

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti  
(Organizadora)

# SAÚDE:

Impasses e desafios enfrentados  
no Brasil 3



Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti  
(Organizadora)

# SAÚDE:

## Impasses e desafios enfrentados no Brasil 3



|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <b>Editora chefe</b>                     |                                      |
| Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira |                                      |
| <b>Editora executiva</b>                 |                                      |
| Natalia Oliveira                         |                                      |
| <b>Assistente editorial</b>              |                                      |
| Flávia Roberta Barão                     |                                      |
| <b>Bibliotecária</b>                     |                                      |
| Janaina Ramos                            | 2023 by Atena Editora                |
| <b>Projeto gráfico</b>                   | Copyright © Atena Editora            |
| Bruno Oliveira                           | Copyright do texto © 2023 Os autores |
| Camila Alves de Cremo                    | Copyright da edição © 2023 Atena     |
| Luiza Alves Batista                      | Editora                              |
| <b>Imagens da capa</b>                   | Direitos para esta edição cedidos à  |
| iStock                                   | Atena Editora pelos autores.         |
| <b>Edição de arte</b>                    | Open access publication by Atena     |
| Luiza Alves Batista                      | Editora                              |



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 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  
Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina  
Prof. Dr. Cirênia de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

- Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes  
Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> 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<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eleusa Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> 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 Delta do Parnaíba – UFDPar  
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<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins  
Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federal 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<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

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

| <b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)</b>                         |  |
|--|--|
| S255   | Saúde: impasses e desafios enfrentados no Brasil 3 /<br>Organizadora Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.   |
|  | Formato: PDF<br>Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader<br>Modo de acesso: World Wide Web<br>Inclui bibliografia<br>ISBN 978-65-258-1055-3<br>DOI: <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.553232302">https://doi.org/10.22533/at.ed.553232302</a> |
| 1. Saúde. I. Cavalcanti, Soraya Araujo Uchoa<br>(Organizadora). II. Título.<br>CDD 613 |  |
| <b>Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166</b>                          |  |

**Atena Editora**

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

[www.atenaeditora.com.br](http://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.

A coletânea *Saúde: Impasses e desafios enfrentados no Brasil 3* é composta por 13 (treze) capítulos produtos de pesquisa, revisões narrativa, integrativa e sistemática, relato de experiências, dentre outros.

O primeiro capítulo apresenta as vivências de territorialização em saúde desenvolvida por profissionais Residentes de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS do Distrito Federal. O segundo capítulo, decorrente de revisão integrativa, discute o Transtorno Depressivo Maior, sua prevalência no Brasil e os fatores associados.

O terceiro capítulo apresenta os resultados da pesquisa acerca da *frequência de violência psicológica em adultos e sua associação com as características da vítima, do agressor e da ocorrência*. O quarto capítulo, por sua vez, apresenta os resultados da pesquisa a partir da *análise das diversas formas de sofrimento enfrentadas pelas mulheres negras no Brasil*.

O quinto capítulo apresenta as conclusões do estudo acerca da influência do gênero nas ocorrências envolvendo adolescentes pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU durante o ano de 1995. O sexto capítulo, discute as repercussões do consumo abusivo de substâncias psicoativas entre adolescentes.

O sétimo capítulo apresenta análise acerca da *implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), enquanto uma tecnologia leve para enfrentamento do Racismo Institucional na saúde*. O oitavo capítulo, por sua vez, discute os riscos de segurança do paciente em assistência domiciliar na modalidade *home care*.

O nono capítulo apresenta os resultados da pesquisa *acerca da temática das percepções sociais do processo de morte e morrer em pacientes oncológicos*. O décimo capítulo, apresenta os resultados de revisão sistemática acerca da *melhor estratégia terapêutica na dor aguda pós-colecistectomia videolaparoscópica, dentre as técnicas disponíveis*.

O décimo primeiro capítulo, discute os benefícios da implementação de nutrientes na dieta que podem auxiliar na *prevenção e tratamento de diversas doenças neurológicas, especialmente na doença de Alzheimer*. O décimo segundo capítulo, por sua vez, analisa os *riscos ergonômicos presentes na atividade de manicure e pedicure e as implicações na saúde destes profissionais*.

E finalmente o décimo terceiro capítulo, discute as diretrizes da gestão de riscos e Ergonomia, suas interfaces e caminhos possíveis nesse contexto.

|   |           |
|---|-----------|
| <b>CAPÍTULO 1 .....</b>   | <b>1</b>  |
| TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES EM SAÚDE MENTAL  |           |
| Maxsuel Oliveira de Souza   |           |
| Ana Heloísa de Souza Marques  |           |
| Stephany Cecília Rocha Damasceno  |           |
| Laura Sousa Oliveira Costa Bezerra  |           |
| Késia Elisamar Lima de Farias   |           |
| Cássia de Andrade Araújo  |           |
|  <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.5532323021">https://doi.org/10.22533/at.ed.5532323021</a>   |           |
| <b>CAPÍTULO 2 .....</b>   | <b>21</b> |
| TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR PREVALÊNCIA NO BRASIL E FATORES ASSOCIADOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA   |           |
| Ana Carla Gonçalves Lima  |           |
| Elane Cohen Vieira da Silva   |           |
| Danielle Silva da Silva   |           |
| Marcella Kelly Costa de Almeida   |           |
| Kemper Nunes dos Santos   |           |
|  <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.5532323022">https://doi.org/10.22533/at.ed.5532323022</a>   |           |
| <b>CAPÍTULO 3 .....</b>   | <b>32</b> |
| VIOLENCIA PSICOLÓGICA NA POPULAÇÃO ADULTA: UMA ANÁLISE DOS CASOS NO ESPÍRITO SANTO, BRASIL  |           |
| Karina Fardin Fiorotti  |           |
| Franciéle Marabotti Costa Leite   |           |
|  <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.5532323023">https://doi.org/10.22533/at.ed.5532323023</a>   |           |
| <b>CAPÍTULO 4 .....</b>   | <b>45</b> |
| OS IMPACTOS DO SOFRIMENTO NA SAÚDE MENTAL DA MULHER NEGRA   |           |
| Elisangela Maximiano  |           |
| Lucas Bitencourt  |           |
|  <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.5532323024">https://doi.org/10.22533/at.ed.5532323024</a> |           |
| <b>CAPÍTULO 5 .....</b>   | <b>59</b> |
| INFLUÊNCIA DO GÊNERO NAS OCORRÊNCIAS DE ADOLESCENTES ATENDIDOS PELO SAMU NO ANO DE 2015   |           |
| Gisele Nascimento Loureiro  |           |
| Isadora dos Reis Martins  |           |
| Caio Duarte Neto  |           |
| Luciana Carrupt Machado Sogame  |           |
|  <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.5532323025">https://doi.org/10.22533/at.ed.5532323025</a> |           |
| <b>CAPÍTULO 6 .....</b>   | <b>70</b> |
| REPERCUSSÕES DO USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA   |           |

**ADOLESCÊNCIA: UMA ABORDAGEM REFLEXIVA**

Aclênia Maria Nascimento Ribeiro  
Luciana Stanford Baldoino  
Anna Karolina Lages de Araújo  
Eliana Patrícia Pereira dos Santos  
Pâmela Caroline Guimarães Gonçalves  
Antonia Dyeylly Ramos Torres Rios  
Raul Ricardo Rios Torres  
Nayanne Oliveira Reis  
Melquesedec Pereira de Araújo  
João Araújo dos Martírios Moura Fé  
Talita Farias Brito Cardoso  
Francisco Eduardo Bezerra Mendes  
Julia Gomes de Araújo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5532323026>

**CAPÍTULO 7 ..... 77****A COR DO SUS: REFLEXÕES DE ASPECTOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN), ENQUANTO UMA TECNOLOGIA EM SAÚDE**

