, em troca, dá a mim sua força de trabalho. Porém, por trás desse trabalhador, está uma vida humana, um ser em relação, e toda ação humana envolve diversos fatores.

É o trabalho que traz a diferenciação do que é interno ou externo, é essa socialização trazida pelo trabalho, ele humaniza e “coisifica” o homem. Por exemplo: o trabalho transforma o minério de ferro em vaidade na construção do automóvel; a madeira se transforma em estilo na montagem dos móveis da casa; a terra, em gentileza na gastronomia. Cada pedaço de ferro, de madeira, cada fruta será outra, sempre outra, pelo trabalho. O trabalho permite, constrói e expressa o indivíduo (ZANELLI; BORGES-ANDRADE; BASTOS, 2004).

O fazer psicologia perpassa as organizações, a ação humana é algo divino que não pode deixar de ser estudado, percebido pelos psicólogos presentes nas organizações? Temos uma psicologia do trabalho estudando e intervindo nessa relação saúde-trabalho, homem-homem? Ou apenas é mais um profissional à mercê da organização do trabalho (mecanização do pensamento humano) e adoecendo sem perceber? A psicologia do trabalho é mais uma tentativa de entender o ser humano através do trabalho. E os limites dessa psicologia são muito extensos: relações entre trabalhador-trabalho-saúde mental. De tudo que permeia o mundo do trabalho, é fato que a Psicologia jamais poderia deixar de dar seu olhar, pois em que somos diferentes dos outros animais? Pela nossa capacidade

consciente de trabalhar. Como sobrevivemos? Com o suor do nosso trabalho. É uma relação muito forte: para ele e por ele estamos ligados, quer com prazer ou com sofrimento.

É na obra de Dejours que a psicopatologia do trabalho tem suas principais fontes de estudo: o autor tanto nos brinda com sua concepção de sofrimento no trabalho como de normalidade dentro do ambiente de trabalho (saúde mental e trabalho). Ainda para Dejours, as exigências do trabalho e da vida são uma ameaça ao próprio trabalhador, que acusa riscos de sofrimento (o que era conhecido como miséria operária) (RODRIGUES; ÁLVARO; RONDINA, 2006).

Foi no começo da década de 1980 que a Psicopatologia do Trabalho se voltou com maior ênfase a fundamentar a clínica do sofrimento, na relação psíquica com o trabalho. Nessa abordagem de trabalho (CODO *et al.*, 1993), a clínica psicológica pode então ultrapassar seus conceitos filosóficos, econômicos e sociológicos, passando agora ser definida como uma psicopatologia, sendo que a etiologia (o agente causal) dessa psicopatologia tem seu nascimento nas pressões do trabalho. Essas pressões colocam frente a frente o equilíbrio psíquico e a saúde mental na organização do trabalho.

O sofrimento psíquico se apresenta em várias vertentes, que estão associadas a fatores históricos, laborativos e àqueles favoráveis ou não para a vida do trabalhador, ou seja, relacionados à própria vida do trabalhador. São discriminados como: a) sofrimento singular que é herdado da história psíquica de cada pessoa; b) sofrimento atual que ocorre quando há o reencontro do sujeito com o trabalho; c) sofrimento criativo, quando o sujeito produz soluções favoráveis para a sua vida, especialmente, para sua saúde, em outras palavras, concepção do psicodrama acerca dos conceitos de espontaneidade e criatividade; d) sofrimento patogênico, que é o contrário do sofrimento criativo: quando o indivíduo produz soluções desfavoráveis para sua vida e que estão relacionadas à sua saúde (conceito de conserva cultural/social) (DEJOURS, 1994).

O conceito de normalidade ainda passa a ser considerado um enigma na dinâmica da psicopatologia do trabalho, uma vez que a maioria dos trabalhadores não consegue preservar o equilíbrio psíquico e manter-se na normalidade: a exceção passou a ser regra. A regra hoje é o sofrimento e não a normalidade. Dessa forma, os estudos em psicopatologia do trabalho se voltaram mais para estratégias elaboradas pelos trabalhadores para enfrentarem, psiquicamente, as situações de trabalho, e não focadas mais nas doenças mentais em si. Dejours (1994) define a normalidade como equilíbrio psíquico entre constrangimento do trabalho desestabilizante ou patogênico e defesas psíquicas.

Para Freud a saúde mental é a capacidade de amar e trabalhar. Mesmo quem não é da área, ou não trabalha com psicologia concorda com essa afirmação. Ainda com Freud, são as duas áreas da vida do ser humano adulto: o amor, traduzido nos afetos, nos amigos, na família e no erotismo, e o trabalho, na profissão, no dinheiro, na classe social, na produção, no consumo, entre outros fatores. Pelo amor, o ser humano reproduz; pelo trabalho, produz, portanto reproduzir e produzir explicam a existência do ser humano. Em

contrapartida, teríamos uma lógica inversa: a doença mental é a incapacidade de amar e trabalhar, então, o amor e o trabalho são tidos como problemas (CODO, 2004).

Nesse entrelaçar complexo do mundo do trabalho e da saúde mental, caberia à Psicologia entender essa dinâmica e disseminar (“ensinar”) aos indivíduos formas de enfrentamento do sofrimento psíquico, as doenças e os distúrbios mentais. O psicólogo do trabalho teria que agir em várias instâncias desde a atenção básica, a prevenção de tais conflitos. Muito fácil de falar, de pensar, mas muito complicado na prática, no dia-a-dia corrido, num ritmo atordoante que ultrapassa a jornada legal, levando muitos conflitos a ficarem latentes.

Ao falar do ser humano em si, o trabalhador (indivíduo) não se realiza em si mesmo: ele somente se constrói quando se espelha no outro, no grupo, na sociedade. Pai não se reconhece enquanto pai se não tiver o filho. Assim há o reconhecimento no outro, é no outro que ele se delimita, se constrói em confronto. Voltando ao que Freud nos disse acerca do amor e do trabalho, o amor sempre foi estudado, sempre teve mais visibilidade e o papel do trabalho para o homem ficou em segundo plano.

A Psicologia perdeu um pouco o imenso potencial que o trabalho tem como promotor de felicidade, de prazer, satisfação, ao mesmo tempo em que se ignorou a capacidade de o trabalho trazer sofrimento, e o mais importante: a Psicologia perdeu uma grande chance de estudar/explicar que o ser humano é a partir do que faz.

Segundo Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004), a psicologia do trabalho tem a chance de inserir e compreender o gesto do homem onde ele sempre esteve, no fazer cotidiano da vida, no seu trabalho, como um sujeito possuidor de desejos, e seu universo de atuação vai em direção à compreensão desse sujeito na sua relação com o trabalho, na perspectiva de sua saúde e bem-estar, e não na busca direta de maior produtividade ou lucratividade. Aqui podemos perceber que não se trata de falar de quem é o chefe ou o empregado; trata-se da relação que o ser humano tem com o trabalho, seja ele detentor dos meios de produção ou da força de trabalho.

Seguindo essa linha de pensamento, Morin e Aubé (2009) colocam que o homem e suas relações, aqui considerando principalmente a relação com o trabalho, é um ser adaptativo, nos dois sentidos da palavra: ele modifica a relação com o outro (parceiro/colega...) e seu ambiente (os grupos sociais/ambiente de trabalho). Essa adaptação acontece permanentemente. Modifica a maneira que o homem tem de se preparar para os acontecimentos e a maneira de interpretá-los, ou seja, favorece-o como ser espontâneo.

A adaptação é um processo dinâmico baseado, de um lado, na maneira como o indivíduo reage a ele e, do outro, nas mudanças que ocorrem no desenrolar desses mesmos acontecimentos (MORIN; AUBÉ, 2009).

O processo adaptativo se mostra muito influente no modo como ocorre a relação entre saúde mental e trabalho, e por que não afirmar em todas as relações? As estratégias de adaptação são regidas pelo princípio do equilíbrio, sendo este visto como um estado

de estabilidade. O homem precisa estar em equilíbrio em todas as suas relações para se sentir saudável.

No que tange à saúde mental no trabalho, as emoções são deixadas em segundo plano, o trabalhador não pode misturar “trabalho-obrigação” com suas “emoções-sentimentos” como se isso fosse possível; separar o homem em dois: a razão e a emoção. O termo emoção deriva de *emotion*, que significa “em movimento”. Antigamente, dizer-se-ia “um movimento do humor”, pois a emoção é o resultado de um lançamento de hormônios no sangue, que se segue a um estímulo. Em certo sentido, poder-se-ia dizer que se trata de um movimento da alma. Mais especificamente, uma emoção é “uma constelação de respostas de alta intensidade que envolve manifestações expressivas, fisiológicas e subjetivas” (MORIN; AUBÉ, 2009). A relação emocional de cada um com seu meio ambiente termina num estado emocional que reflete a avaliação (leitura) da relação (no que se refere a danos ou benefícios) da ótica do bem-estar da pessoa. O estado emocional pode ser percebido pelos outros e os informa das intenções bem como das disposições da pessoa. As emoções tornam-se, portanto, um meio de comunicação com o outro (outros/grupos sociais, um ser em constante relação).

Para que as emoções e tudo que seja subjetivo nos trabalhadores fiquem de lado, exige-se do funcionário comportamento padronizado, sem falhas, no qual a relação é de obediência à hierarquia e há pouco espaço para expressão. Conforme afirmam Hallack e Silva (2005), o sujeito tem seus sentimentos reprimidos, sua agressividade contida, gerando o que Dejours (1994) chama de “repressão pulsional”, ou seja, repressão do funcionamento psíquico do sujeito, na qual a tarefa estereotipada, sem o uso da criatividade e da fantasia, torna-se desprovida de significação para o trabalhador. Quando a tarefa executada é compartimentada, é separada da concepção e demanda rigidez na condução, o trabalhador tende a eliminar o sofrimento criativo (imaginação, fantasias, etc.) preenchendo sua consciência, muitas vezes, com uma aceleração do ritmo de trabalho. Não é à toa que os casos de doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), apesar de não serem doenças novas, têm apresentado uma incidência epidemiológica nas organizações contemporâneas. “A repressão da pulsão que não se faz representar no aparelho psíquico encontra freqüentemente descarga direta no corpo e, portanto, em doenças físicas” (HALLACK; SILVA, 2005).

Segundo Barreto (2006), Espinosa diz que, para discutir ética e conhecimento, é preciso falar de emoção, emoção superando a cisão mente-corpo, razão-emoção. Em seguida, a autora fala da contribuição de Vigotsky, que operacionaliza na psicologia essas concepções filosóficas. Ambos contribuem para a compreensão da relação saúde-doença.

A pesquisadora discute a importância da visão de Espinosa, pois, segundo este, a doença equivale ao padecimento de um corpo que se sente incapaz de preservar-se em seu ser. Relaciona doença, ética, emoção e encontro entre corpos. O indivíduo que se sente doente emana emoções tristes, e a tristeza afeta a forma de ser do adoecido.

A relação que o trabalhador adoecido tem com sua patologia é um fator importante para que se possa entender essa inter e intrarrelação entre as pessoas que fazem parte do mundo do trabalho (micro e macroespaços). De acordo com Barreto (2006), a atitude dos outros em relação ao doente desempenha papel extraordinário na avaliação que o adoecido faz de si e da doença, interferindo na resposta do organismo e sendo mediadora dessa relação. Aqui encontramos uma conexão com o Psicodrama, na qual as relações estabelecidas no processo de adoecimento estão intrinsecamente ligadas positiva e negativamente, para a cura ou para o definhamento dos aspectos psicológicos e fisiológicos dos trabalhadores.

A TEORIA PSICODRAMÁTICA

Um grande marco para o Psicodrama foi quando Moreno dirigiu a primeira dramatização oficial pública, em 1921, no Komödien Haus de Viena, para um público de aproximadamente mil pessoas. A Áustria passava por um período sócio-político nada agradável e de falta de liderança. O tema principal da peça foi o de representar o papel do rei e se tentar uma nova ordem política frente ao cenário caótico que se apresentava. Muitos tentaram desempenhar esse papel, mas sem aprovação do júri – a própria plateia. O desenrolar e desfecho foram frustrantes. Mas, mesmo assim, Moreno ainda tirou proveito do episódio: “Ninguém é profeta em sua própria terra” (ANDRADE, 2002). O *teatro terapêutico* teve como fato marcante o “caso Bárbara”, referente a uma jovem atriz que participava com Moreno do seu Teatro da Espontaneidade, fundado em 1921. Bárbara sempre atuava como personagens românticas e ingênuas. George, poeta e frequentador assíduo dos espetáculos, que havia casado com Bárbara, queixou-se dela a Moreno, expondo que, em casa, seria grosseira e bastante diversa do que representava no palco. Foi trabalhado dramaticamente esse lado de Bárbara, e George, depois, foi também trazido ao palco. Os resultados foram favoráveis ao casal, parecendo se inaugurar a abordagem terapêutica de casal e família.

Em 1925, Moreno emigrou para os Estados Unidos, onde foi conquistando espaço e reconhecimento para dar continuidade à sua obra. Na fase americana, diminuiu a expressão de sua religiosidade, voltando-se ao pragmatismo, porém sem perder seus posicionamentos iniciais otimistas e de crença no potencial humano. Numa apreciação resumida do movimento psicodramático, ressaltam-se: suas origens no Teatro, Filosofia, Psicologia, Sociologia, Religião; sua evolução histórica do *teatro espontâneo* para o *teatro terapêutico*, a partir do que se sistematizou a *psicoterapia de grupo*, da qual Moreno se considerou criador.

Assim, o Psicodrama poderia ser deste modo colocado, nas próprias palavras de seu criador:

Drama é uma transliteração do grego, que significa ação ou coisa feita. O

psicodrama é uma transliteração de uma coisa feita à psique e com a psique – a psique em ação. O psicodrama pode ser definido, pois, como a ciência que explora 'a verdade' por métodos dramáticos. (MORENO, 1978, p.89)

O método psicodramático é produto dos seus fundamentos teóricos, filosóficos e teatrais. Referindo-se ao contexto terapêutico, a obra moreniana coloca como crucial em seu trabalho que as técnicas psicodramáticas têm como objetivos o desenvolvimento da *espontaneidade* e o alcançar da *catarse de integração*, que permite ao paciente, através da tomada de consciência pela *ação* e da aprendizagem pela *ação*, vislumbrar um novo universo e, assim, realizar-se diante de novos contextos e novos papéis. Numa situação de autorrealização, o indivíduo atinge a capacidade de jogar seus *papéis*, impor sua própria vontade e formar e/ou fortalecer *vínculos* que dizem da sua individualidade.

Ainda no que concerne aos vínculos, a esse fortalecimento que foi citado acima, à própria criação de uma nova vinculação, temos a Sociometria, que entra como ciência das relações, e Moreno acaba por enxergar que o homem é constituído a partir de uma célula mínima: o *Vínculo*. Dessa maneira, encontramos na relação, no encontro, a chave para os processos terapêuticos. O importante, no encontro, está na aceitação do outro componente que forma o vínculo, o outro que deve ser visto como igual, em seu sentido mais amplo. E, nesse processo de formação de vínculos, a relação terapeuta-cliente ou gestor-liderado, colaborador-colaborador também está inserida, e a aceitação mútua é importante, mas não podemos esquecer que são papéis diferenciados. Ao terapeuta/líder cabem ainda outras responsabilidades, o que acaba por diferenciar o terapeuta do cliente (chefe do subordinado) no que concerne aos seus papéis. Nesse sentido, temos a questão do sigilo psicológico: é de inteira responsabilidade do terapeuta cuidar do material do cliente. E, ainda falando do terapeuta, é ele quem é pago pelo seu serviço, seja pelo usuário, de forma direta, ou pela instituição a que presta seus serviços. Portanto são essas peculiaridades que vêm colocar uma pequena diferenciação na relação terapeuta-cliente.

Ainda sobre a formação dos vínculos, é interessante esclarecer que temos dois tipos de vínculos: os ditos simétricos e os assimétricos. Os primeiros têm nomes próprios, já os segundos devem ser nomeados pelos papéis em interação. São exemplos de vínculos simétricos: esposos, amantes, irmãos, companheiros, amigos, e possuem responsabilidade equivalente. Vínculos assimétricos: professor/aluno, terapeuta/cliente, pai/mãe/filho, patrão/empregado e outros. Esses vínculos não têm nomes e devem ser chamados pelos dois papéis que os compõem, o que acaba por determinar uma verdade a cada papel, um encontro com duas verdades.

Quando Moreno formula sua teoria das relações interpessoais, coloca sua atenção principal nos vínculos como única noção operativa. Tudo o que se afaste deste ponto de partida é uma especulação. O Eu e o psiquismo são meras especulações formuladas a partir de um vínculo. (BUSTOS, 1990, p. 61)

O vínculo é sempre uma ligação social, mesmo que com uma só pessoa, e, através da relação com essa pessoa, repete-se uma história de vínculos determinados, em tempo e espaço, ficando evidente que o vínculo se relaciona posteriormente com a noção de papel, de *status* e de comunicação.

A Sociometria, através do teste sociométrico, mensura as escolhas dos indivíduos e expressa-as através de gráficos representativos das relações interpessoais, possibilitando a compreensão da estrutura grupal. A Sociodinâmica investiga a dinâmica do grupo, as redes de vínculos entre os componentes dos grupos. A Sociatria propõe-se a transformação social, a terapia da sociedade. A Sociodinâmica e a Sociatria têm objetivos complementares e utilizam-se das mesmas técnicas: o Psicodrama, o Sociodrama, o *Role Playing*, o Teatro Espontâneo, a Psicoterapia de Grupo. Enquanto técnicas, a diferença entre o Psicodrama e o Sociodrama consiste em que, no primeiro, o trabalho dramático focaliza o indivíduo - embora sempre visto como um ser em relação - e, no segundo, focaliza o próprio grupo.

Moreno direcionou toda a sua construção teórica para uma aplicação grupal. Para ele, o homem adoece e se “cura” na relação, e esse mesmo ser humano é, por natureza, um indivíduo social. Portanto o Psicodrama é “o tratamento do indivíduo e do grupo através da ação dramática. O Psicodrama trabalha com a ação e é nesse contexto que ele se utiliza das dramatizações - o que se torna essencial para o autoconhecimento, resgatando assim a espontaneidade e recuperando as condições para o interrelacionamento, através do treino de papéis e muitas outras técnicas. E, seguindo essa linha de trabalho, a pessoa que está inserida dentro de um contexto psicodramático vai entrando em contato com seus conflitos/questões, que ainda estão no inconsciente pela ausência ou deficiência da tele, ou seja, vivenciando o fenômeno da transferência. A ação no “como se” permite o reconhecimento e a posterior libertação de papéis idealizados e/ou cristalizados, que vêm impedindo a ação espontânea no cotidiano do indivíduo.

O principal objetivo da ação dramática é favorecer aos membros do grupo a descoberta da riqueza inerente a vivenciar plenamente o *status nascendi* da experiência grupal, participando com a maior honestidade possível no momento. Dessa maneira, os participantes recriarão no grupo seus modelos de relacionamento, confrontando e sendo confrontados com as diferenças individuais, condição necessária para apreenderem a distinção entre sua experiência emocional e a dos outros, sendo cada um deles agente transformador dos demais.

Um dos conceitos mais centrais e importantes da teoria de Moreno seria o de *espontaneidade*, o que o pensador (1992) definiu como a capacidade de responder adequadamente a situações novas, ou dar novas respostas a situações já estabelecidas. Tal conceito se refere ao âmbito da expressão individual, que iria desde o biológico, pegando carona com a hereditariedade e o contexto social, melhor dizendo, as forças sociais a que o indivíduo é submetido.

Nosso grande inspirador, Jacob (1992), ressaltou a origem latina do termo

espontaneidade: *sponte*, que significa de livre vontade, envolvendo consciência, escolha. E, ainda, situou a espontaneidade como catalisadora da criatividade, afirmando que

Espontaneidade e criatividade não são nem processos apesar de estrategicamente unidas. [...] A espontaneidade pode entrar no indivíduo dotado de criatividade e evocar resposta. Nasceram muitos mais Miguelângelos do que o que pintou obras de arte [...] A espontaneidade e a criatividade são assim, categorias de ordem diferente; a criatividade pertence à categoria da substância – é *arqui-substância* – enquanto a espontaneidade pertence à categoria dos catalisadores – é o *arqui-catalizador*. (MORENO, 1992, p.147)

Definir o conceito de espontaneidade reflete a atitude de Moreno, na maioria dos casos, pragmática, para facilitar o entendimento do conceito e sua melhor aplicação. Contudo esse conceito nos remete a algo bem mais amplo e profundo: sua visão de ser humano – um ser, eminentemente, relacional, em seus níveis social e cósmico. Na sua obra, sempre encontramos a expressão *centelhas divinas*, que seriam liberadas na relação espontaneidade/criatividade. Assim, Moreno (1992) definiu em forma de uma metáfora a espontaneidade: como uma lâmpada que se acende e clareia o ambiente. Quando apagada, tudo permanece do mesmo jeito, mas sem uma condição essencial.

Outro conceito psicodramático de grande destaque é o de *conserva cultural/social*. Corresponde às normas, regras, bem como diz respeito ao mundo artístico, científico e tecnológico inserido na cultura (CAMARGO, 2006). Na cultura de uma sociedade, encontram-se muitas conservas, produtos da cristalização, do que foi, num primeiro momento, uma ação criadora. A conserva é imprescindível como matriz de referência científica, artística, etc. Contudo, segundo os princípios morenianos, pode ocorrer um bloqueio da espontaneidade quando há uma exacerbação de condicionamento das respostas humanas à conserva cultural.

A obra de Moreno também se encontra largamente fundamentada na sua *teoria dos papéis*. Nela, apresenta o conceito de *papel* como uma *unidade cultural de conduta*, definindo-o como “a forma de funcionamento que o indivíduo assume no momento específico em que reage a uma situação específica, na qual outras pessoas ou objetos estão envolvidos” (MORENO, 1978, 89). Por esse prisma, o indivíduo possui diferentes papéis no decorrer de sua existência, através dos quais interage com o mundo que o cerca. Moreno (apud CAMARGO, 2006) também faz diferenciações entre os papéis sociais, os papéis psicológicos ou psicodramáticos e os papéis fisiológicos ou psicossomáticos.

Os papéis psicossomáticos são os que estão ligados às funções biológicas, tais como: comer, dormir, defecar, de atividade sexual. São estruturados a partir da interação entre o ambiente e o indivíduo, a partir do modelo biológico da espécie, havendo, contudo, certa espontaneidade, pela plasticidade do instinto na escala animal avançada da espécie humana. São os primeiros papéis a aparecer. Conduzem o bebê de um existir indiferenciado a um diferenciador gradativo. Através de seus *vínculos operacionais*, geralmente com a

mãe, como ocorre em nossa sociedade, vai se estruturando uma unidade de consciência corporal ou uma espécie de eu fisiológico, como já foi colocado no decorrer deste trabalho.

Os papéis sociais representam as funções sociais pelas quais o indivíduo, no decorrer da vida, relaciona-se com o ambiente. São adquiridos na *matriz de identidade* (conceito também destacado na teoria moreniana, é considerada como o *locus nascendi* dos papéis e do *eu*) do grupo ao qual pertence. Corresponde aos papéis de pai, mãe, médico, professor e a tantos outros do cotidiano, nos quais opera, predominantemente, a função da realidade. Suas manifestações dependem daqueles papéis básicos anteriormente desenvolvidos, como, por exemplo, os papéis familiares (CAMARGO, 2006).

Os papéis psicológicos/psicodramáticos falam da dimensão psicológica do eu, relacionando-se ao mundo da fantasia e da imaginação. De alguma forma, esses papéis estão ligados e podem ser comparados aos papéis sociais, que se ligam ao mundo real, das relações sociais, mas não podem ser considerados opostos a eles, pois aparecem quando os papéis sociais são explicitados e “desconservados”. Emergem da atividade criadora do indivíduo, catalisada pela *espontaneidade*. Para cada papel, haverá sempre um *contrapapel* e, entre eles, um *vínculo operacional* (mãe-filho, médico-paciente, professor-aluno, gestores-liderados).

No que se refere aos papéis imaginários, eles são os localizados no mundo imaginário e se opõem aos papéis sociais. São resultantes da fantasia e da imaginação do indivíduo. Eles são resgatados ou concretizados por meio dos papéis psicodramáticos, na ação espontânea do ator-autor-criador. Esses papéis estariam no inconsciente, ou seja, pertencem ao mundo interno da pessoa. Podem ser criados pelo próprio indivíduo a partir de sua atividade imaginativa (delírios, imaginações, alucinações), podem ser aprendidos no ambiente externo e, ainda, podem surgir de sentimentos e desejos, que, em alguns contextos que veremos mais adiante neste trabalho, são reprimidos, não realizados, provocando problemas na saúde mental do trabalhador, das pessoas de um modo geral.

A *matriz de identidade*, conceito primordial na teoria moreniana, é considerada como o *locus nascendi* dos papéis e do *eu*. O surgimento do *eu* é posterior ao desempenho dos papéis, emergindo o *eu* a partir desse desempenho. Camargo (2006) apontou que a *matriz de identidade* seria responsável pela construção dos alicerces do primeiro processo de aprendizagem emocional da criança. Assim, ao nascer, o ambiente familiar já está preparado para receber a criança em termos de suas necessidades e outras manifestações, que indicam reações em nível individual e grupal. Seria como uma *placenta social*, após o limiar do nascimento, formada pelos novos vínculos.

A matriz de identidade se relaciona estreitamente com a conserva cultural, na medida em que o grupo social estabelece as normas de tratamento ou relacionamento com a criança, que, assim, vai internalizando as peculiaridades de seus vínculos, inicialmente, familiares (mãe, pai, irmãos) e, posteriormente, em outras instâncias.

O PSICODRAMA NAS ORGANIZAÇÕES: UMA LEITURA DA SAÚDE MENTAL E TRABALHO

O relacionar-se com os outros (homem-homem e trabalho) provoca um adoecimento por conta da despersonalização do homem, que tem causado cada vez mais estranhamento no mundo do trabalho. Pegando como base aqui o conceito de identidade advindo do Psicodrama, que, segundo Dias (2006), é o conjunto de crenças e verdades que o indivíduo tem a respeito de si mesmo, a respeito daqueles que o cercam e a respeito de como funciona o mundo em que vive. É a principal referência psicológica que o indivíduo tem em qualquer momento da vida. É seu “chão psicológico”.

E é na constante construção da identidade do trabalhador que se tem percebido dentro das organizações uma mudança na cultura da díade: trabalho- resultados, por consequente, isso afeta a saúde dos trabalhadores. De acordo com Drumond (2008), antigamente, as empresas pareciam campos de competição na semana de final de campeonato, parecia como se o estado de emergência e a prontidão profissional fossem garantia de resultado. Talvez, em curto prazo, manter o alto nível de estresse e a competição seja o melhor caminho para garantir o sucesso profissional, mas um campo de tensão prolongado faz com que os seres humanos, em vez de investirem o melhor de si, acabem afetando os processos para alcançar os resultados, com consequências desastrosas. Por fim, ele ainda se pergunta: será que o fim justifica os meios?