Damiana Bernardo de O. Neto  
Claudia Spinola Leal Costa  
Noêmia de Souza Lima  
Maria Mercedez de Oliviera Morán  
Antoni Alegre-Martínez  
María Isabel Martínez-Martínez

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5532323027>

**CAPÍTULO 8 ..... 95****RISCOS À SEGURANÇA DO PACIENTE DO SERVIÇO DE HOME CARE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Rafael Mondego Fontenele  
Pedro Werbens Garcia de Andrade  
Walkíria Jéssica Araújo Silveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5532323028>

**CAPÍTULO 9 ..... 106****A MORTE E O MORRER EM PACIENTES ONCOLÓGICOS: A PERCEPÇÃO DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Aline Aparecida da Silva Cunha  
Andressa Cintra Ferreira  
Heloise Paranaíba Almeida Drummond

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5532323029>

**CAPÍTULO 10..... 113****A MELHOR ESTRATÉGIA TERAPÉUTICA NA DOR AGUDA PÓS**

**COLESCISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: REVISÃO SISTEMÁTICA**

Leonardo Vaz Barros  
Nathalia de Oliveira Santana  
Mariana Alves Ribeiro  
Leonardo de Campos Castro  
Thales Ramos Pizzoli  
Jorge Soares Lyra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55323230210>

**CAPÍTULO 11 ..... 121****INFLUÊNCIA DA ALIMENTAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER**

Geovana Vicentini Fazolo da Silva  
Valéria Dornelles Gindri Sinhorin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55323230211>

**CAPÍTULO 12 ..... 137****ERGONOMIA APLICADA À ATIVIDADE DE MANICURE/PEDICURE: AVALIAÇÃO DE RISCOS PARA A SAÚDE**

Isadora Toledo Herrmann  
Jacinta Sidegum Renner

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55323230212>

**CAPÍTULO 13 ..... 152****GESTÃO DE RISCOS E ERGONOMIA: UMA INTERFACE COMPLEXA ENTRE NORMAS QUE TEM SOLUÇÃO**

Lailah Vasconcelos de Oliveira Vilela  
Gabriela Cristina Cardoso Silva  
Ronaldo Sola da Silva  
Gleiciane Cristina dos Santos  
Rosane Costa da Silva  
Luis Batista Faria  
Ricardo Braga Senra  
Gustavo Simão de Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55323230213>

**SOBRE A ORGANIZADORA ..... 160****ÍNDICE REMISSIVO ..... 161**

# CAPÍTULO 1

## TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES EM SAÚDE MENTAL

---

*Data de submissão: 30/11/2022*

*Data de aceite: 01/02/2023*

### **Maxsuel Oliveira de Souza**

Residente em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas  
Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ

Brasília - DF

<http://lattes.cnpq.br/1415990422609996>  
<https://orcid.org/0000-0002-8408-9254>

### **Ana Heloísa de Souza Marques**

Residente em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas  
Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ

Brasília - DF

<http://lattes.cnpq.br/6103107194572448>  
<https://orcid.org/0000-0002-7732-8069>

### **Stephany Cecília Rocha Damasceno**

Residente em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas  
Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ

Brasília - DF

<http://lattes.cnpq.br/2436554697051722>

### **Laura Sousa Oliveira Costa Bezerra**

Residente em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas  
Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ

Brasília - DF

<http://lattes.cnpq.br/0984637972964684>  
<https://orcid.org/0000-0002-3281-5656>

### **Késia Elisamar Lima de Farias**

Residente em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas  
Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ

Brasília - DF

<http://lattes.cnpq.br/1934284983583698>

### **Cássia de Andrade Araújo**

Docente da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas  
Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ

Brasília - DF

<https://orcid.org/0000-0002-0796-9477>  
<http://lattes.cnpq.br/7666664820672961>

**RESUMO:** O presente artigo trata-se de um relato de experiência, cujo objetivo foi relatar as vivências de territorialização em saúde de profissionais residentes alocados em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na Região Administrativa de Planaltina do Distrito Federal. As experiências ocorreram entre os meses de abril a julho de 2022 em órgãos públicos; órgãos autônomos e espaços comunitários. Foram visitadas sete instituições da rede intersetorial e cinco serviços comunitários. Identificou-se que as redes encontram-se fragilizadas, havendo rupturas no processo de comunicação e

pactuação com o CAPS e os demais dispositivos que compõem as redes socioassistencial e de saúde. Além deste, constatou-se uma sobrecarga de demandas e trabalhos; equipes reduzidas ao “quadro mínimo”, fator este que prejudica na dinâmica do serviço e na resolução de problemas; a falta de condições adequadas de trabalho; e a falta de insumos, recursos e materiais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Territorialização. Programa de Residência. Residência Multiprofissional. Saúde Mental.

## TERRITORIALIZATION IN HEALTH: AN EXPERIENCE REPORT OF RESIDENTS IN MENTAL HEALTH

**ABSTRACT:** This article is an experience report, whose objective was to report the experiences of territorialization in health of resident professionals allocated in a Psychosocial Care Center (CAPS) in the Administrative Region of Planaltina, Federal District. The experiences occurred between the months of April and July 2022 in public agencies; autonomous agencies and community spaces. Seven institutions of the intersectoral network and five community services were visited. It was identified that the networks are weakened, with breaks in the communication and pacting process with CAPS and the other devices that make up the social assistance and health networks. Besides this, it was found an overload of demands and work; teams reduced to the “minimum framework”, a factor that hinders the dynamics of the service and the resolution of problems; the lack of adequate working conditions; and the lack of inputs, resources, and materials.

**KEYWORDS:** Territorialization. Residency Program. Multiprofessional Residence. Mental health.

### 1 | INTRODUÇÃO

A “territorialização em saúde” tem sido uma das temáticas discutidas no âmbito das políticas públicas e da saúde pública no Brasil. Neste campo epistemológico, torna-se imprescindível a narração e o conhecimento acerca das noções de “território” e “territorialidade”. Entende-se que, estes termos passam a ser introduzidos e agregados na área de saúde com o propósito de se pensar sobre os processos de saúde x doença e de seus determinantes sociais e outros indicadores, uma vez que, o território é vivo e cíclico, e nele acontece a vida (COLUSSI; PEREIRA, 2016; GADELHA *et al.*, 2011).

De acordo com o dicionário *on-line* Aurélio Buarque de Holanda (2022, s/p) “território” é definido como: 1. “*Grande extensão de terra; área extensa de terra; torrão*”. 2. “*Área de um país, de um Estado, de uma cidade, município etc*”. 3. “*Área de um país sujeita a uma autoridade, a uma jurisdição qualquer; essa jurisdição: o território de uma região militar*” e o 4. “*Espaço terrestre, marítimo, aéreo, sobre o qual os órgãos políticos de um país exercem seus poderes*”.

Então, refletir sobre “território” é entender que existe todo um movimento histórico permeado de lutas, resistências, influências e dominação política acerca desta “ocupação de espaço”, ou seja, a terra; pois é nela que há as produções simbólicas e a percepção

de apropriação, pertença social e produção da vida material (COLUSSI; PEREIRA, 2016; GADELHA *et al.*, 2011; GONDIM; MONKEN, 2009).

Segundo Gondim e Monken (2009, s/p *apud* Robert Sack, 1986) a territorialidade é:

Uma estratégia dos indivíduos ou grupo social para influenciar ou controlar pessoas, recursos, fenômenos e relações, delimitando e efetivando o controle sobre uma área. A territorialidade resulta das relações políticas, econômicas e culturais, e assume diferentes configurações, criando heterogeneidades espacial, paisagística e cultural - é uma expressão geográfica do exercício do poder em uma determinada área e esta área é o território (SACK, 1986).