Essa é uma pergunta que traz muitos questionamentos, o ganho a todo custo e de qualquer forma. Assim, qual seria o papel das empresas nesse conturbado mundo do ganha-perde? Qual seria o papel da área de Recursos Humanos? As empresas se colocam como um grande teatro no qual os diversos papéis desempenhados são os papéis profissionais. Os atores vestem gravatas, ternos, luvas, uniformes de acordo com cada função (papel/*script*) e é nesse ato de vestir o uniforme que se começa o aquecimento para o dia que começa. E o roteiro são as atividades a serem cumpridas no dia-a-dia; às vezes, tudo está escrito na agenda de cada um ou num *check list* diário. Tudo deve ser cumprido à risca, sem liberdade de improvisação, assim como está explicitado nos formulários de descrição de cargo.

Dentro de cada setor, temos a marcação do palco, a funcionalidade, o que dá mobilidade aos atores, também conhecido como *layout*, demarca exatamente onde ficarão os atores principais e os coadjuvantes e a forma como cada um comunica-se com os demais personagens da organização. O drama pessoal e profissional é expresso de acordo com as exigências do papel desempenhado. E, nesse contexto, a saúde mental dentro do psicodrama funciona de forma dinâmica, pois, segundo seu criador e consoante já aqui mencionado, o homem adoce e se cura nas relações, no desempenhar de papéis. Se o estresse serve de alerta para nosso corpo, é sinal de que a espontaneidade está de alguma forma abalada, “conservada”.

O estresse provocado pela competição no mundo do trabalho é um dos fatores que mais afeta a saúde mental dos trabalhadores. O termo estresse popularizou-se a partir de seu uso na Medicina, de tal forma que ninguém desconhece, ou deixa de usá-lo em algum momento e com os mais variados significados (ZANELLI, 2004). O conceito se origina da física e refere-se a uma força de resistência interna oferecida pelos materiais sólidos ante as forças externas. Já na Medicina e na Psicologia, o termo estresse aparece para denominar condições externas ou uma força imposta ao organismo. Como fazer referência às respostas desse mesmo organismo ante essas forças? Podemos perceber aqui que a força externa seria de certa forma o trabalho, mas não o simbolismo que o trabalho pode vir a ter. De alguma maneira, tudo provoca estresse: a rotina pesada do trabalho ou, até mesmo, uma rotina mais simples ou uma complexa organização do trabalho.

Ainda segundo o autor, foi somente a partir da Segunda Guerra Mundial que a Psicologia e a Psiquiatria se debruçaram sobre pesquisas em relação ao estresse arvorado em fatores como ambiguidade e sobrecarga. As organizações incluíam a relação de indivíduos e fatores organizacionais. A grande maioria dos estudos sobre o estresse é realizada para identificar quais condições e características do trabalho concorrem para a produção desse estado.

Os estudos sobre estresse no campo da Psicologia investigam variedades de mal-estares psicológicos consideradas manifestações de estresse, o que se justifica pela própria definição do termo como um estado interno caracterizado por uma série de modificações inespecíficas, sendo o acesso a esse estado sempre indireto (MORIN; AUBÉ, 2009).

As organizações que buscam incessantemente os resultados fazem com que os trabalhadores permaneçam estressados e infelizes com a rapidez e o estado de alerta necessários para dar conta das diferentes demandas e iniciem caminhos que possam trazer resultados com menor esforço. Drumond (2008) diz que a busca de equilíbrio entre resultado e satisfação é a busca atual das empresas que se orgulham de ser as melhores para trabalhar. A autora ainda nos aponta dois aspectos importantes sobre como evitar os desgastes entre produção e satisfação no trabalho:

1. Estratégico operacional – novos objetivos e desempenhados são determinados e esperados, para que as novas metas sejam atingidas, e os profissionais atuem operacionalmente para alcançar os objetivos;
2. Comportamental – a efetivação do processo depende do fortalecimento e das parcerias estabelecidas, bem como de uma reflexão sobre a forma de atuação individual e grupal. (p.17)

Podemos já fazer uma relação entre saúde mental e trabalho a partir do psicodrama/ sociodrama: se a satisfação, o bem-estar passa pelo ser em grupo, na relação com as pessoas e com sua atividade e tendo como objetivo a “cura” pelas relações, o sociodrama entraria como forte apoiador para termos ambientes de trabalho não perfeitos, mas harmoniosos e espontâneos. Nessa linha de pensamento, a saúde no trabalho é vista

como uma expressão de um estado disposicional caracterizado pelo equilíbrio, marcado pela vivência de prazer e sofrimento, pela utilização de mecanismos capazes de mobilizar os trabalhadores em busca de uma relação mais gratificante com seus pares, seus chefes, e claro, com seu trabalho. Segundo Tamayo (2004), garantir ainda uma dinâmica de reconhecimento, elemento essencial do processo de construção da identidade do trabalhador em seus grupos sociais, reforçando a ideia de que o trabalho é uma construção de identidade e que o trabalhador é alguém relacional, um ser em grupo.

Para entender melhor como o psicodrama entra nas organizações de trabalho, Drumond (2008) mostra três tipos de teatro para fazer uma relação com as empresas. São eles:

- Na comédia, os profissionais são alegres, piadistas, quanto maior o desafio, maior a extroversão;
- Na tragédia, os profissionais manifestam suas dificuldades veementemente. Na novela mexicana, vemos se desencadear um clima de rivalidade, em que mocinhos e bandidos lutam entre si, cada uma defendendo suas ideias.
- No teatro racional, a contenção das emoções predomina com um discurso mais mental, no qual as conservas culturais/sociais são bem características.

O teatro que é referido ao longo deste trabalho não é o convencional ao qual estamos acostumados, no qual os atores atuam e a plateia assiste, mas sim o teatro em que todos os profissionais são autores e atores da peça (do cotidiano no ambiente de trabalho), como é proposto pelo psicodrama:

- As empresas são locais onde vários *scripts* precisam ser desempenhados, tal qual no teatro;
- O plano estratégico é o rol do tema a ser desenvolvido.

De acordo com Drumond (2008), o grande desafio das organizações é, na maioria das vezes, trabalhar a capacidade de redescobrir e regenerar as estratégias, de certa forma, a capacidade de mexer no *script*. No planejamento estratégico das empresas, é fundamental favorecer a discussão da missão, objetivos, políticas, estratégias, diretrizes e mecanismos de controle e avaliação, como está descrito abaixo, sendo todos relacionados com o psicodrama:

- Missão: razão pela qual o enredo existe. É necessário que ela seja conhecida e internalizada pelos profissionais e que atitudes e comportamentos destes sejam coerentes com a missão em vigor;
- Visão: estabelece e indica a direção e os propósitos da peça e do enredo;
- Valores: representam um referencial abstrato da natureza moral da conduta humana e podem ser intrínsecos ou instrumentais. Representam fatores impulsionadores, bem como um referencial abstrato de natureza moral da conduta humana. No teatro, os atores fazem essa representação;

- Princípios: conceitos fundamentados em valores que, expressos na forma de afirmações, devem nortear as políticas e as ações de uma organização. Diz o que deve ou não deve ser feito, representa a conduta das pessoas ou grupos;
- Objetivos e metas; busca de um final feliz para os percalços dos protagonistas. O cenário, hora mundial, hora local, obriga os diretores da cena a focarem no resultado esperado.

Inserir nas organizações a dimensão teatral favorece a criação de espaços nos quais todos falam, percebem-se e buscam reescrever a história grupal, e nessa releitura da história das pessoas é que a saúde mental é percebida de forma menos dolorosa, construída dia a dia, e não quando a empresa estiver na beira do caos, e o trabalho deixar de ser prazer, identificação, para se tornar obrigação, adoecimento, sofrimento.

Na obra dejouriana, a temática do teatro também está presente nas organizações. Dejours (1994) fala da ambivalência entre os conceitos de “bem-estar” e “loucura” e que, a partir do teatro do trabalho, o sofrimento do trabalho pode ser melhor entendido. No teatro de Dejours, o trabalhador tem seu “teatro”, com seus “personagens/papéis” (chefe, empregado, gestores imediatos, colegas de trabalho), “seu enredo/*script*” (hierarquização das organizações, missão, visão, princípios, cultura, valores), “o cenário” (o macroambiente, o desemprego, a instabilidade, as incertezas, fofocas, corredores); até mesmo, “espectadores/público”: termo amplamente estudado na teoria psicodramática (família, amigos, adversários, aliados), que, afinal, fazem de fato parte da vida dos trabalhadores, de um mundo de trabalho com menos sofrimento. E o trabalho pode ser relacionado não apenas com doenças, sofrimento, obrigações, e sim, ser mais reforçado que o trabalho é sim um grande formador de identidade (social e pessoal). A obra de Dejours se encontra com a obra de Moreno: ambos falam do teatro da vida no palco do mundo do trabalho.

E é no palco da vida que Drumond (2008) descreve que, para se ter uma organização saudável, equipes de trabalho coesas, são necessários, segundo o psicodrama, alguns itens:

- Respeitar as diferenças e dificuldades individuais: conforme o grau de dificuldades e diferenças, sugere-se um contrato grupal. Nesse contrato, precisam constar alguns quesitos – queremos trabalhar juntos? Qual meu melhor potencial para ajudar no resultado? Qual meu ponto fraco, do qual tenho que cuidar? Qual o ponto forte do grupo? Qual o ponto fraco que temos de desenvolver para ajudar o grupo? É nessa participação coesa de todos os personagens que compõem o teatro da organização que aspectos saudáveis deixam de ser sonhos e passam a ser parte do trabalho durante a atuação dos papéis profissionais. É importante ressaltar que se precisa trabalhar com a visão de que só minha mudança provoca mudança no outro. Não se muda o outro, mas, quando se muda (nós), o outro é obrigado a mudar, para se adaptar às mudanças. E, assim, as percepções que temos do trabalho de nossas atividades diárias passam ter um novo sentido.

- Integrar as diferenças: o ideal para um grupo é que se complete, e não se some em suas diferenças. Isto é, o grupo mais perto do ideal tem como participantes trabalhadores calmos e agitados, detalhista e com visão do todo, cada qual com suas performances.
- Nível cultural: as diferenças socioeconômicas, religiosas ou pessoais não importam, mas as diferenças culturais podem vir a dificultar a dinâmica de determinado grupo/equipe. Por isso é primordial que os gestores conheçam bem seus liderados, que invistam na sinergia do grupo, que treinem as habilidades comportamentais, que invistam na criatividade e espontaneidade de cada um e em como elas vão interagir na equipe de uma forma harmônica.
- Pares de coordenadores: sua função é de proteger a empresa, sem colocar a culpa das dificuldades em A ou B que estejam inseridos no processo. O que é ideal é que os líderes falem a “mesma língua” e estejam conectados na mesma filosofia de trabalho, no mesmo *script* grupal.

O sociodrama trabalha os vínculos no decorrer da vida do homem, das relações, e essas vincularidades são representadas por meio dos papéis sociais desempenhados por nós cotidianamente. Ressignificando esses vínculos, possibilita-se a mudança de valores, paradigmas. Reforça-se a teoria de Moreno, que afirmava a necessidade de uma forma especial de psicodrama, que projetasse seu foco sobre os fatores coletivos e foi aí que se deu origem ao sociodrama.

E, ainda dentro da obra de Drumond (2008), o psicodrama pedagógico organizacional facilita o trabalho com a junção operacional e comportamental pela percepção das facilidades e dificuldades individuais e da equipe (trabalho). Ainda facilita a busca de ações, para que a divisão de poder, o compartilhamento das decisões e a maturidade na liderança despertem o comprometimento da equipe. E, diante disso, a equipe pode vir a perceber sua própria dinâmica relacional/profissional e realinhar os pontos frágeis e acentuar os pontos fortes, tornando-se proativa nas demandas da organização. Isso é ou não é um trabalho com a saúde mental e trabalho? Se a saúde mental for cuidar do bem-estar, o sociodrama está fazendo isso, cuidando das relações, dos papéis e contra papéis dentro das empresas.

Tendo como campo de estudo os grupos, o sociodrama diz que os profissionais de uma empresa são indivíduos e, como tais, funcionam segundo a natureza humana. Faz parte dessa natureza humana a necessidade de se relacionar e de pertencer a um grupo, fortalecendo o sentimento de ser aceito e amado. O sentimento de pertença pode favorecer ou dificultar a ambientação de um funcionário recém-chegado a uma empresa, começando aí sua relação com o trabalho e o desenvolver de possíveis “patologias” relacionadas ao trabalho. Ainda segundo Drumond (2008), a forma de se relacionar é permeada pela visão de mundo do sujeito, a qual orienta suas condutas e as relações que ele estabelece com as pessoas em seu entorno, e pela maneira como lida com o tempo e com o espaço. Isso é o chamado “paradigma”.

A saúde mental no campo do trabalho está permeando todo o mundo e, cada vez mais, as organizações têm se preocupado com a qualidade dos serviços, produtos e processos. Porém, para se preocupar com tudo isso, antes, têm que cuidar dos trabalhadores. As forças internas são demandas da gestão empresarial, as relações que se formam (equipes de trabalho) para alcançar as metas, a estratégia de cada organização e as forças advindas do próprio recurso humano, ou seja, de cada colaborador no processo. Deve-se cuidar para que o trabalho não caia na armadilha de uma precarização cada vez mais comum: é o que tem levado milhares de pessoas a ambulatórios, emergências hospitalares com demandas, na maioria dos casos, de origem psíquica. Quem nunca ouviu de um médico ou outro profissional de saúde a frase: “não é nada, é só psicológico”? Mas é esse fator psicológico que acaba acarretando números cada vez maiores de afastamentos, acidentes de trabalho e mortes advindos do processo psíquico.

Os processos que ajudam a minimizar e gerir a saúde do trabalhador precisam passar pelas mãos dos gestores, lideranças, diretores, já que são eles os grandes exemplos a serem seguidos dentro da organização. E é nessa relação que vemos grandes problemas nas empresas, é a primeira grande relação que se constrói. Dentro da teoria do psicodrama, há as evoluções teóricas sobre as lideranças, nas quais se destaca o conceito de líder super-herói: o que precisa ter todas as qualidades e virtudes que a função, que esse papel profissional, exige. Acredita-se que esse conhecimento técnico, administrativo é essencial para um bom trabalho de gestão, mas o mundo dos negócios tem evoluído, e o psicodrama trabalha essa questão, de que precisamos do outro para evoluir, dos grupos, das relações. Os funcionários precisam deixar o papel de apenas meros “liderados”; eles precisam ser vistos como parceiros numa relação que envolve criatividade. Quando não conhecemos tudo, precisamos recorrer ao outro e lembrar que é pela soma das partes que se amplia o conhecimento e os processos evoluem.

E, no papel fundamental da figura da liderança, o psicodrama enxerga quatro capacidades básicas:

- Descobrir o poder que existe nas pessoas;
- Tornar as pessoas capazes de criatividade e autorrealização;
- Investir tempo e energia no futuro de sua organização e de seu pessoal;
- Compartilhar o poder com os outros.

A liderança, por si só, pode contribuir para a saúde mental e o trabalho, sendo capaz de fazer adaptações e restaurar os interesses e valores da organização. Claro que isso não é tão simples, mas, quando bem desejado, planejado, e lógico, desejado pelas necessidades da empresa, do estado atual para aonde se quer chegar.

Para reconstruir a subjetividade e a criatividade do trabalhador, é essencial um resgate da saúde mental dentro do ambiente de trabalho e, para que isso aconteça, é necessário

se trabalhar com o conceito de espontaneidade segundo a teoria psicodramática. Como explicitado, espontaneidade ou Fator (E) é a capacidade de dar respostas adequadas às novas situações (inusitadas/surpresas) da vida, tudo isso feito com o máximo de liberdade possível. Esse conceito seria uma característica dos seres humanos, que nascem com ela, mas, no decorrer da vida, são levados pelas pressões sociais a reprimir-se e enquadrar-se nas conservas sociais daquilo que o mundo acha que é o certo (DRUMOND, 2008).

Trazendo para o mundo organizacional, essas conservas que prejudicam (adoecem) o trabalhador advêm da cultura de cada empresa, de seus valores e princípios, código de ética. Cada empresa, equipe tem suas próprias conservas e, muitas vezes, estão em desencontro com aquilo que os colaboradores têm dentro de si, sua espontaneidade.

A espontaneidade é inata ao homem, não deve ser tirada nem reprimida. “O homem pode e deve praticar atos espontâneos de forma a realizar-se como indivíduo, criando uma vida plena de realizações e felicidade.” (DRUMOND, 2008). As empresas, em seus diversos programas de recursos humanos, precisam olhar com mais cuidado para o desenvolvimento da espontaneidade de seus funcionários, pois funcionários reprimidos são potenciais trabalhadores adoecidos. Com um regime de trabalho altamente mecanizado, cheio de pressões e sem nada a que se possa recorrer como escape, as empresas se tornam esgotadas, estressadas, com pessoas depressivas e altos índices de “Síndrome de Burnout”.

Ainda nesse contexto caótico e sub-humano em que o mundo do trabalho se transformou, o homem tem seus sentimentos deixados de lado, sua raiva contida, gerando o que Dejours (1994) chama de “repressão pulsional”, ou melhor, repressão do desenvolvimento do aparelho psíquico do trabalhador, de acordo com a qual o mundo de Chaplin volta à tona, com um trabalho sem o uso da criatividade e da fantasia: torna-se desprovido de significado para o funcionário. Quando a organização do trabalho é executada de forma compartimentada, ela é separada da concepção e demanda maior controle na condução das tarefas, o trabalhador tende a eliminar o sofrimento criativo (o mundo interno do ser humano: seus desejos, suas fantasias, seus medos, suas angústias, etc), preenche sua consciência com uma aceleração do ritmo de trabalho. Como já referido aqui, a repressão da pulsão que não se faz representar no aparelho psíquico encontra frequentemente descarga direta no corpo e, portanto, em doenças físicas. Dessa forma, os números de casos de lesões por esforço repetitivo (LER) e doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), apesar de não serem doenças recentes, têm apresentado uma grande incidência nas organizações (VASCONCELOS, 2008).

Conforme Tamayo (2004), o modelo da psicodinâmica do trabalho vem considerando como indicadores de saúde no trabalho as vivências de prazer-sofrimento. Essas vivências decorrem da interação de três dimensões interligadas: a da subjetividade do trabalhador, indivíduo singular, com história de vida, desejos e necessidades particulares; a da organização do trabalho (como já colocado no decorrer deste estudo), imposições

de eficácia, normas e padrões de condutas; e a da coletividade, relações entre iguais e relações hierárquicas, normas e valores de convivência social no trabalho. Isso exige treino de espontaneidade, as empresas precisam estimular a individualidade dentro da coletividade e não o contrário.

Dentro das organizações, a área de desenvolvimento humano e capacitação é muito importante para o mundo do trabalho, e sua filosofia de trabalho, ainda mais. Para que a espontaneidade ocorra, é preciso trabalhar o aquecimento antes de cada atividade, a fim de que se possa criar um ambiente de confiança, tecendo-se uma rede de sustentação. A necessidade da espontaneidade é que, sem ela, talvez, nunca atinjamos a plena realidade social. Drumond (2008) afirma que pessoas mais espontâneas atuam e parecem mais orientadas para a vida, mais inspiradas, mais reais e mais esclarecidas que pessoas que não estão adestradas. Aqui o termo adestrado é utilizado por Moreno como hoje utilizamos “treinamento” nas empresas, ou seja, quer dizer que a espontaneidade pode ser estimulada, treinada e reforçada antes de alcançarmos a naturalidade esperada.

A espontaneidade pode ser desenvolvida através de treinos, encontros grupais, reuniões de equipe, tornando o trabalhador mais livre de suas conservas do dia a dia. O homem deve buscar a cada dia novas respostas para lidar com as regras que são absolutas, um mundo de trabalho engessado de leis que deixam os homens completamente cientes do que vai acontecer no dia seguinte. E, nesse dia seguinte, sem ter liberdade para pensar, imaginar, deixar fluir a criatividade e melhorar as atividades laborais, tudo começa outra vez. O mundo do trabalho precisa estar mais saudável para encarar cada vez mais o exigente mercado, a economia cada vez mais exigente e um mercado de recursos humanos mais competitivos, porém sem liberdade de atuação. Utopia? Não se sabe responder certamente, pois, ao mesmo tempo em que temos conservas no mundo dos negócios, somos cada vez mais expostos a uma imprevisibilidade de eventos, um mundo em que o acaso se faz cada vez mais diferente e presente na vida das pessoas.

Com o treinamento da espontaneidade, o homem aprende de forma mais tranquila a enfrentar situações mais simples e se preparar para reagir a situações mais complexas. É aprender fazendo.

Precisa-se resgatar a criatividade, a disponibilidade do trabalhador (ser humano) para o ato criador, isto é, qualquer ato que acarrete uma transformação integradora em direção ao autodesenvolvimento. As empresas necessitam investir nas pessoas, no desenvolvimento, indicar caminhos, produzir junto. Mudar a noção do termo “capacitar” para desenvolver: só se capacitam (setor de capacitação) aqueles que são incapazes e, para a teoria do psicodrama, todos são capazes de aprender, todos têm dentro de si uma centelha divina, ou seja, capacidade de criar, de mudar, de se transformar. Já que os processos, muitas vezes, não se têm como modificar, pode-se recorrer à espontaneidade, responder de maneira oportuna às situações inéditas, dar uma resposta nova a todo momento, em cada atividade que o trabalho exige.

No trabalho, o grau de exigência é altíssimo, o colaborador acaba por ter medo de se colocar nas situações diárias, responder uma pergunta ao chefe e, quando se coloca, espera uma reação adversa e acaba ativando mecanismos de defesa para se livrar das conservas culturais e, justamente, para evitar esse medo, essa armadura no dia-a-dia, é que o aquecimento se faz necessário, um aquecimento físico, mental: precisa-se criar um ambiente protegido de amarras, de censura - são os famosos jogos de quebra-gelo. Fazer com que os funcionários se sintam parte do processo vai aumentar o grau de envolvimento com o trabalho e, conseqüentemente, melhorar o clima da organização e, por tabela, a melhora da saúde mental no trabalho.

Para Moreno (1992), o homem, quando adoece, tem a espontaneidade reprimida ou prejudicada de alguma maneira, apresentando uma capacidade menor de adaptação em relação ao meio e, quando bem desenvolvida, o indivíduo apresenta maior número de respostas adaptativas e criativas. E, a cada momento, está pronto para encontrar novas respostas e soluções para as perguntas e situações da vida.

Quando o trabalhador cria alguma coisa no seu trabalho, essa criação tende a ser organizada. Assim, o músico que compõe faz uma partitura e esta passa a ser algo da cultura, do mesmo modo que um escritor: é como se a criatura não pertencesse apenas ao seu criador. Quando um funcionário está na linha de produção de um tênis, esse tênis lhe pertence como simbologia, mas a manufatura pertence ao mundo do capital, que necessita das “criaturas”.

O homem não pode viver sem se vincular a algo ou alguém. Os vínculos são inevitáveis, constantes, fatais e fundamentais; mesmo no trabalho mais individual, há um vínculo. Na questão vincular, os papéis constroem seus vínculos com os atores, como, por exemplo, o cozinheiro, o líder, o dentista, o psicólogo segue padrões de determinada cultura ou de uma sociedade e, ao mesmo tempo, exprimem a personalidade de cada indivíduo (ator).

De certa forma, as teorias de vínculos e papéis sugerem uma compreensão mais ampliada da personalidade, além de uma sociopsicopatologia do vínculo. De forma sintética, a psicopatologia sociopsicodramática:

- Patologia do aquecimento: distúrbios no preparo para uma ação ou no desempenho dos papéis;
- Patologia da espontaneidade e criatividade: seria a ausência de adequação em relação ao momento e ao contexto, em que se exerce determinado papel, sofrendo interferência das condutas conservadas, que são as respostas automáticas, repetitivas;
- Patologia dos papéis e de sua integração na personalidade, tais como a angústia decorrente dos papéis que estavam reprimidos: a fadiga dos papéis rotineiros, causando em muitos casos o estresse ocupacional, que, por conseqüência, leva ao *burnout*. Tudo isso exige do trabalhador uma forte carga emocional, que

já é grande dentro de um ambiente de trabalho já estressante por natureza, como os trabalhadores da área de saúde.

- Patologia do vínculo ou neurose interpessoal: os jogos de papéis perturbados devido à sociometria patológica, como temos os exemplos dos projetos dramáticos não reformulados;
- Complementaridade de papéis patológica, com co-inconsciente que promove a atuação dos tais papéis imaginários que vêm a bloquear a livre expressão dos indivíduos nos vínculos. (DRUMOND, 2008)

No que tange ao desempenho dos papéis, está um homem (trabalhador) que fala, que simboliza, tem um corpo, cumpre regras, interage com os outros e com o meio, recriando e transformando-o, sofrendo conseqüentemente uma transformação. O ser humano que se desenvolve e se cria, na relação, ou no encontro com o outro, nesta dinâmica tão conturbada que é: corpo, mente, ambiente em que vive.

Segundo Drumond (2008), a sionomia é a ciência das relações; a proposta sionômica é investigar como estas se estabelecem e qual dinâmica relacional entre pessoas/pessoas e entre pessoas/coisas (máquinas) por exemplo, tudo que não é humano, o meio físico do trabalho.

Atualmente, os seres humanos, de certa forma, são obrigados a viverem diferentes papéis nas organizações. Os papéis de fornecedor, cliente interno e externo, parceiros, estagiários, gestores e colaboradores são intensa e explicitamente cobrados: nas atitudes (falas e gestos na forma do agir) e nos resultados estratégicos das empresas.

A saúde mental e o trabalho, desde sempre, formaram uma dupla que, nem, entendeu-se, pois os problemas de saúde do trabalhador, antes de serem de responsabilidade do mundo do trabalho, são questões de saúde coletiva e, acima de tudo, de ordem psíquica, da interação do homem com seu meio.

Nas décadas de 1960 e 70, houve grandes alterações na compreensão de fatores capazes de influenciar os resultados organizacionais. Vincular-se ao trabalho, à sua atividade transformadora é essencial para uma saúde mental equilibrada. Tem-se que trabalhar o máximo possível para eliminar fatores a que os trabalhadores são expostos diariamente. Satisfação no trabalho: um estado emocional positivo ou de prazer, resultante de um trabalho ou de experiências de trabalho (ZANELLI, 2004).

Saúde mental é cuidar do trabalhador, é conhecer esse trabalhador, ouvi-lo das formas mais diferentes possíveis: na fala, nos gestos, nos corredores, na “rádio-peão”, nas entrevistas de seleção e promoção, nas pesquisas de clima. O trabalhador está envolvido em tudo, e os papéis que desempenham desde que nascem irão fornecer as “armas” para serem pessoas que se relacionam de modo harmônico com seu trabalho.

A saúde mental e o trabalho podem ser vistos de várias maneiras: no próprio trabalho em si, na remuneração, formas de reconhecimento, nos custos com absenteísmo, presenteísmo e produtividade; tudo que engloba a atividade humana na construção da sua

identidade e remodelação de suas atuações cotidianas são parte desse mundo multimodal que é o trabalho.