A territorialidade passa a assumir os mecanismos de controle sobre as populações e grupos, recebendo grandes influências do modelo de produção capitalista iniciado no século XIII, que visa ao máximo o lucro, a dominação e o controle sobre a propriedade privada. Posto isso, é indispensável pensar as noções de “território” e “territorialidade”, pois ambas recebem influências de uma e da outra (GONDIM; MONKEN, 2009).

Gondim e Monken (2009, s/p *apud* Teixeira *et al.*, 1998) trazem o conceito de “territorialização em saúde”, descrito como:

[...] metodologia capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes, desenhandas novas configurações loco-regional, baseando-se no reconhecimento e esquadriamento do território segundo a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde (TEIXEIRA *et al.*, 1998).

Assim, a territorialização em saúde passa a ser uma atividade de conhecimento e apropriação do território, dos serviços e dispositivos que produzem e influenciam na construção e produção de saúde. O presente artigo tem por objetivo *relatar as experiências e vivências de territorialização em saúde de profissionais residentes alocados em um Centro de Atenção Psicossocial - (CAPS) na Região Administrativa - (RA) de Planaltina do Distrito Federal - (DF)*. A territorialização se iniciou no CAPS, posteriormente passou para alguns serviços que compõem a rede socioassistencial, de saúde e comunitária. Neste processo, buscamos refletir acerca do funcionamento, implicações e conexões com o campo prático.

Cabe destacar que, as residências na área da saúde são instituídas pela *Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005*, que define:

A residência é definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e abrangendo as profissões da área da saúde [...]. Tais programas abrangem: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, conforme Resolução CNS nº 287/1998 (BRASIL, 1998).

Nesta modalidade, caracterizada como ensino-serviço, são aplicadas 60 horas semanais, com estimativa de 10 horas diárias, aos 6 dias da semana, contendo atividades práticas, teóricas e teórico-práticas nas quais firmam um vínculo de dedicação exclusiva (SILVA, 2018). Portanto, atuar como profissional residente no âmbito da saúde mental é

compreender que esta depende de vários fatores, sendo eles: aspectos orgânicos, sociais, psicológicos, econômicos e políticos.

## 2 | MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência de residentes do Programa de *Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas* (PRMSMAD) da Escola de Governo Fiocruz, vinculada à Fundação Oswaldo Cruz – (FIOCRUZ) Brasília.

Tessmer e Porto (2021, s/p) relatam que:

Os relatos de experiência trazem uma descrição de determinado fato, na maior parte das vezes, não provém de pesquisas, pois é apresentada a experiência individual ou de um determinado grupo/profissionais sobre uma determinada situação. Contudo eles, também, podem prover de pesquisas originais. Por exemplo, ao relatarem a experiência de um grupo de pesquisadores com determinada metodologia de pesquisa ou ao aplicar determinada intervenção (TESSMER; PORTO, 2021).

Este estudo é fruto de um trabalho de campo do componente teórico “*História, Contexto e Desafios do Sistema Único de Saúde e da Saúde Mental*” pertencente à matriz curricular do primeiro ano de formação da residência. A atividade proposta nesta matéria foi uma “territorialização em saúde”, que se iniciou com a investigação do cenário prático do CAPS, avançando para as redes orgânicas que tecem o território, identificando as suas conexões entre a teoria e a prática neste percurso.

As experiências ocorreram entre os meses de abril a julho de 2022 em órgãos públicos; órgãos autônomos, sem subordinação ou hierarquia, não jurisdicional e espaços comunitários localizados na RA de Planaltina do DF. As visitas de campo ocorreram por meio de pactuações, ofícios e demandas espontâneas.

Como instrumento metodológico utilizamos um questionário de livre estruturação que contém sete perguntas disparadoras, segue abaixo no quadro 1.

| Perguntas da Territorialização em Saúde                              |
|--|
| 1. Como funciona o/a serviço/instituição?                            |
| 2. Como funciona o atendimento aos sujeitos e a comunidade?          |
| 3. Serviços ofertados (ativos na rede)?                              |
| 4. Público-alvo + perfil sociodemográfico?                           |
| 5. Conexões com a rede socioassistencial, saúde e outras?            |
| 6. Pontos positivos?   |
| 7. Pontos de melhoria encontrados pelos (profissionais e população)? |

Quadro 1: Perguntas norteadoras da territorialização em saúde

Fonte: Autores, 2022.

Participaram das entrevistas profissionais, usuários e gestores das seguintes instituições/órgãos da RA Planaltina: Centro de Referência Especializado de Assistência Social - (CREAS), Centro de Referência de Assistência Social - (CRAS), Centro de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - (CECON), Conselho Tutelar I e II, Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde - (CERPIS) e o Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica - (CEPAV).

Por fim, cabe destacar que, as visitas e entrevistas ocorreram apenas em um único encontro da equipe de residência, sendo neste os dados relatados pelas partes entrevistadas, transcritos e disponibilizados aos residentes.

### **3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Para melhor compreensão sobre as temáticas abordadas dividimos as discussões a seguir em capítulos.

#### **3.1 Conhecendo a região administrativa de Planaltina do DF**

De acordo com a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - (PDAD) 2021, a Região Administrativa – RA VI – Planaltina (DISTRITO FEDERAL, 1964) concentra 186.498 habitantes. Possui uma área de 153.140,07 hectares sendo a RA de maior área do DF e também a mais antiga, fundada em 1859 (CODEPLAN, 2021). A pesquisa ainda aponta que 51,7% da população urbana é do sexo feminino, a idade média é de 32,1 anos, 52% da população se caracteriza como parda e a renda domiciliar estimada é de R\$ 3.114,20, que resulta em um valor médio por pessoa de R\$ 1.308,60 (CODEPLAN, 2021).

Segue abaixo a imagem da Região Administrativa de Planaltina DF.

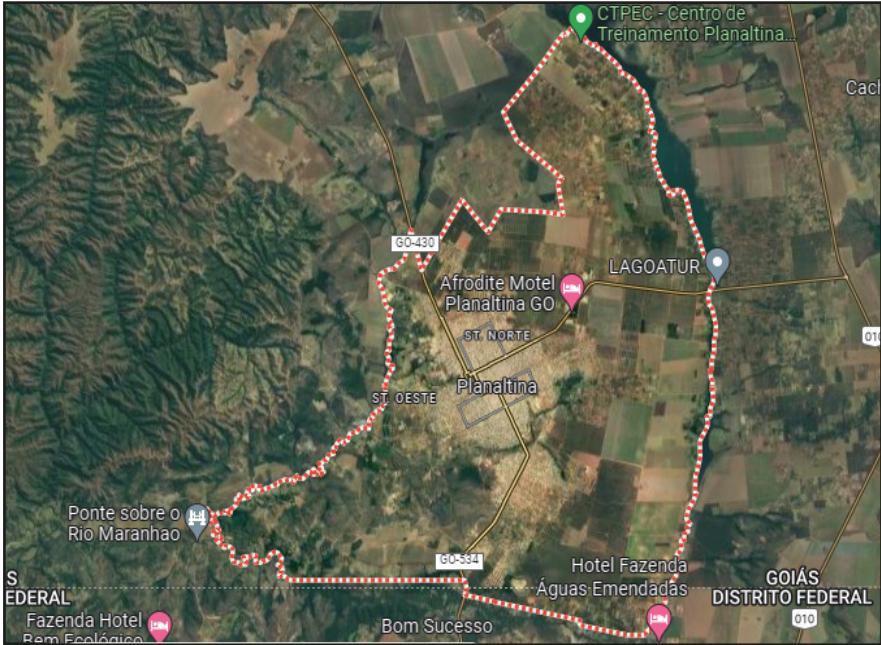


Imagen 1: Região Administrativa de Planaltina do DF

Fonte: Google Maps, 2022.