O psicodrama pode proporcionar a saúde mental de forma mais ampla e integradora, pois, ao começar a trabalhar as relações inter e intrapessoais, a sinergia grupal ocorre e, com uma empresa com um clima organizacional satisfatório, teremos uma empresa saudável. Pode-se alinhar a cultura organizacional ou, pelo menos, revê-la, dar um novo significado, mudar algumas falas nesse grande *script* que é a vida, o universo laboral, trabalhar o planejamento estratégico da empresa, auxiliar nos planos de ação. O poder do psicodrama está no cuidar das relações, dos vínculos no mundo das redes, pois, ao estar vinculado à sua atividade humana, o trabalhador se compromete mais com seu trabalho e, com essas ações, compromete-se com sua saúde e com a saúde dos outros, uma vez que existem sinergia, complementaridade, mutualidade entre essas pessoas: são homens espontâneos e criativos. Para se atingir a criatividade com responsabilidade, precisa-se sair da época do fiscal, do capataz, em que o único papel era o de conferir a produção de um trabalho alienado e desorganizado.

No psicodrama organizacional, as pessoas saem do “faça o que falo e não o que faço”, para alcançar a responsabilidade por suas próprias ações: meu trabalho é co-responsável pelo trabalho do outro e, assim, essa rede de relações vai se fortalecendo, e todos saem ganhando. Não é um trabalho fácil de realizar, de fato, é uma quebra de paradigmas, de mudança de visão, de filosofia de trabalho, de como as pessoas se percebem e compreendem a atividade do trabalho.

É pensando nesse mundo mais integrado que Drumond (2008) diz que o psicodrama tem como base o seguinte tripé:

- Fenomenologia como filosofia, o modo de pensar sobre o homem e o mundo;
- Hassidismo como filosofia religiosa, em que o divino faz parte do cotidiano;
- Teatro grego como forma de atuação.

Para concluir, o ser humano pode sair da vida de diferentes formas, ainda segundo a teoria psicodramática:

- Com “ensimesmamento”, quando o centro do mundo é ele mesmo (narcísico);
- Com visão de túnel, quando sua forma de pensar e seus conhecimentos são a verdade absoluta (paradigmas e crenças);
- Com espontaneidade, quando cria e estabelece as respostas de acordo com a situação presente: “ser sendo no momento”.

É preciso investimento na fala do trabalhador. Os atuais gestores de qualquer área precisam, além de habilidades técnicas, gostar de gente, de estar com pessoas, convergir e divergir, mas, acima de tudo, relacionar-se. A saúde mental está diretamente ligada ao mundo econômico e, assim, precisa ser vista como um investimento, e não como gasto.

A aliança, a relação do psicodrama com a saúde mental e o trabalho precisa trabalhar junto, identificando as vulnerabilidades desses atores, que são os funcionários: quem é aquele porteiro, aquela secretária, aquele agente de limpeza, o que ele pensa, quais são suas potencialidades, limites. Vamos trabalhar a readaptação, a acomodação, uma nova leitura da organização perpassa uma nova leitura dos trabalhadores e suas infinitas relações. Uma única pessoa dentro da equipe pode ter um transtorno em casa de ordem socioeconômica e, todos os dias, conflitar com um transtorno ocupacional. É nessa relação que os gestores de recursos humanos, gerentes de áreas, presidentes, diretores precisam interagir, ser atores em conjunto, em co-produção. A “rádio-peão” aumenta, mas não inventa. Precisa-se cuidar da comunicação, do texto que transcorre dentro dos corredores.

A responsabilidade do cuidar em saúde mental do trabalhador é responsabilidade de todos, é o entrelaçar das falas, das diversas narrativas, e não deixar que as individualidades se percam, e o ser humano tenda a ser instituição e deixe de existir como João, como Pedro, e passe a ser um número de matrícula, uma estatística em meio a tantas outras. Trata-se de respeitar a identidade e o tempo do outro, precisa-se inverter as funções, as atribuições, os papéis. Antes de sermos questões administrativas, somos humanos, somos subjetivos num mundo objetivo. Ser ético num mundo, muitas vezes, nem tão ético assim. Somos pessoas que trabalhamos, que temos saúde, mas que adoecemos, curamo-nos, readaptamo-nos, sofremos, sorrimos, que somos demasiadamente seres em relação.

Com o psicodrama nas organizações, aumenta-se o suporte social, as redes das quais os trabalhadores (seres humanos) fazem parte. Com esse maior suporte, há uma diminuição dos transtornos mentais. É ordem do dia dar ouvido e espaço aos outros e dar sentimento em tudo que fazemos, sem perder a concentração que o trabalho exige, o vigor de que o cargo (“papel”) necessita e, acima de tudo, não perder a responsabilidade da atividade do trabalho, o que ele traduz desde o início da humanidade. E, claro, sem prejudicar a espontaneidade e a criatividade, conceitos-chave do psicodrama, elementos essenciais para a saúde mental de todos, que harmonizam a saúde e o trabalho. Vasconcelos (2008) diz ser possível trazer leveza e amor ao trabalho e, mais ainda, tirar o sofrimento e a angústia que o trabalho também proporciona. O homem deixa de ser vítima/vilão do processo, torna-se capaz de transformar a si e ao mundo para tornar-se mais livre, mais saudável.

Um estudo difícil, ainda pouco explorado, no caso do uso do Psicodrama para cuidar das relações de trabalho (da saúde do trabalhador). As organizações necessitam retomar a identidade de seus trabalhadores, resgatar a espontaneidade do ser humano, que atua em diversos papéis: o de trabalhador, supervisor, patrão é mais um a ser desempenhado na vida dele, fora outros, como o de pai, mãe, irmão, entre tantos mais.

CONCLUSÕES

O universo laboral tem sido estudado com mais profundidade nos últimos anos nas mais diversas temáticas. Falar sobre a saúde dos trabalhadores neste fértil universo é um grande desafio e somado ao psicodrama torna tudo ainda mais encorajador.

O psicodrama vem com a proposta de entender o ser humano a partir de suas relações. Ressaltando-se que no mundo do trabalho as pessoas estão em constante exercício de suas intra e inter e relações pessoais. Pois para se viver em sociedade é preciso regras, moral, ética e empatia para se conviver com as diferenças, e essas regras, que são criadas ou impostas por determinada pessoa ou grupo, seriam um roteiro (texto) para o papel do trabalhador. Claro que dependendo de como este indivíduo se encontra, como ele cresceu, como era e é o meio em que ele vive, como ele desempenha seus outros papéis (além de funcionário tal, da empresa tal, do setor tal), todas essas variáveis irão influenciar ou não a maneira como ele vai reagir aos diversos roteiros, textos e cenários (regras, valores, código de ética) da empresa em que trabalha.

São das relações humanas que trata este trabalho e, durante a sua construção, foram levantados vários questionamentos, como por exemplo, de que forma os colegas de empresa com crenças religiosas e histórias de vida totalmente diferentes, mas ao mesmo tempo complementares, convivem de forma sadia ou não dentro do espaço organizacional? Como trabalhar numa organização que prega valores e princípios que vão a desencontro de seus próprios valores e papéis sociais (pai, irmão, filho, namorado)? Essas questões foram discutidas a partir de uma filosofia ainda não tão difundida no espaço das organizações. Não se pode pregar um universo de anomia e, como Dejours (1992) fala em seu teatro do trabalho, o trabalho em si findaria quase que obrigatoriamente em sofrimento psíquico. Pois o homem não teria como se livrar desse “carma” se você cresce, vive e trabalha, ou seja, se relaciona.

Como já foi dito anteriormente, o homem nasce espontâneo e vai perdendo sua espontaneidade no decorrer da vida, de suas histórias; assim como vai adquirindo novos papeis e novas formas de se resgatar essa espontaneidade. O ser criativo, o homem espontâneo, é essencial para se ter uma saúde mental bem relacionada com o mundo do trabalho. Não se pode retirar alguns fatores estressantes que os cenários globais trazem para o trabalho, mas é possível administrar e gerenciar o mundo que nos cabe, o mundo do psiquismo humano, pois o cenário maior, a sociedade, tanto quanto o cenário do trabalho, é específico e diferente.

Foi visto que o a teoria psicodramática pode vir a contribuir de forma satisfatória e abrir espaços para os três C’s: conversar, conversar, conversar. O verbo que sustenta a ação e a harmonia de qualquer relação. Precisa-se conversar, ouvir os trabalhadores, ouvir as pessoas que compõem a organização, no simples ato de criar espaços de conversa.

Percebeu-se que as emoções, ao mesmo tempo em que são sensações internas e

individualizadas, têm a gênese nos encontros. Barreto (2006) coloca ainda que as emoções são configuradas por fatos externos e diversos, sendo, por isso, historicamente construídas e aprendidas. Os sentimentos penosos têm no corpo, o palco e o cenário da dor psíquica, pois as afecções do corpo são idéias da alma mediadas pelo significado social.

É bastante comum que as empresas não tenham e nem falem em saúde mental no mundo do trabalho, é um assunto à margem das organizações. Fulano ou beltrano está deprimido, estressado, têm-se medo de contar para os colegas de trabalho e, principalmente, para os chefes e gestores e assim, conclusões precipitadas serão responsáveis por tomadas de decisões equivocadas.

As conversas são nos corredores das organizações, falando-se mal dos chefes (ou de quem representa este papel): que eles não tem prazos justos, sempre é preciso levar trabalho para casa e não há negociação. Muitos funcionários temem chegar a seus chefes, pois a comunicação nesse nível de relação é deficiente e, assim, a saúde mental vai sendo minada aos poucos, ficando cada vez mais latente uma crise que torna exposto um problema mais grave para o trabalhador e para o grupo do qual ele faz parte.

Buscando atingir o objetivo maior deste trabalho, que é o de fazer conexões entre saúde mental, trabalho e psicodrama; percebe-se que há umnexo causal muito forte entre esses conceitos. Saúde mental e trabalho estão fortemente ligados com a relação que o homem estabelece com o mundo organizacional e com todos os grupos que ele faz parte (família, igreja, comunidades, etc). Ao se dar uma maior ênfase ao indivíduo-em-relação, a doença fica em segundo plano, pois se busca favorecer o homem na evolução de um quadro considerado sadio, porém, não fechado em si, mas em constante mudança.

Constata-se que houve um avanço na literatura que estuda o mundo do trabalho, que não dá mais ênfase somente a dinâmica homem-máquina, que é capaz de afetar a saúde mental. As relações interpessoais, coletivas, o meio das organizações e seus desdobramentos, também podem prejudicar a saúde do homem. O psicodrama levanta essa bandeira, de que todos os fatores podem ou não contribuir para o desenvolvimento de patologias no ser humano. E não se pode deixar de reforçar o conceito de papel na teoria psicodramática. A priori, esses papéis são determinados e construídos a partir de um contexto específico. A ordem social acaba por disciplinar esses papéis, tornando-se assim em conservas culturais/sociais, e cabe ao psicodrama resgatar e trabalhar a espontaneidade e a criatividade no desempenhar desses papéis.

Foi visto que a visão de homem da teoria de Moreno é essencial para que os novos modelos de gestão tenham sucesso nas organizações. Um ser humano que se entrega nas relações e que percebe o outro como o outro, pode vir a ter uma percepção mais significativa de quem ele é. Quanto mais ele entra em sintonia com o outro (parceiro, colega), mais o encontro se torna prazeroso e constrói relações saudáveis. Conseqüentemente, o homem fica mais espontâneo, criativo e as organizações cada vez mais saudáveis, dentro de um mercado cada vez mais aquecido.

Quando isso não acontece, resulta nas relações ditas não saudáveis, como por exemplo, as relações autoritárias, quando o homem, segundo Barreto (2006), se submete e se inferioriza, exige e não reconhece o outro como legítimo outro na convivência. A saúde é abalada, a doença se precipita, se adianta, se acentua e se instala. Manifestam-se distúrbios e danos psíquicos variados, que podem alterar as condutas e modificar a personalidade. Portanto, é fácil concluir que a relação entre saúde mental do trabalhador com o psicodrama está bem clara, que a chave para muitos problemas de ordem da saúde mental se encontra nas relações entre as pessoas.

É necessário que os gestores entendam que é preciso cuidar das relações de suas equipes de trabalho e abrir espaços para seus colaboradores, para que estes se sintam à vontade para falar, se conhecer e eliminar de vez os perigos da “rádio peão”, outra zona perigosa para a saúde dentro das empresas. Nessa perspectiva, não se pode esperar que em tão pouco tempo, as organizações tão hierarquizadas, com modelos de trabalho ainda tão antigos, possam transformar toda essa cultura em uma filosofia de trabalho e visão do ser humano conforme preconiza o psicodrama. É um processo e como tal, todas as discussões e estudos que ocorram nesse sentido são bem-vindos.

Ao falar de um homem em relação, neste trabalho pode-se concluir que, de acordo com Barreto (2006), as pessoas são influenciadas e influenciam outras de diversas maneiras e, assim, vão se configurando novas formas de ser, agir e existir, que possibilitarão ou não toda a potencialidade humana. Ao falar de potencialidade humana constatou-se que está se falando também do potencial criativo defendido pela teoria do psicodrama.

É importante ressaltar o encontro entre Dejours (1994) e Moreno (1992), quando o primeiro fala da repressão das pulsões, presente na organização do trabalho, e quando Moreno fala das conservas culturais. Tudo que é reprimido e tido como regra e verdade absoluta, trata-se de uma conserva, e o trabalhador precisa buscar sublimações, sob a ótica de Dejours (1994), buscar a espontaneidade à luz da teoria psicodramática. A dinâmica relacional está presente nos dois autores, pois ambos falam da importância dessa interação, homem-homem, homem-máquina, homem-grupos.