### 3.2 O campo prático da residência

#### 3.2.1 *O dia-a-dia dos residentes em um CAPS*

O Centro de Atenção Psicossocial trata-se de um serviço especializado pertencente à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de caráter aberto e comunitário, destinado ao atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e/ou por uso de álcool e/ou outras drogas. É constituído por equipes multidisciplinares, em que realizam acolhimentos, atendimentos individuais e em grupo, consultas médicas e/ou psiquiátricas, atividades em grupos terapêuticos e/ou oficinas que visam a socialização, a interação social e a participação comunitária (LEAL; ANTONI, 2013).

Tem como base o tratamento humanizado, a reabilitação psicossocial e o cuidado em liberdade, proposta esta que contrapõe-se ao modelo de atenção manicomial e/ou asilar (LEAL; ANTONI, 2013). Este dispositivo articula-se com a rede de saúde, em função de que as suas bases legislativas devem estar alinhadas e pautadas nos princípios e diretrizes norteadoras do Sistema Único de Saúde, com o foco no cuidado do usuário, garantindo-lhe acesso gratuito, integral e com a presença da equidade.

O CAPS tipo II de Planaltina do Distrito Federal é composto por uma equipe de 12 profissionais incluindo: gerente, supervisora, uma médica psiquiatra, três enfermeiras, uma

terapeuta ocupacional, quatro técnicos de enfermagem, um psicólogo e uma assistente social. O atendimento ao público inicia-se às 7h e se encerra às 18h, sendo considerado o horário de almoço das 12h às 13h horas.

As atividades desenvolvidas pelos profissionais são preestabelecidas por uma escala semanal, em que cada profissional é destinado a uma tarefa específica, sendo elas: recepção, acolhimentos, grupos terapêuticos, atendimentos individuais (consulta de enfermagem, psicoterapia breve e avaliação social), avaliação psicossocial, visitas domiciliares, acompanhamentos e matriciamento. Durante a semana, na quarta-feira pela manhã acontece a reunião de equipe, cujo foco é discutir os casos e propor novos manejos e formas de acompanhamento e tratamento.

Ainda, no decorrer da semana acontecem os Grupos terapêuticos, atividades estas, que possuem o objetivo de promover a interação social, a convivência, o relaxamento, a psicoeducação e entre outros benefícios, tendo como duração de prática de 1 a 1h30min. Estes grupos são classificados em “grupos abertos à comunidade” e “grupos fechados - apenas com a participação dos usuários acompanhados pelo CAPS”; os abertos acontecem no espaço cedido pela Paróquia Santa Rita de Cássia, e em locais compartilhados com outros serviços, como o CERPIS.

As atividades grupais oferecidas abrangem grupo de caminhada, grupo de mandala, grupo de horto medicinal, grupo de música, laya yoga, grupo de jogos, terapia comunitária integrativa, meditação, cine fala, grupo de contos, dança circular, grupo de habilidades sociais e grupo de bordado.

A atuação dos residentes neste campo possibilitou uma maior resolutividade, acompanhamento, tratamento e reabilitação psicossocial para os usuários. Quanto às atividades diárias, os residentes realizaram todas as funções previstas na agenda do serviço (grupos terapêuticos, atendimentos individuais, atendimentos em crise, matriciamento, visitas domiciliares, avaliação psicossocial e entre outras) incluindo a participação ativa na reunião de equipe e na tomada de decisões em diversos casos.

Enquanto técnicos de referência, cuja definição significa “[...] aquele que tem como responsabilidade o monitoramento do usuário, o projeto terapêutico individual, o contato com a família e a avaliação das metas traçadas no projeto” (SILVA; COSTA, 2010). Nessa perspectiva, cada residente tornou-se responsável pelo cuidado de determinados usuários a serem acompanhados junto ao serviço, sendo responsável por ligar, agendar os atendimentos e acompanhar o processo de evolução do tratamento. A territorialização evidenciou fragilidades na comunicação entre a rede e a interação com os diversos serviços da rede de saúde e intersetorial, além do processo de formação continuada.

A intersetorialidade entre as políticas públicas representam um cuidado integral à sociedade, um trabalho mais assertivo, e uma espécie de parceria significativa para toda a rede social, repercutindo sobremaneira na qualidade das intervenções.

Quantos às potencialidades e benefícios do trabalho intersetorial, na medida em que os contatos se estabelecem, são tecidas redes de suporte não somente para os usuários dos serviços, mas também para os profissionais. As ferramentas que possibilitam a ampliação da comunicação e a troca de saberes, pensamentos e experiências produzem uma sensação de parceria e de contato que alivia a sobrecarga de trabalho e sustenta a duração das intervenções (TAÑO; MATSUKURA, 2019).

A incidência do significado do cuidado intersetorial, das articulações de rede, dessas relações de parceria, foi amplamente pautada pelos residentes no cotidiano do CAPS, junto à equipe. A atividade da territorialização mostrou-se como uma aliada neste processo. Divulgamos os resultados de todas as visitas e conexões nas reuniões de equipe, socializando acessos e informações e promovendo uma “cultura da territorialização”.

### *3.2.2 A Comunidade sob a perspectiva observada e vivenciada por residentes e usuários(as) do CAPS*

Um dos guias mais básicos de como conhecer um território é treinar o olhar para verdadeiramente enxergar as pessoas que vivem nele. A experiência da residência neste cenário permitiu ocupar o território e buscar suas possibilidades e adentrar em espaços comunitários e culturais. Fazemos isso nas brechas, nas frestas, no que dá para fazer. Acreditamos que o maior passaporte para adentrar esses lugares é através das narrativas trazidas pela comunidade até o serviço.

Cotidianamente, ouvimos as histórias sobre o Vale do Amanhecer, o contexto simbólico e cultural que permeia aquela comunidade. Em visitas domiciliares ao bairro, avistamos mais de perto o sagrado daquele povo, materializamos e damos forma para os discursos. Isto importa, pois, desconsiderar o aspecto sócio-cultural dos sujeitos é fugir dos parâmetros do cuidado integral. A realidade vivenciada e as cosmovisões dizem muito a respeito das condições de saúde, da produção de cuidado e risco.

Outros exemplos são “A Feira”, quase que um patrimônio histórico e cenário de muitas escutas qualificadas, além do Roriz, Arapoangas, Marajós, Estância, e tantos outros lugares. São também nesses lugares que aparecem as desigualdades socioterritoriais, as relações de poder, as diferentes micropolíticas estabelecidas. Saber, informalmente, que uma família rica detém o poder neste território há muitas gerações pode ser uma informação relevante aos profissionais de saúde, pois implica no modo em que as pessoas acessam bens e serviços, em uma dinâmica clientelista que produz iniquidades em saúde, que causa adoecimento. O *modus operandi* da população também vai informar as estratégias de sobrevivência, os lugares mais acolhedores e menos hostis, mais diversos.

As quermesses, os restaurantes, as cachoeiras, a festa do Divino, as quadrilhas e as barraquinhas de festa junina, o forró dos “véi”, todos foram eventos apresentados para nós como a vida social dos pacientes e trabalhadores. Outro ponto significativo é a intervenção dos trabalhadores, muitos residem em Planaltina e mediam informações importantes sobre

localizações espaciais e jeitos de funcionar das instituições.

Popularmente, somos conhecidos na comunidade como o Hospital. Por fazer parte concretamente e espacialmente do complexo hospitalar, os serviços ali alocados foram ficando com cara de hospital, inclusive as práticas integrativas em saúde - que para a comunidade são oferecidas no “hospital”. Isso revela não só a cultura comunitária, mas também aponta para a incidência da clínica na dinâmica destes serviços. É curioso que em um serviço demarcado pela lógica ambulatorial e medicamentosa, como este CAPS, o nome social entre a comunidade seja hospital.

Conforme os dados da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN) (2021), um maior contingente populacional se autodeclara pardo, portanto, população negra (assim como nos descreve a categoria desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE). Também denota-se a ênfase às práticas de agricultura trazidas pelas pessoas atendidas no serviço, a linguagem simples e as muitas heranças nordestinas do território, reflexo de uma migração iniciada nos anos 60 e desde então segregacionista. Tudo isso exige do profissional de saúde alocado neste contexto, um olhar especial para combate ao descuido, preconceitos e racismo institucional, visando uma efetiva saúde pública, laica e de qualidade.

Identifica-se a lacuna e a necessidade de um diálogo mais profundo com as potencialidades culturais de Planaltina. Entender as particularidades e construir políticas públicas com esta consideração, para que as ações oferecidas pelos serviços correspondam às demandas do povo, e que façam sentido para a sua existência e para o seu jeito de enxergar o mundo. “Nada de nós sem nós!”.

### **3.3 Territorialização: Uma vivência extramuros CAPS**

#### *3.3.1 Entrevistas aos profissionais e gestores da rede socioassistencial e saúde*

Foram realizadas sete visitas em órgãos e serviços da rede socioassistencial e de saúde, neste entrevistamos profissionais e gestores.

No quadro 2, abordamos de forma detalhada os relatos acerca das práticas nos campo entrevistados, após distribuímos e enquadrados os dados nas seguintes categorias: *instituições / órgãos / serviços; processo de trabalho, público-alvo, serviços oferecidos à população; principais demandas; pontos positivos e pontos de melhoria encontrados; e conexões com os dispositivos da rede e CAPS.*

| Serviços entrevistados por residentes em Saúde Mental |   |  |  |   |   |
|---|---|--|--|---|---|
| Nº  | Instituições / órgãos / serviços  | Processo de trabalho, público-alvo, serviços ofertados à população   | Principais demandas  | Potencialidades e pontos de melhoria  | Conexões com os dispositivos da rede e CAPS   |
| 1   | <i>Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS</i> | <p>O CREAS trata-se de um serviço de referência aos sujeitos que encontram-se em situações de vulnerabilidade, negligéncia, vínculos rompidos, em contexto de violência e violações de direitos.</p> <p>O atendimento funciona na modalidade “porta aberta”, de segunda a sexta-feira, no período matutino e vespertino, não havendo uma limitação para a quantidade de acolhimentos.</p> <p>Tem como público-alvo: crianças, adolescentes, adultos e idosos.</p> <p>O CREAS oferece à comunidade ações preventivas por meio de campanhas de conscientização, a exemplo do “18 DE MAIO - Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes” e do “12 DE JUNHO – Dia Nacional e Mundial de Combate ao Trabalho Infantil” utilizando cartazes, divulgação de conteúdos nas redes sociais, palestras, rádio e marchas no território. No quadro de funcionários, existem especialistas que possuem a função de realizar atendimentos e oficinas temáticas com os usuários, despertando a sociabilidade, a cultura, a pintura, a expressão de suas vivências e passeios. Também, no eixo de atividades vislumbram-se os grupos, entre eles: Grupo de Yoga oferecido para mulheres por especialistas capacitados na temática. Ainda, como estratégia de atenção, os sujeitos podem ser inseridos na Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - (PAEFI), cujo objetivo é empoderar o indivíduo para que ele possa sair da situação de violação de direitos, reconstruindo e fortalecendo seus vínculos afetivos e comunitários (Informações disponibilizadas pelo serviço).</p> | Negligéncia contra idoso, estupro de vulnerável e pessoas em situações de rua. | <p>Entre os pontos positivos elencados encontram-se a restauração e a garantia de direitos, resolução de casos, reinserção dos sujeitos na sociedade, comunicação e flexibilização entre os serviços da rede, como: o CAPS II, CAPS AD e as Unidades Básicas de Saúde. E os pontos de melhoria são a falta de profissionais para a alta demanda, a falta de recursos para efetuar algumas atividades e ações específicas, como por exemplo: o carro para transportar os usuários a outros serviços uma vez que estes não possuem recursos financeiros para tal ou estão em situação de rua.</p> | <p>O CREAS se articula com a rede no âmbito da saúde, assistência, segurança, justiça entre outros, com o objetivo de remover o dano e promover uma maior resolutividade do problema apresentado.</p> <p>Em relação à saúde mental, o CREAS tem se mostrado como um promotor de cuidado, acolhendo e identificando os casos de sofrimento psíquico e os referenciando ao CAPS II de Planaltina DF.</p> <p>Em paralelo o CAPS ao observar as situações de vulnerabilidades encaminha os usuários para o atendimento socioassistencial.</p> <p>O CREAS e o CAPS possuem um vínculo <i>regular</i> de comunicação, pactuação e discussão de casos na rede.</p> |

|   |   |  |   |  |   |
|---|---|--|---|--|---|
| 2 | <p><i>Centro de Referência de Assistência Social - CRAS</i></p> | <p>O CRAS trata-se de um serviço de atendimento aos sujeitos em estado de vulnerabilidade social, cuja finalidade é oferecer serviços de Assistência Social. Tem como foco o fortalecimento, a convivência com a família e com a comunidade garantindo a proteção básica.</p> <p>O atendimento funciona nas modalidades demanda espontânea e/ou demanda documental, de segunda a sexta-feira no período matutino e vespertino, no momento havendo uma limitação para a quantidade de atendimentos, sendo 40 vagas por dia.</p> <p>Tem como público-alvo: crianças, adolescentes, adultos e idosos.</p> <p>O CRAS oferece à comunidade atendimentos socioassistenciais nos quais identificam as principais demandas sociais dos indivíduos. Ao identificá-las os sujeitos podem ser incluídos em programas e benefícios da rede socioassistencial sendo eles, de transferência de renda: o Auxílio Brasil (400 reais, com possibilidades de aumento para 600 reais), Prato cheio (250 reais), Cartão gás e DF social. E os auxílios: vulnerabilidade, calamidade (ainda inativo), excepcional, morte e maternidade/natalidade. Cada agente social (treze agentes) têm a função de realizar os atendimentos e a atualização do Cadastro Único, e a depender das necessidades específicas encaminha aos especialistas, compõe o quadro três assistentes sociais e uma pedagoga.</p> <p>(Informações disponibilizadas pelo serviço).</p> | <p>Alta procura pelos programas Prato Cheio e Auxílio Brasil.</p> | <p>Entre os pontos positivos elencados encontram-se a demanda populacional atendida. E os desafios a serem superados incluem a falta de profissionais para a alta demanda e a falta de recursos para efetuar algumas atividades e ações específicas.</p> | <p>O CRAS se articula diretamente com o CREAS e o Conselho Tutelar, sendo estes órgãos promotores no cuidado e assistência aos usuários/comunidade. Realizam encontros mensais com a rede intersetorial (CAPS, UBS entre outros) para a discussão de casos, fortalecimento da rede e desenvolvimento de formas de cuidado. Quanto aos atendimentos aos usuários com demandas voltadas à saúde mental, o CRAS tem buscado identificar e desenvolver estratégias para o atendimento deste.</p> <p>O CRAS e o CAPS possuem um vínculo <i>regular</i> de comunicação, pactuação e discussão de casos na rede.</p> |
|---|---|--|---|--|---|