É necessário incutir nas empresas uma flexibilização aos seus funcionários, para se utilizar novos espaços de trabalho, de refúgio. Também para que os programas de qualidade de vida não se tornem uma mera estatística e que esse seja um programa permanente, com uma filosofia e uma visão de homem adotada por Moreno (1992) ou seja, um homem sempre em relação com outras pessoas e com os processos. A construção da identidade do ser humano perpassa pelo trabalho e com o trabalho ele pode estar em harmonia, mesmo nos momentos de maior cobrança e num mercado cada vez mais competitivo. A empresa é mais um grande cenário, palco (linguagem moreniana), capaz de trazer saúde através da espontaneidade e criatividade, mas também traz sofrimento psíquico, adoecimento. Isso foi percebido no decorrer deste trabalho e, de forma complementar, a teoria do criador do psicodrama e Dejours (1994) compartilham pensamentos e visões, ambos em suas áreas

de atuação.

Espera-se que esse trabalho possa fomentar maiores discussões no campo da saúde mental e do trabalho e também difundir cada vez mais a teoria psicodramática. Pois vivemos em grupo e adoecemos e nos curamos a partir de nossas relações, e nas organizações passamos a maior parte de nossos dias, portanto precisamos de empresas saudáveis, espontâneas e criativas. Além disso, que esse trabalho possa vir a despertar um maior interesse sobre a aplicação da teoria psicodramática dentro das organizações, sensibilizar as pessoas e despertá-las para que o diálogo aconteça também em canais de comunicação oficiais. Tem-se que trazer à tona a sensação do trabalho como instrumento de prazer e realização. Resgatar a espontaneidade de todos que compõem o cenário e o palco que são as empresas. A saúde mental do trabalhador depende das relações que ele desenvolve no decorrer de suas ações, de sua história, quer seja antes ou depois de determinado trabalho. O homem é essencialmente relacional e se identifica e diferencia-se na presença do outro. E é na relação com esses outros e com o trabalho, que ele irá resgatar a sua saúde mental em equilíbrio, de forma harmônica, consigo mesmo e com o meio.

A partir deste trabalho, podem surgir novos estudos e pesquisas que poderão fazer outras conexões entre a saúde mental e o trabalho, como por exemplo, a saúde do trabalhador ligada a satisfação dos funcionários e a programas de incentivo. Algumas correntes falam da importância do reconhecimento do trabalho pelos colegas e gestores, nesse caso, está se falando de reconhecimento não somente remunerado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Lêda de Alencar Araripe. **Noções de Psicopatologia para Terapeutas** – Aspectos de uma intervenção integrativa. Fortaleza: CTS, 2002.

BARRETO, Margarida Maria Silveira. **Violência, saúde e trabalho**: uma jornada de humilhações. São Paulo: EDUC, 2006.

BARRETO, Margarida Maria Silveira. Saúde Mental e Trabalho: a necessidade da “escuta” e olhar atentos. **Caderno Brasileiro Saúde Mental**, cidade, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009.

BORGES, Livia de Oliveira; YANAMOTO, Oswaldo Hajime. O mundo do trabalho. In: ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS, Antônio Virgílio Bittencourt (orgs). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BRASIL. Decreto nº 3048, de 06 de maio de 1999. Dispõe sobre o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: Acesso 10 de agosto de 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual De Procedimentos Para Serviço Da Saúde**: Doenças Relacionadas ao Trabalho. Brasília, 2001. Disponível em: Acesso em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho_manual_procedimentos.pdf Acesso 10 jun 2022.

BUSTOS, D. **Perigo...Amor à Vista** – Drama e psicodrama de casais. São Paulo: Aleph, 1990.

CAMARAGO, Lucila. **Orientação profissional**: uma experiência psicodramática. São Paulo: Ágora, 2006.

CODO, Wanderley. Saúde mental e trabalho: uma urgência prática. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 8, n. 2, 1988. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931988000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 out. 2011.

CODO, Wanderley; SORATTO, Lúcia; VASQUES-MENEZES, Iône. Saúde Mental e Trabalho. In: ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS, Antônio Virgílio Bittencourt (orgs). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do Trabalho** – Estudo de Psicopatologia do Trabalho. 5. ed., São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DIAS, Victor R. C.S. **Psicopatologia na análise psicodramática**. v. I. São Paulo: Ágora, 2006

DOMENICH, Mirella. Síndrome de Burnout. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 30 jun. 2002, Caderno Empregos, p. 1.

DRUMOND, Joceli; SOUZA, Andréa Cláudia de. **Sociodrama nas Organizações**. São Paulo: Ágora, 2008.

EPSTEIN, Robert. **O combate à exaustão mental**. **Revista Mente e Cérebro**, São Paulo, ano XIX, n. 225, out. 2011.

FONSECA, Ricardo Tadeu Marques da. **Saúde mental para e pelo trabalho**. Disponível em: <http://www.prt18.mpt.gov.br/eventos/2006/saude_mental/anais/artigos/Ricardo_Tadeu.pdf>. Acesso em: 01 jun 2022.

GOMIDE JÚNIOR, Sinésio; SIQUEIRA, Mirlene Maria Matias. Vínculos do indivíduo com o trabalho e com a organização. In: ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS, Antônio Virgílio Bittencourt (orgs). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GUIMARÃES, Leonilda Alfredo (org.). **Aspectos Teóricos e Filosóficos do Psicodrama**. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2000.

HALLACK, F. S.; SILVA, C. O. A reclamação nas organizações do trabalho: estratégia defensiva e evocação do sofrimento. **Revista Psicologia e Sociedade**, ABRAPSO, v.17, n.3, 2005, p.67-76.

JACQUES, M. G. C. Abordagens teórico-metodológicos em saúde/doença mental e trabalho. **Psicologia e Sociedade**, ABRAPSO, v.15, n.1, jan/jun. 2003, p.97-116.

MARRA, Marlene Magnabosco. **O agente social que transforma: o sociodrama na organização de grupos.** São Paulo: Ágora, 2004.

MENDES, Ana Magnólia; CRUZ, Roberto Moraes. Trabalho e Saúde no Contexto Organizacional: Vicissitudes teóricas. In: TAMAYO, Álvaro. **Cultura e Saúde nas Organizações.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

MORENO, J.L. Quem **Sobreviverá?: Fundamentos da sociometria, psicoterapia de grupo e sociodrama.** (Vol. I, II e III). Goiânia: Dimensão, 1992.

MORIN, Estelle M.; AUBÉ, Caroline. **Psicologia e Gestão.** Trad. Maria Helena C.V. Trylinsky. São Paulo: Atlas, 2009.

RAUPP, Fabiano Maury; BEUREN, Ilse Maria. Metodologia da Pesquisa Aplicável às Ciências Sociais. In: BEUREN, Ilse Maria (org. e col.). **Como Elaborar Trabalhos Monográficos em Contabilidade: teoria e prática.** 2 ed. São Paulo: Atlas, 2004.

REY, F. L. G. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

RODRIGUES, Patrícia Ferreira; ÁLVARO, Alex Leandro Teixeira; RONDINA, Regina. Sofrimento no trabalho na visão de Dejours. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**, Garça, ano IV, n. 7, Nov. 2006.

SATO, Leny; BERNARDO, Márcia Hespagnol. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, 2005, p.869-878.

SILVA, Edith Sellgmann. A inter-relação trabalho-saúde mental: Um estudo de caso. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 32, n. 4, set-out. 1992, p.70-90.

SOEIRO, Alfredo Correia. **Psicodrama e psicoterapia.** 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Ágora, 1995.

TAMAYO, Álvaro. **Cultura e Saúde nas Organizações.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

VASCONCELOS, Amanda de; FARIA, José Henrique de. Os Paradoxos entre a Saúde Mental no Trabalho e as Estratégias Organizacionais de Promoção de Saúde do Trabalhador: Um Estudo de Caso. In: XXXI EnANPAD / XXXI Encontro da ANPAD, set. 2007, Rio de Janeiro. **Anais...**Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007.

VASCONCELOS, Amanda de; FARIA, José Henrique de. Saúde Mental no Trabalho: Contradições e Limites. **Psicologia e Sociedade**, Curitiba, v.20, n.3, 2008, p.444-452.

ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS, Antônio Virgílio Bittencourt (orgs). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

GOLONKA K, MOJSA-KAJA J, BLUKACZ M, GAWŁOWSKA M, MAREK T. Occupational burnout and its overlapping effect with depression and anxiety. **Int J Occup Med Environ Health.** 2019 Apr 3;32(2):229-244.

RAY TK, PANA-CRYAN R. Work Flexibility and Work-Related Well-Being. **Int J Environ Res Public Health**. 2021 Mar 21;18(6):3254. doi: 10.3390/ijerph18063254. PMID: 33801122; PMCID: PMC8004082.

CASTAÑEDA-AGUILERA E, GARCÍA DE-ALBA-GARCÍA JE. Professional burnout syndrome in specialist surgeons: prevalence and risk factors. **Cir Cir**. 2020;88(3):354-360.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Organização Pan Americana de Saúde. Strategy And Plan Of Action On Health Promotion Within The Context Of The Sustainable Development Goals 2019-2030. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55925/PAHOFPLIM220006_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso 8 set 2022.

KAMDAR BB, SURI R, SUCHYTA MR, DIGRANDE KF, SHERWOOD KD, COLANTUONI E, DINGLAS VD, NEEDHAM DM, HOPKINS RO. Return to work after critical illness: a systematic review and meta-analysis. **Thorax**. 2020 Jan;75(1):17-27.

MOTIVOS PARA A BAIXA ADESÃO AO PRÉ-NATAL

Data de aceite: 03/10/2022

Telma da Silva Machado

Adriana Maria Alexandre Henriques

Simone Thais Vizini

Paulo Renato Vieira Alves

Ana Paula Narcizo Carcuchinski

Morgana Morbach Borges

Márcio Josué Träsel

Denise Oliveira D'Avila

Flávia Giendruczak da Silva

RESUMO: INTRODUÇÃO: A gestação é uma fase da vida marcada por muitas transformações físicas e psicológicas tanto para as mulheres quanto para suas famílias. Muitas expectativas e anseios são gerados relacionados às mudanças que irão ocorrer durante e após este período, a mulher que deixará de ser filha para ser mãe e o seu corpo que irá mudar, assim como a relação com o seu companheiro, se esta tiver. Para acompanhamento das mudanças ocorridas durante a gestação foi instituído o Pré- Natal com o objetivo de acompanhar as mulheres e os bebês durante este período, visando garantir o bom desenvolvimento. Através das consultas é possível monitorar e orientar as mulheres, esclarecendo suas dúvidas, dando toda a assistência necessária durante a gravidez

seja ela de risco ou não. É preconizado que as gestantes realizem no mínimo 6 consultas de pré-natal e uma de puerpério. **OBJETIVO:** Conhecer e analisar os motivos que levam as gestantes a não realizarem o mínimo de seis consultas de pré-natal conforme o preconizado pelo Programa de Humanização ao Pré Natal do Ministério da Saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura. **DISCUSSÃO:** No ano de 1998 na região sul do Brasil a porcentagem de mulheres que não realizaram nenhuma consulta foi de 2,9%, e estes números vem decaindo, já no ano de 2004, essa porcentagem passou para 1,4%. Assim como o percentual de gestantes que realizaram de 1 a 6 , no ano de 1998 esta porcentagem foi de 43,2% e no ano de 2004, temos 33,0%. Já em relação a realização de 7 ou mais consultas de pré-natal temos uma porcentagem que vem aumentando no ano de 1998 de 53,9% passando para 65,7% no ano de 2004, conforme o DATASUS (2008). Podemos observar que e realização nenhuma consulta e de 1 até 6 consultas vem decaindo, mas que o número de 7 consultas vem aumentando. Mas ainda existe um percentual de gestantes que não realizam o mínimo de 7 consultas como preconizado pelo Ministério da Saúde. **CONSIDERAÇÕES:** A atenção ao pré-natal e ao puerpério de qualidade são fundamentais para a saúde materna e neonatal, contribuindo desta forma para a diminuição da mortalidade materna e neonatal. Os índices de mortalidade materna e infantil são fatores que estão diretamente relacionados às condições do pré-natal e parto. **PALAVRAS-CHAVE:** Gestação; Pré Natal;Puerpério.

ABSTRACT: INTRODUCTION: Pregnancy is a phase of life marked by many physical and psychological changes for both women and their families. Many expectations and anxieties are generated related to the changes that will occur during and after this period, the woman who will stop being a daughter to be a mother and her body that will change, as well as the relationship with her partner, if she has one. Prenatal care was instituted to monitor the changes that occurred during pregnancy with the aim of monitoring women and babies during this period, in order to ensure their good development. Through consultations, it is possible to monitor and guide women, clarifying their doubts, providing all the necessary assistance during pregnancy, whether at risk or not. It is recommended that pregnant women perform at least 6 prenatal and one postpartum consultations. **OBJECTIVE:** To know and analyze the reasons that lead pregnant women not to have a minimum of six prenatal consultations, as recommended by the Prenatal Humanization Program of the Ministry of Health. **METHODOLOGY:** This is a literature review. **DISCUSSION:** In 1998, in the southern region of Brazil, the percentage of women who did not have any consultation was 2.9%, and these numbers have been decreasing, in 2004, this percentage increased to 1.4%. As well as the percentage of pregnant women who underwent 1 to 6 , in 1998 this percentage was 43.2% and in 2004, we have 33.0%. Regarding the performance of 7 or more prenatal consultations, we have a percentage that has been increasing in 1998 from 53.9% to 65.7% in 2004, according to DATASUS (2008). We can see that there are no consultations and from 1 to 6 consultations has been decreasing, but the number of 7 consultations has been increasing. However, there is still a percentage of pregnant women who do not perform the minimum of 7 consultations as recommended by the Ministry of Health. **CONSIDERATIONS:** Quality prenatal and postpartum care are essential for maternal and neonatal health, thus contributing to the reduction of of maternal and neonatal mortality. Maternal and infant mortality rates are factors that are directly related to prenatal and childbirth conditions. **KEYWORDS:** Pregnancy; Pre Christmas; Puerperium.