|  |   |  |   |  |  |
|--|---|--|---|--|--|
|  | <i>Centro de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - CECON</i> | <p>O CECON trata-se de um serviço interconectado com o CRAS que oferta práticas voltadas à sociabilidade, à interação social, o desenvolvimento e o fortalecimento de vínculos (familiares) por meio de atividades, oficinas e grupos.</p> <p>O atendimento funciona de segunda a sexta-feira no período matutino e vespertino, por meio de oferta de vagas para as atividades e acompanhamentos.</p> <p>Tem como público-alvo: crianças/ adolescentes de 6 a 14 anos, adolescentes de 15 a 17 anos e idosos a partir dos 60 anos encaminhados pelo CRAS e CREAS.</p> <p>Para ser atendido no CECON o sujeito necessita se enquadrar nos critérios de elegibilidade, sendo eles: Evasão escolar, vulnerabilidade social, egresso do socioeducativo, idosos em isolamento e/ou negligência entre outros (Regulamentadas pela Norma Técnica) - Encaminhados pelo CRAS e CREAS. Esses usuários são cadastrados no sistema e ficam no aguardo da lista de espera. Atualmente, o serviço acompanha cento e cinquenta indivíduos. Entre as atividades oferecidas estão os grupos de bordado, teatro e trabalho artesanal. (Informações disponibilizadas pelo serviço).</p> | Alta procura dos grupos sociais pelos idosos. | Entre os pontos positivos estão a boa aderência dos sujeitos nos grupos, a capacidade de resolução de conflitos e o fortalecimento dos vínculos dos usuários com a família, comunidade e etc. E os pontos limitantes são a influência de interesses políticos entre as parcerias pactuadas, poucos profissionais atuantes e a alta fila de espera. | O CECON se articula com o CRAS e o CREAS. O CECON e o CAPS possuem um vínculo <i>baixo</i> de comunicação, pactuação e discussão de casos na rede. |
|--|---|--|---|--|--|

|          |                                |  |   |  |  |
|----------|--------------------------------|--|---|--|--|
| 4 e<br>5 | <b>Conselho Tutelar I e II</b> | <p>O Conselho Tutelar trata-se de um órgão autônomo, sem subordinação e/ou hierarquia, não jurisdicional. Atua na proteção integral e na defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes.</p> <p>O atendimento funciona nas modalidades demanda espontânea, documental e atendimento por meio de contato telefônico (disque 100) e denúncia anônima, de segunda a domingo, no período de 24 horas, não havendo uma limitação para a quantidade de atendimentos.</p> <p>Tem como público-alvo: crianças e adolescentes.</p> <p>O Conselho Tutelar requisita serviços e atendimentos para as crianças e adolescentes na esfera da saúde, assistência social, educação, justiça e segurança. Possuindo um contato intersetorial com diversas entidades públicas para melhorar, assistir e garantir os direitos aos sujeitos. (Informações disponibilizadas pelo serviço).</p> | <p>Alta procura por vagas em creches, encaminhamentos escolares devido à falta dos alunos na escola, casos de violência e conflitos familiares.</p> | <p>Entre os pontos positivos estão a acessibilidade ao serviço, o atendimento de forma integral/universal, a legislação distrital favorável que dá prioridade a assistência social do Conselho Tutelar e o Sistema Eletrônico de Informações - (SEI), que desburocratiza e facilita a comunicação e encaminhamentos entre os serviços. E os pontos de melhoria são a falta de estrutura física mínima para o atendimento à comunidade, a falta de insumos, a falta de privacidade nos atendimentos devido a estrutura da instituição, deficiência na formação técnica continuada de conselheiros e servidores públicos, a comunicação da rede intersetorial fragilizada, a negligência por parte de profissionais e órgãos públicos na resolução de casos, a falta de melhoria nas políticas públicas, a falta de planejamento de ações estratégicas para o cuidado de crianças e adolescente e a não utilização do SEI.</p> | <p>O Conselho Tutelar se articula com a rede intersetorial. Nas demandas de saúde, a/o criança/adolescente são encaminhados para a Atenção Primária à Saúde, cuja rede encaminha as crianças e adolescentes para serviços de atenção secundária, em casos de necessidade. Sendo estes, o Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica – (COMPP) que acolhe crianças de 0 a 10 anos e ao Adolescento que recebem crianças e adolescentes de 10 a 17 anos e 7 meses, em ambos são oferecidos serviços de neurologia, psicologia, fonoaudiologia e toda a questão psicopedagógica.</p> <p>Os Conselhos Tutelares e o CAPS possuem um vínculo baixo de comunicação, pactuação e discussão de casos na rede.</p> |
|----------|--------------------------------|--|---|--|--|

|   |   |  |   |   |   |
|---|---|--|---|---|---|
| 6 | <p><i>Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde - CERPIS</i></p> | <p>O CERPIS trata-se de um serviço que oferta Práticas Integrativas em Saúde - (PIS) à comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde.</p> <p>O atendimento funciona nas modalidades demanda espontânea e/ou encaminhamentos, de segunda a sexta-feira no período matutino e vespertino, no momento sem limitação para a quantidade de atendimentos.</p> <p>Tem como público-alvo: Jovens, adultos e idosos.</p> <p>No CERPIS são ofertadas atividades em grupos para a comunidade em geral, sendo elas: as oficinas de fitoterapia e plantas medicinais; as Práticas da Medicina Chinesa; Laya Yoga; Técnica de Redução de Estresse; Hatha Yoga; Bordado; Trabalhos Manuais e Mutirão de Cuidados com o Horto Medicinal. Ainda conta com três consultórios, que oferecem acupuntura, terapia floral e auriculoterapia. Também, conta com o Núcleo de Farmácia Viva - (NUFAR) cujo objetivo é produzir e desenvolver medicamentos fitoterápicos, como: o Gel de Maria Milagrosa (ou conhecida por Erva Baleeira), Tintura de Boldo e Xarope de Guaco. A produção dos fitoterápicos ocorrem mediante as etapas, sendo elas: o cultivo, a colheita, a seleção, a secagem e a tintura das plantas/ervas, em seguida, a amostra é processada em laboratório e como resultado o produto final é distribuído em farmácias do SUS.</p> <p>A comunidade ao adentrar o CERPIS, é submetida a um acolhimento individual, cujo objetivo é identificar as suas principais necessidades, queixas e demandas; após, o profissional responsável insere o sujeito em um dos grupos e/ou encaminha-o para o consultório de Práticas Integrativas em Saúde em que será acompanhado por um profissional específico; subsequente ao finalizar o processo de tratamento, recebe alta abrindo novas vagas para outros usuários da rede.<br/>(Informações disponibilizadas pelo serviço).</p> | <p>Alta procura de tratamento para as dores crônicas, problemas psicosomáticos e emocionais, como depressão e ansiedades.</p> | <p>Entre os pontos positivos estão a adesão e comprometimento dos usuários no tratamento e na melhora dos quadros sintomatológicos. E os desafios são a falta de estrutura e os recursos humanos limitados.</p> | <p>O CERPIS realiza parcerias com outras unidades de saúde do DF e da rede educacional, realizando trabalhos em escolas de ensino fundamental e técnicas.</p> <p>O CERPIS e o CAPS possuem um vínculo regular de comunicação, pactuação e discussão de casos na rede.</p> |
|---|---|--|---|---|---|

|   |  |   |   |  |  |
|---|--|---|---|--|--|
| 7 | <p><i>Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica - CEPAV</i></p> | <p>O CEPAV trata-se de um serviço que oferece atendimento multiprofissional às crianças, adolescentes, adultos e idosos em situação de violência sexual, familiar e doméstica.</p> <p>O atendimento funciona nas modalidades demanda espontânea e/ou encaminhamentos (presencial e/ou online - via SEI), destes, são destinadas 4 vagas em cada turno, duas em formato de agendamento e duas por demanda espontânea; de segunda a sexta-feira no período matutino e vespertino.</p> <p>Público-alvo: Sujeitos em situação de violência, de todas as faixas etárias e sem distinção de sexo, etnia e raça.</p> <p>No CEPAV são realizados acolhimentos e atendimentos por meio de um profissional qualificado e especialista no manejo e cuidado para com as pessoas em situações de violência. Como ferramentas utiliza-se a escuta qualificada com técnicas para evitar a revitimização do indivíduo buscando investigar o histórico de vida, os processos de adoecimento psicológico e as vulnerabilidades e violências, como forma de fornecer um acompanhamento e tratamento multiprofissional em saúde. No decorrer dos atendimentos, há o preenchimento da "Ficha de Notificação - Investigação Individual para Violência Doméstica, Sexual e/ ou outras Violências Interpessoais" do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - (SINAN) caso não tenha sido preenchida em outros serviços de saúde os quais realizaram o encaminhamento.</p> <p>No CEPAV o sujeito é atendido regularmente, com profissionais da psicologia, da enfermagem e do serviço social, nos quais realizam grupos temáticos e encontros pontuais, visando acompanhar os casos e articular o cuidado com a rede.</p> <p>(Informações disponibilizadas pelo serviço).</p> | <p>Alta incidência de mulheres e crianças em situação de vulnerabilidade e violência.</p> | <p>Entre os pontos positivos estão a maior adesão e a regularidade de mulheres e crianças nos acompanhamentos e atendimentos, a participação familiar ou do responsável legal no processo de manejo e cuidado para com as crianças/ adolescentes, a maior acessibilidade e resolutividade de casos por meio do acesso ao SEI. E os pontos de melhoria são a evasão de idosos e sujeitos do sexo masculino do acompanhamento, a labilidade emocional (conflitos internos que aparecem em alguns casos), a falta de estrutura e os recursos humanos limitados.</p> | <p>Quanto às redes intersetoriais, a depender da violência e tempo, o CEPAV comunica-se com o Hospital e/ou a policlínica para a realização de consultas médicas, exames e profilaxia, bem como o exame de corpo de delito. Quando há menores de idades em situação de vulnerabilidade o CREAS, o CRAS, a delegacia e o Conselho Tutelar são acionados.</p> <p>Com relação às atividades, as mulheres podem ser encaminhadas para a participação de oficinas, palestras e grupos de fortalecimento feminino no Centro Especializado de Atendimento à Mulher - (CEAM).</p> <p>O CEPAV e o CAPS possuem um vínculo regular de comunicação, pactuação e discussão de casos na rede.</p> |
|---|--|---|---|--|--|

Quadro 2: Instituições entrevistadas no processo de territorialização em saúde

Fonte: Dados coletados pelos autores, 2022.

De acordo com as entrevistas, pôde-se identificar que as redes são potências para trabalharem em conjunto mediante uma perspectiva intersetorial, apesar de encontrarem-se fragilizadas, havendo rupturas no processo de comunicação e pactuação com o CAPS e os demais dispositivos/instituições que compõem as redes socioassistencial e saúde.

Além deste, constatou-se uma sobrecarga de demandas e trabalhos; equipes reduzidas ao “quadro mínimo”, fator este que prejudica na dinâmica do serviço e na resolução de problemas; a falta de condições adequadas de trabalho; e a falta de insumos, recursos e materiais.

### *3.3.2 Serviços da rede comunitária*

Foram identificados cinco dispositivos comunitários pertencentes ao território de Planaltina do DF, sendo eles: o Terminal Rodoviário, a Paróquia Santa Rita de Cássia, a Praça do Estudante, a Feira de Hortifruti e de Confecções e o Restaurante Comunitário.

Percebeu-se que, estes ambientes fazem parte do repertório de lugares de passeio, locomoção, alimentação, interação social e convivência da população em geral de Planaltina, assim como, tem sido um dos lugares mais frequentados pelos usuários do CAPS.

Segue abaixo as imagens desses dispositivos citados.



Imagen 2: Terminal Rodoviário de Planaltina-DF

Fonte: Autores, 2022.

Trata-se de um dispositivo destinado a locomoção. A estrutura em Planaltina conta com 19 boxes, quatro pontos de estocagem e 73 vagas de estacionamento, além de paraciclos, banheiros com acessibilidade e lanchonete. Estima-se que 91 mil pessoas sejam beneficiadas.

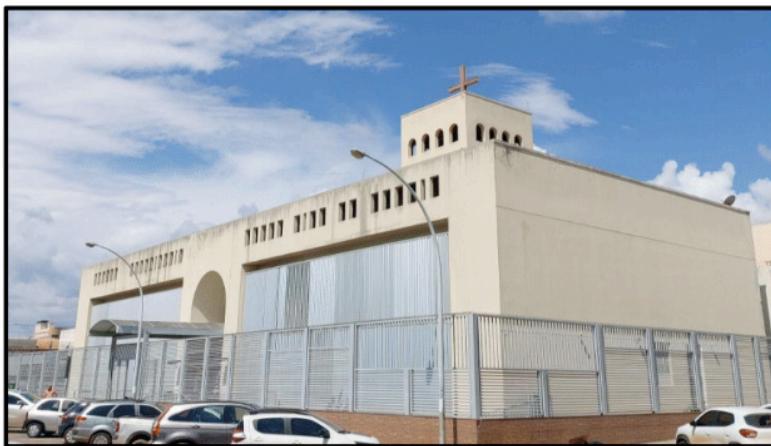


Imagen 3: Paróquia Santa Rita de Cássia

Fonte: Autores, 2022.

Trata-se de um dispositivo religioso e comunitário. A criação da paróquia veio para atender a crescente demanda de fiéis e o aumento populacional da cidade de Planaltina. Atualmente, além da matriz, a paróquia atende 4 comunidades urbanas e 12 comunidades rurais. Possui parceria com o CAPS II de Planaltina DF na oferta de práticas integrativas que acontecem no subsolo da paróquia e são abertas à comunidade.



Imagen 4: Praça do Estudante

Fonte: Autores, 2022.

Trata-se de um dispositivo social destinado à convivência e à prática de esportes. Localizada no Setor Educacional, a Praça do Estudante é uma das principais opções para quem quer praticar esportes em Planaltina. O espaço de aproximadamente 70 mil metros quadrados é cercado por seis escolas da rede pública de ensino e oferece aos

frequentadores quadra poliesportiva, parque infantil, campo de futebol e área para ginástica.



Imagen 5: Feira de Hortifruti e de Confecções

Fonte: Autores, 2022.

Trata-se de um dispositivo do comércio local, muito frequentado pela comunidade, e por produtores locais.



Imagen 6: Restaurante Comunitário de Planaltina

Fonte: Autores, 2022.

Trata-se de um dispositivo social que visa a garantia da segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação adequada. O restaurante comunitário oferta refeições com um preço acessível à comunidade, ou seja, o cidadão pode pagar cinquenta centavos (R\$ 0,50) pelo café da manhã e/ou um real (R\$ 1,00) pelo almoço, podendo utilizar os cartões de débito, crédito, e/ou de programas sociais na hora do pagamento.

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A territorialização em saúde possibilitou o fortalecimento de vínculos profissionais para a discussão, parceria, comunicação e pactuação de casos entre os dispositivos e serviços pertencentes a rede intersetorial de Planaltina do DF. Como também incentivou o conhecimento acerca de alguns espaços comunitários frequentados pelos usuários do CAPS e pela comunidade em geral deste território. Visualizamos que esses ambientes são potencializadores e promotores de uma melhor qualidade de vida e lazer para esta população.

Para os residentes, significou um processo de imersão no cuidado em atenção psicossocial. A defesa da importância das conexões do território, a visita a outros cenários, as trocas, o aprendizado, as pactuações e articulações de rede, transformaram a vivência profissional neste período. A territorialização representou uma possibilidade de esperançar na garantia do cuidado em liberdade e da reabilitação psicossocial, reconhecendo potencialidades e desafios do território.