INTRODUÇÃO

Segundo Brasil (2005), em 92% dos casos de óbito materno, a Razão da Morte Materna (RMM) está associada ao ciclo gravídico - puerperal. E 52% das mortes em crianças menores de um ano ocorrem no período neonatal e estão associadas à atenção dispensada à gestação, ao parto e ao puerpério. Dentre as principais causas de mortalidade materna infantil, encontram-se a doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), e a sífilis congênita, que são consideradas causas evitáveis (BRASIL,2005).

No Brasil o pré-natal é estabelecido pelo Ministério da Saúde, cuja execução está a cargo dos municípios, em toda a rede básica de saúde. As secretarias municipais e estaduais integradas com o Ministério da Saúde devem garantir a atenção pré-natal e puerperal seguindo as diretrizes da Política Nacional de Humanização ao Pré-Natal (PHPN). O PHPN preconiza a captação precoce de gestantes e a realização da primeira consulta pré-natal até 120 dias de gestação; já que este período seria para identificar agravos já no início da gravidez, e também é o período para a coleta de dados clínicos e dar um bom

segmento à gestação.

Também é indicado um número mínimo de seis consultas pré-natal, sendo preferencialmente uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre, e três no terceiro trimestre da gestação. Há também a preocupação com a promoção e prevenção da saúde durante este período, como a realização de grupos de gestantes que possibilitam diálogo entre as gestantes, seus parceiros e os profissionais de saúde sobre a experiência da gestação e sanar eventuais dúvidas que possam surgir e também para educação em saúde, como cuidados com o corpo, as mudanças que ocorrem, o aleitamento materno e os cuidados com o recém nascido. Observa-se que a comunicação e informação em saúde são fundamentais durante a assistência pré-natal, ressaltam que a troca de informações e o esclarecimento de dúvidas perante as puérperas é fundamental para a compreensão do processo da gravidez (MOURA E RODRIGUES,2003).

A ampliação do pré-natal na rede de atenção básica, visa garantir, e/ou ampliar o acesso universal ao pré-natal. No entanto, observa-se nos serviços de saúde, que muitas mulheres gestantes não realizaram o pré-natal adequadamente, começando tardiamente, ou abandonando durante a gestação e outras não realizaram nenhuma consulta de pré-natal. O enfermeiro, como parte da equipe de saúde da unidade básica, também é responsável pela qualidade do pré-natal disponibilizado à população, e muitas vezes por esclarecer estas dúvidas para as puérperas.

A não realização do pré-natal ou a realização de maneira inadequada podem resultar em problemas como, o não diagnóstico de algumas doenças que podem ser tratadas durante a gravidez como por exemplo a sífilis congênita e o HIV evitando assim a transmissão vertical para o neonato. Também o alto índice de morte materna causada pela hipertensão arterial pode ser evitada pelo pré-natal adequado onde estas puérperas podem ser monitoradas, acompanhadas durante a consulta tratando e evitando a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia que podem levar a morte perinatal e sequelas nos neonatos devido aos danos causado pela hipóxia cerebral.

A baixa adesão ao pré-natal pode estar relacionada com fatores relativos aos serviços, ou fatores referentes às condições de vida das puérperas.

PRÉ-NATAL

Segundo Brasil (2005), o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é atender a mulher desde o início da gravidez, garantindo o bem-estar materno e neonatal. Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio de condutas acolhedoras; do fácil acesso aos serviços de saúde de qualidade; com ações que integrem os níveis da atenção, promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do neonato desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento ambulatorial de alto risco.

A atenção pré-natal deve ter características essenciais de humanização. Considerar

o outro como sujeito e não como objeto da nossa atenção, é a base que sustenta o processo de humanização. (BRASIL,2005).

A humanização da assistência pré-natal é também instituída pelo Ministério da Saúde.

Estados e municípios devem aderir critérios do programa federal para a realização do pré-natal tais como: Capacitação precoce de gestantes pelos agentes de saúde das comunidades, garantia de atendimento à todas que procurarem os serviços de saúde, garantia ao atendimento das intercorrências obstétricas e neonatais, atenção à mulher no puerpério e ao recém-nascido (BRASIL, 2005).

Há um monitoramento da atenção pré-natal e puerperal para que disponibilizado pelo DATASUS, o SISPRENATAL - Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento que é utilizado nas unidades básicas de atendimento às puerperas que através deste sistema é possível ter uma avaliação da atenção de cada gestante cadastrada.

Através deste sistema, SISPRENATAL é possível fazer buscas, neste caso, nas unidades básicas através de visitas feitas pela equipe de enfermagem ou pelos agentes de saúde que são chamadas de visitas domiciliares (VD), com o sistema é possível monitorar os percentuais de gestantes que estão inscritas e que estão realizando as consultas de forma adequada ou as que realizaram no mínimo as seis consultas do pré-natal, ou se as gestantes estão em dia com suas imunizações, se realizaram os exames básicos da gestação, para poder haver o rastreamento e as buscas por estas gestantes.

É possível ainda através do SISPRENATAL obter proporções de recém-nascidos vivos com baixo peso em relação total aos recém-nascidos do município ou em relação aos prematuros, e obter coeficientes de doenças como a sífilis, tétano neonatal, de razões de mortalidade materna e comparações com o ano anterior de mortalidade neonatal. (BRASIL, 2005).

No programa do pré-natal, o governo federal estabelece que haja o acolhimento destas gestantes.

ADESÃO AO PRÉ-NATAL

Um estudo feito com o perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta pré-natal, por Spindola et al (2006) descreve que gestação de baixo risco, é quando se constitui de um fenômeno fisiológico normal, sem intercorrências, e de alto risco, quando já se tem alguma comorbidade, ou surgem durante este período, que para o autor são denominadas gestações fisiológicas sem intercorrências e gestações de risco. O autor apresenta que uma distribuição de mulheres que iniciaram o pré-natal pela idade gestacional, onde 22, começaram o acompanhamento entre 14 e 17 semanas, 19, entre 17 e 20 semanas e 10 gestantes iniciaram a primeira consulta acima de 26 semanas.

Com estes números podemos observar através destes estudos que ficaria inviável evitar algumas intercorrências principalmente no último dado que foi levantado, como possíveis doenças que podem ser tratadas desde o começo da gestação.

Sendo assim, com todo o programa do governo à disposição das puérperas para o acompanhamento pré-natal, observa-se diante das referências que há uma baixa adesão ao pré-natal adequadamente, e que são diversos fatores que levam para o tal problema.

Coimbra et al (2003), descreve que o atendimento pré-natal no estado do Maranhão apresentou baixa cobertura. O uso adequado e intensivo do pré-natal, no município de São Luís, está relacionado à alta escolaridade da mãe. Já outros fatores como: A alta paridade e vários fatores indicativos de desigualdade social apareceram como fator de risco de inadequação ao pré-natal, e informa também que a inadequação do uso da assistência pré-natal esteve associada a fatores de desigualdade social, onde grupos mais vulneráveis socialmente recebem uma atenção pré-natal ineficiente. A alta paridade também foi um fator de risco para a inadequação ao pré-natal, e gestantes múltiparas por sentirem-se mais seguras em relação à gravidez, com isso não dão importância ao pré-natal, já ao contrário das primíparas que podem buscar o acompanhamento pré-natal com maior frequência pela sua falta de experiência.

“O maior número de consultas pré-natal foi o fator neonatal protetor para o óbito neonatal, indicando a importância dos cuidados neste período no resultado da gravidez”. (PALUCCI;NASCIMENTO, 2007, p.362).

A citação acima nos mostra a importância da adequação ao pré-natal e que seis consultas realizadas durante o período da gravidez realmente como preconiza o Ministério da Saúde é o mínimo, para que se possa atuar junto às intercorrências e evitar muitas vezes o óbito neonatal.

No entanto Helena et al (2005) afirmam que o óbito neonatal ocorre com um conjunto de fatores biológicos que podem ser: baixo peso ao nascer (BPN), prematuridade, tipo de gravidez, apgar e alguns tipos de anomalias, e alguns fatores sociais que podem estar relacionados à: escolaridade, estado civil, idade e ocupação materna além do não acompanhamento do pré-natal adequadamente.

A questão racial é um fator que fica evidenciado por Leal et al (2005), onde o autor ressalta que as desigualdades raciais permeiam tanto no acesso a um pré-natal adequado e, no momento do parto. E que as puérperas de raça negra e de baixa escolaridade, sofrem mais agressões físicas durante a gravidez, fumam e tentam interromper mais a gravidez do que as mulheres de pele parda e branca. Também conseguiram identificar que as puérperas com grau de instrução baixo e de cor da pele negra, tiveram menor acesso durante o pré-natal da atenção adequada que é estabelecida aos padrões pelo Ministério da Saúde.

Segundo Ribeiro et al (2009), quanto à atenção à gestante a o recém nascido, há dificuldades que são relatadas em relação a todo o país no atendimento ao pré-natal como: a iniquidade ao acesso, desorganização, fragmentação do sistema, garantia no acesso e a

qualidade do atendimento

Segundo Kilsztajn et al (2005), descreve em seu estudo que o grupo de puérperas que com sete ou mais consultas pré-natais, as puérperas com idade menor que 20 anos, ou mais de 34 anos, não casadas, com grau de instrução de zero a sete anos de estudo, apresentou o menor índice de recém nascido com baixo peso e ou pré-termo um total de 1,7. Comparando com as puérperas com todas estas características acima, mas que tiveram de zero a três consultas pré-natais o índice de baixo peso ou pré termo que apresentaram foi um total de 3,4.

Observa-se que outros fatores como grau de instrução, renda familiar, múltiparas, estar ou não com um parceiro, ou o pai do neonato, idade, influenciam sobre a prematuridade e o baixo peso ao nascer, e também a não adesão corretamente do pré-natal.

Acima foi citada a importância do acompanhamento pré-natal por alguns autores e em relação à mortalidade do neonato, para Nagahama e Santiago (2005), a assistência pré-natal contribui para a redução da mortalidade materna, e informam que em seu estudo sobre o cuidado pré-natal, a inadequação ao cuidado foi atribuída ao início tardio da assistência pré-natal e não ao número de visitas, e os fatores que ajudaram para o início tardiamente do pré-natal foram na maioria relacionados ao serviço, que no caso foi a busca pela qualidade para o atendimento e a dificuldade para começar no início da gravidez o pré-natal.

Com a citação acima se observa um outro parâmetro, onde às vezes é encontrada dificuldades no ingresso a estas puérperas para a iniciação ao pré-natal.

Com relação ao baixo peso ao nascer e o pré-natal, Silveira e Santos, relatam que estudos avaliaram a consequência do pré-natal positivamente sobre o peso ao nascer do recém-nascido.

Desta forma percebe-se que há fatores característicos que permeiam a não adesão ao pré-natal.

Observa-se que as puérperas não aderem ao pré-natal adequadamente por alguns fatores característicos como os socioeconômicos, escolaridade, raça, idade, e o número de gestações.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E COMUNICAÇÃO AO PRÉ-NATAL

Conforme Nery e Tocantins (2006), para o enfermeiro realizar a consulta de pré-natal significa prevenir que ocorram agravos durante a gravidez, segundo os autores o enfermeiro focaliza o cuidado pré-natal, no fato da mulher estar grávida e não consideram vivências e experiências que envolvem a mulher, como a relação com o seu corpo, e a sexualidade, sua família e o que esteja envolvido durante este processo da gestação.

O enfermeiro da unidade básica como muitas vezes coordenador da equipe de saúde tem papel fundamental na educação em saúde e comunicação, pois a equipe de

saúde deve estar preparada para articular e receber esta gestante para o acolhimento juntamente às consultas de pré-natal, e estabelecer um vínculo com esta população da comunidade e muitas vezes horizontalmente com as famílias das puérperas

Nagahama e Santiago (2005) descrevem que é fundamental que os serviços utilizem-se de acesso mais viável para a inserção das puérperas mais cedo ao serviço de pré-natal, que haja uma garantia de promoção na qualidade dos mesmos.

Moura e Rodrigues (2003) ressaltam sobre a importância da comunicação e informação em saúde durante o pré-natal que também é um fator relevante para orientação das puérperas, a importância da promoção do autocuidado, fazer atividades que tirem dúvidas para melhor compreender o processo que é a gestação, grupos de gestantes onde enfermeiros atuam, atentando para os primeiros sinais do trabalho de parto, tirando dúvidas a respeito das mudanças no corpo durante a gravidez, sobre o recém-nascido, vacinas, troca de informações entre as puérperas.

As atividades em grupo, para Moura e Rodrigues (2003), informam que são importantes para acabar com aquela proposta tradicional biomédica, pois o foco é a educação e a promoção em saúde. Averiguaram que os enfermeiros do universo estudado parecem ter conhecimento da importância da prática de informação em saúde, principalmente no nível individual, e que as temáticas abordadas possam ajudar a gestante a se guiar de forma mais adequada no que se diz respeito às circunstâncias da gestação, parto e puerpério.

Com a citação acima observa-se que o autor salienta a importância do enfermeiro em educar a gestante, para que ela possa acabar com dúvidas e agir frente a questões relacionadas à gestação, parto e puerpério com conhecimento.

Segundo Coren, com a Lei do Exercício Profissional e o Decreto nº 94.406/87 o enfermeiro tem como uma de suas atribuições prestar assistência para a gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido, onde faz parte do Programa Integral de Saúde à Mulher.

E observa-se também que o enfermeiro deve estar preparado para poder ter esta comunicação com as gestantes, pois o enfermeiro tem como ação, proteger, prevenir, tratar e como é citado os autores abaixo promover e produzir educação e a comunicação em saúde.

Durante as consulta de pré-natal Moura e Rodrigues (2003) expõem que o enfermeiro deve estar bem, planejado e preparado com recursos áudio -visuais, como vídeos, folders, e que tenha uma linguagem bem clara e objetiva para o entendimento das puérperas, e que também possa haver a troca de experiências no grupo, entre as gestantes.

Estas atividades de comunicação e informação em saúde na assistência pré-natal devem ser priorizadas, integrando toda a equipe da unidade básica para gerar mudanças de comportamentos e impactar sobre a qualidade de vida das pessoas.

Lima e Moura (2005), descrevem que a ação da enfermeira na sua interação com as clientes no passar do acompanhamento pré-natal, e em particular da Consulta

de Enfermagem, também reflete e depende do perfil da instituição, e a qualidade da assistência prestada, para se analisar a satisfação da clientela. Algumas puérperas dizem que significado de satisfação depende da forma com que são valorizadas suas emoções, contudo podemos observar que o acolhimento da puérpera é muito importante principalmente quando que esta é recebida pela enfermeira fazendo com que esta puérpera se sinta e satisfeita com a consulta e o atendimento prestado .

Segundo Serruya et al (2004) requer antes de tudo o conjunto de procedimentos básicos a fim de prevenir agravos na gestação e garantir o direito de toda a mulher à maternidade segura.

Ao enfermeiro cabe junto a outras atividades orientar, essas mulheres sobre a importância que é o pré-natal. Para que estas puérperas possam entender o quanto é importante a assistência pré-natal. Com isso visar a garantia de uma gravidez sem complicações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante conhecer os motivos pelos quais as puérperas não realizam o pré-natal conforme o preconizado. Este estudo poderá contribuir para a elaboração de estratégias que buscam a maior adesão das gestantes a participarem deste programa evitando as consequências negativas que possam ocorrer devido a não adesão ao pré-natal.

Ao analisar os fatores em relação a este trabalho, também é possível ampliar o conhecimento da enfermagem sobre o tema, aprimorando o conhecimento da equipe e as formas de abordagem das gestantes.

Com relação aos fatores de conhecimento da enfermagem, poderá nortear ações de qualificação do vínculo entre a equipe e a puérpera, esclarecendo dúvidas em relação a gestação, mudanças em seu corpo, sobre aleitamento materno, sobre o recém - nascido, e aprimorar o conhecimento da enfermagem para esta demanda, criando e incentivando ações de promoção e educação em saúde durante o período da gestação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações programáticas estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**-manual técnico/Ministério da Saúde 2005. Disponível em : http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf. Acesso em 16 de junho de 2009.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: [Http:// www. portalcoren-rs.gov.br/web/resoluca/r189.htm](Http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/resoluca/r189.htm). Acesso em 23 de maio de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/sisprenatal.htm>. Acesso em 08 de junho de 2009.

COIMBRA et al: Fatores Associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev de Saúde Pública**. São Paulo, v. 37, n. 4, p. 456-462, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n4/16780.pdf>. Acesso em 10 de junho de 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. Ed. Atlas. São Paulo, 2007, 5ª edição, p. 44.

HELENA, Ernani Tiaraju de Santa; SOUZA Clóvis Arlindo; SILVA Cristiane Amorim. Fatores de risco para a mortalidade neonatal em Blumenau, Santa Catarina: Linkage entre bancos de dados. **Artigos Originais**, fev 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 22 de maio de 2009.

KILSZTAJN, Samuel et al. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Rev de Saúde Pública**. São Paulo v.37, n.3, 2003. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php>. Acesso em 10 de junho de 2009.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira; CUNHA, Cyntia Braga. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005. Disponível em: http://www.crh.saude.sp.gov.br/resources/profissional/ acesso_rapido/gtae/saude_pop_negra/assistencia_ao_parto.pdf. Acesso em 08 de junho de 2009.

_____; Desigualdades sociodemográficas e suas conseqüências sobre o peso do recém-nascido. **Rev de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 40, n.3, p. 466-473, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 28 de maio de 2009.

LIMA, Yara Macambira S.; MOURA, Maria Aparecida V. Consulta de Enfermagem pré-natal: a qualidade centrada na satisfação da cliente. **Rev de Pesq.: Cuidado é fundamental**. Rio de Janeiro, ano 9, n.1/2, p. 99-93, 2005. Disponível em: <http://www.unirio.br/repef/arquivos/2005/10.pdf>. Acesso em 14 de junho de 2009.

MOURA, Rejane Ferreira Escolástica; RODRIGUES, Maria Fernanda Pereira. Comunicação e Informação em Saúde no pré-natal. **Interfce**. Comuni, Saúde, Educ, v. 7, n.13, p. 109-118, ago 2003. Disponibilizado em <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 14 de junho de 2009.

NAGAHAMA, Elisabeth Eriko Ishida, SANTIAGO Silvia Maria. Cuidado ao pré-natal em um hospital universitário: uma avaliação de processo. **Artigo**, p.173-179, jul 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php> Acesso em 28 de maio de 2009.

NERY, Thais Araújo; TOCANTIS, Florence Romijo. O enfermeiro e a consulta pré-natal: o significado da ação de assistir a gestante. **Rev de Enfermagem.UERJ**. v. 14, n. 1, p. 87-92 2006. Disponível em: <http://bases.bireme.br>. Acesso em 25 de maio de 2009.

PAULUCCI, Ruth Sampaio; NASCIMENTO Luiz Fernando C.. Mortalidade neonatal em Taubaté: um estudo caso-controle. **Rev Paul Pediatría**. São Paulo, v. 25, n. 4, p. 354-363, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 15 de junho de 2009.

RIBEIRO, et al. Fatores de Risco para a Mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. **Rev Saúde Pública**; v. 43, n. 2, p.246-255, 2009. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 23 de maio de 2009.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia Di Giácomo; CECATTI, José Guilherme. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do pré Natal e Nascimento, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a07v04n3.pdf> . Acesso em 27 de maio de 2009.

SILVEIRA, Denise S.; SANTOS Iná S. Adequação do pré- natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. Revisão, p.1160-1168, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php>. Acesso em 15 de junho de 2009

SPINDOLA, Thelma; PENNA, Lucia Helena Garcia; PROGIANTI Janne Márcia. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta pré-natal de um hospital universitário. Relato de Pesquisa, **Rev Esc Enfer USP**, v. 40, n.3, p. 381-388, 2006. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a09.pdf>. Acesso em 15 de junho de 2009.

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/f06.pdf> DATASUS > ULTIMO ACESSO EM 26 DE SETEMBRO DE 2009.

SOBRE A ORGANIZADORA

SORAYA ARAUJO UCHOA CAVALCANTI - Doutorado (2015) e Mestrado (2001) em Serviço Social pela UFPE, Especialista em Serviço Social, Direitos Sociais e Competências Profissionais pela UNB. Atua na Saúde Pública há duas décadas no Sistema Único de Saúde – SUS, acompanhando Discentes e Residentes em Saúde. Coordena a Residência Multiprofissional na Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife, exercendo a docência em nível de Pós Graduação na modalidade de Residência nas disciplinas de Bioética, Promoção da Saúde, Segurança do Paciente no contexto da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, Política de Saúde e Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, dentre outras. Coordena o *Programa de Extensão Saberes e Práticas no SUS: Discutindo Promoção da Saúde*, na Universidade de Pernambuco, com atividades iniciadas em 2016, ainda no formato de projeto de extensão, enquanto devolutiva do processo de doutorado, orientando discentes e Residentes na área de saúde em atividades de extensão universitária incluindo orientação de monitoria voluntária em cursos e eventos de extensão; desenvolvendo atividades formativas – cursos, grupos de estudos, encontros, oficinas e outros – voltadas para a qualificação de recursos humanos e melhoria da qualidade dos serviços prestados à população usuária do SUS. Coordena o Ciclo de Estudos e Debates em Saúde Pública, atividade de extensão, que tem dentre os seus objetivos incentivar a produção acadêmica através de estudos, pesquisas e produção de textos com vistas à popularização da ciência e tecnologia. O *Programa de Extensão Saberes e Práticas no SUS: Discutindo Promoção da Saúde* atua nas seguintes áreas temáticas: Promoção da Saúde, Prevenção e Enfrentamento das Violências, HIV/AIDS no contexto do enfrentamento da Epidemia, Serviço Social e Políticas Sociais no Brasil; Saberes e Práticas nas Mídias.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Amputação 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65

Asma 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 289

Atenção primária à saúde 20, 27, 101, 131, 134, 150, 170, 175, 222, 250

B

Boas práticas de fabricação 197, 199, 212, 213

C

Câncer 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 136, 137, 138, 247, 289

Câncer de mama 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 129, 136, 138

Covid-19 9, 10, 11, 12, 13, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 68, 69, 70, 75, 133, 135, 141, 142, 143, 145, 148, 150, 151, 152, 244, 245, 246, 247, 248, 254, 255

D

Direito à saúde 3, 4, 5, 15, 155

Discentes 245, 246, 249, 330

Docentes 30, 35, 37, 41, 85, 96, 107, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 139, 141, 142, 143, 149, 174, 178, 182, 245, 249, 275, 278, 279, 322, 325, 327

E

Educação em saúde 33, 140, 142, 143, 145

Encefalopatia hipóxico isquêmica 256, 257, 258, 262, 263, 264

Enfermagem 42, 43, 51, 59, 68, 71, 75, 76, 77, 79, 83, 85, 86, 87, 99, 109, 111, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 128, 129, 161, 162, 163, 165, 170, 173, 176, 183, 215, 242, 244, 245, 249, 250, 253, 254, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 323, 325, 327, 328

Envelhecimento 78, 79, 83, 85, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151

Esquistossomose 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43

Estratégia de Saúde da Família 30, 40, 107, 164

F

Família 169, 170

I

Instituto Nacional de Câncer 79, 81, 90, 93, 109, 119, 128, 138

M

Medicamentos 33, 107, 124, 135, 136, 175, 178, 179, 180, 181, 182, 196, 197, 198, 199, 203, 204, 205, 206, 207, 209, 210, 211, 212, 213

Ministério da Saúde 4, 12, 26, 28, 29, 30, 31, 39, 40, 41, 56, 75, 83, 87, 89, 91, 95, 97, 102, 104, 105, 106, 109, 113, 115, 116, 117, 119, 128, 133, 135, 138, 147, 150, 153, 156, 157, 158, 159, 161, 169, 222, 225, 226, 228, 229, 253, 272, 279, 284, 288, 289, 316, 320, 321, 323, 324, 327

Monkeypox 10, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 222, 223

N

Neoplasias 77, 79, 90, 100, 112, 113, 117, 119, 248

O

Óbito materno 321

Organização Mundial da Saúde 2, 56, 106, 131, 142, 146, 147, 160, 169, 226, 246, 254

P

Pandemia 9, 10, 11, 12, 13, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 68, 69, 70, 71, 74, 141, 142, 143, 145, 148, 150, 151, 244, 245, 246, 247, 248, 252, 254

Políticas públicas 2, 3, 7, 9, 12, 13, 15, 17, 20, 21, 25, 26, 27, 45, 48, 51, 52, 53, 55, 57, 66, 79, 80, 82, 101, 112, 113, 119, 125, 142, 148, 151, 153, 154, 157, 160, 162, 251

População idosa 122, 141, 142, 143, 144, 146, 147, 148, 149

Pré-natal 72, 230, 232, 240, 241, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329

Próstata 77, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 122, 129, 136, 137, 138

Psicodrama 281, 282, 283, 284, 285, 293, 296, 297, 298, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 308, 311, 312, 313, 314, 315, 317, 318

Psicologia da Saúde 141, 144

Q

Qualidade de vida 7, 39, 46, 48, 50, 56, 78, 79, 80, 83, 84, 122, 125, 126, 127, 128, 130, 131, 132, 137, 138, 142, 145, 147, 148, 150, 164, 168, 187, 194, 252, 258, 279, 281, 284, 287, 315, 326

R

Relações humanas 46, 281, 283, 313

Revisão de literatura 13, 14, 17, 44, 79, 86, 92, 93, 154, 176, 219, 258, 262, 264, 281, 283,

284, 320

S

Saúde pública 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 19, 28, 39, 42, 43, 44, 45, 49, 55, 56, 75, 79, 81, 88, 99, 101, 106, 109, 112, 132, 137, 154, 156, 160, 175, 213, 216, 225, 230, 231, 232, 247, 253, 328, 330

Sepse 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 279

Serviços públicos 5, 15, 49

Sífilis 71, 72, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 321, 322, 323

Sistemas de atenção à saúde 131

Sistematização da assistência de enfermagem 267, 268, 269, 270, 279

Sistema Único de Saúde 2, 3, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 18, 49, 75, 102, 104, 105, 106, 113, 115, 116, 117, 118, 132, 138, 153, 154, 161, 162, 164, 224, 226, 230, 232, 247, 330

Sofrimento psíquico 148, 282, 292, 293, 294, 313, 315

T

Trabalho 2, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 17, 19, 23, 24, 26, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 39, 40, 41, 42, 44, 46, 48, 50, 54, 55, 56, 61, 68, 70, 73, 74, 75, 76, 79, 83, 87, 92, 96, 113, 121, 122, 133, 135, 141, 142, 143, 147, 149, 155, 159, 161, 162, 163, 165, 166, 168, 169, 176, 184, 187, 194, 220, 231, 235, 244, 245, 246, 248, 254, 267, 268, 270, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 326, 327

Transexuais 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160

Transtorno 51, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 160, 184, 185, 186, 187, 188, 191, 195, 281, 312

Transtornos associados ao uso de drogas 69

Transtornos do espectro do autismo 187

Travestis 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160

V

Varíola 3, 4, 10, 19, 216, 217, 218, 219, 221, 222

Vigilância epidemiológica 29, 30, 226

Saúde pública e saúde coletiva:

Núcleo de saberes e práticas 2



 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br


Ano 2022

Saúde pública e saúde coletiva:

Núcleo de saberes e práticas 2



 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br


Ano 2022