Por fim, observou-se que, existem diversas barreiras e empecilhos que limitam o processo de comunicação adequado entre as redes, fato este reconhecido como ponto de melhoria no avanço da qualidade da atenção e do cuidado aos usuários em sofrimento mental desta comunidade.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998.** Relaciona 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 out. 1998.

CODEPLAN. **Pesquisa distrital por amostra de domicílios.** Distrito Federal - PDAD/DF 2021, Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central, Brasília, Brasil. 2021.

COLUSSI, C. F.; PEREIRA, K. G. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica.** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Organizadoras: Claudia Flemming Colussi; Katiuscia Graziela Pereira. - Florianópolis: UFSC, 2016.

DICIONÁRIO AURÉLIO BUARQUE DE HOLANDA. **Significado de território.** Dicionário online de Português. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Lei nº. 4.545 de 10 de dezembro de 1964. **Dispõe sobre a reestruturação administrativa do Distrito Federal,** e dá outras providências. Brasília-DF, 1964.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Territorialização em Saúde.** Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009.

LEAL, B. M.; ANTONI, C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia.,** n.40, 2013.

SILVA, E. A.; COSTA, I. I. O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, v. 13, n. 4, 2010.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Rev. Katálysis.**, v. 21, n. 01, 2018.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva.**, v. 29, n. 1, 2019.

TESSMER, C. S.; RYTZ, P. A. Relato de Experiência e Estudo de Caso: algumas considerações. **Journal of Nursing and Health.**, v. 11, n. 4, 2021.

## CAPÍTULO 2

# TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR PREVALÊNCIA NO BRASIL E FATORES ASSOCIADOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

---

*Data de submissão: 22/11/2022*

*Data de aceite: 01/02/2023*

**Ana Carla Gonçalves Lima**

Universidade da Amazônia – UNAMA

Belém – Pará

<http://lattes.cnpq.br/0865423762505269>

**Elane Cohen Vieira da Silva**

Universidade da Amazônia – UNAMA

Belém – Pará

<http://lattes.cnpq.br/8194908623539010>

**Danielle Silva da Silva**

Universidade da Amazônia – UNAMA

Belém – Pará

<http://lattes.cnpq.br/6561974405030970>

**Marcella Kelly Costa de Almeida**

Universidade da Amazônia – UNAMA

Belém – Pará

<http://lattes.cnpq.br/7259990387407475>

**Kemper Nunes dos Santos**

Universidade da Amazônia – UNAMA

Belém – Pará

<http://lattes.cnpq.br/9747567920288446>

**RESUMO:** Os transtornos mentais são definidos como um conjunto de sintomas caracterizados por perturbações significativas no processamento de informações, tais como emocional e comportamental, que refletem em uma

disfunção psicológica e biológica. O transtorno depressivo maior (TDM) é um dos mais incidentes na população, afetando aproximadamente 300 milhões de indivíduos. O Brasil apresenta elevada taxa no aparecimento do TDM, com prevalência entre as mulheres, indivíduos com doenças crônicas (como as cardiopatias), pessoas de baixa escolaridade e desempregados. Esta revisão integrativa tem como objetivo uma descrição epidemiológica do TDM em diferentes regiões do mundo, incluindo o Brasil. Neste estudo, foram utilizadas como bases da pesquisa, publicações associadas ao tema depressão e TDM, tendo como delineamento de busca, os descritores: farmacologia da depressão, depressão e prevalência, em diferentes bancos de dados de publicações científicas. Em 2013, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), informou que os transtornos depressivos afetavam 7,6% da população, representando 11,2 milhões de brasileiros com este mal. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o TDM já configurava como a quarta doença de maior prevalência na população mundial, sendo a causa de incapacidade em 3,7% de anos vividos dos pacientes, e de 10,7% dos anos perdidos. No Brasil, a prevalência

do TDM entre os anos de 2013 e 2014, foi de 3,9% em indivíduos adultos, já em 2019 a prevalência aumentou para 10,9%. Este transtorno está intrínseco há tempos na sociedade em todo o mundo, abrangendo diferentes faixa-etárias, com maior prevalência entre os jovens, tendo apresentado uma crescente nas mulheres ao longo dos anos. Entretanto, fatores sócio-econômicos parecem divergir quanto à epidemiologia da depressão, demonstrando assim, maior necessidade de estudos epidemiológicos que associem o perfil sócio-econômico e os parâmetros psico-sociais aos transtornos depressivos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Transtornos mentais, depressão, transtorno depressivo maior, depressão maior e prevalência.

## MAJOR DEPRESSIVE DISORDER IN BRASIL AND ASSOCIATED FACTORS: AN INTEGRATIVE REVIEW

**ABSTRACT:** The mental disorders are defined as an aggregate of symptoms characterized disturbances in the processing of information such as emotional and behavioral which reflect in a psychological and biological impairment. The major depressive disorder is one of the most often in population, touching about 300 million individuals. The Brazil presents a high rate appearing of major depressive, it is prevalence among women, individuals with chronic diseases (such as heart disease) people with low education and jobless. In this study, publications articles associated to depression and major depressive disorder were used as a foundation researcher having a search guidance descriptors: pharmacology of depression, depression and prevalence in databases of scientific publication articles. In 2013, o Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE) informed which depressive disorders affected 7,6% of the population representing 11.2 million Brazilians with it. According to the World Health Organization, the major depressive disorder in a few time was already the fourth most prevalent disease in the world population being the cause of disability in 3.7% of years lived by patients and 10.7% of years lost. In Brazil, the prevalence of major depressive disorder between 2013 and 2014 were 3.9% in adults individuals, however in 2019 the prevalence raised to 10.9%. This involvement has been intrinsic for some time between individuals and different regions of the world and the Brazil including different age-group and has shown a soaring one between women along the years, being associated with socioeconomic factors, such as low education and jobless.

**KEYWORDS:** Mental disorders, depression, major depressive disorder, major depression and prevalence.

## 1 | INTRODUÇÃO

Ao longo da história a sociedade tem imposto regras como padrão de comportamento, tanto individuais quanto coletivas, nas quais os indivíduos buscam se enquadrar harmonicamente com o que a sociedade preconiza como correto. Entretanto, esse fator deixa à margem da sociedade indivíduos que apresentam manifestações não habituais ao padrão social, considerados “loucos” aqueles que estão em desacordo com o que a sociedade predetermina ou estabelece (QUEVEDO; NADIR; SILVA, 2019). Entre algumas das manifestações incomuns de comportamento e de humor fora do habitual, estão os

episódios de irritabilidade, anedonia (falta de prazer), isolamento social, alterações no sono e/ou apetite e o suicídio, sendo estes sintomas característicos de transtornos depressivos presentes a mais de 2 mil anos na população, em que tais desarranjos são comentados e estudados desde o início da sociedade (OLIVEIRA; GOULART; REY, 2017).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2013), tais transtornos “são um conjunto de sintomas caracterizados por perturbações significativas no processamento de informações, tais como emocional e comportamental, que reflete em uma disfunção psicológica e biológica”. Entre os transtornos mentais, têm-se os transtornos depressivos, os quais podem ser classificados, como transtorno disruptivo da desregulação de humor (TDDH), transtorno depressivo maior (TDM), transtorno depressivo persistente (TDP), transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM), transtorno depressivo por substâncias e medicamentos e/ou transtorno depressivo a outra condição médica, além dos transtornos depressivos específicos e não-específicos (RIBEIRO et al., 2020).

Entre os transtornos depressivos, o TDM está entre os mais incidentes que afetam a população em aproximadamente 300 milhões de indivíduos (SOUZA et al., 2021). Os sintomas podem surgir em qualquer idade, com maior incidência na faixa etária entre os 15 aos 29 anos (BERNARAS; JAUREGUIZAR; GARAIGORDOBIL, 2019).

Quevedo e colaboradores, em 2019, revelou a recente prevalência destas síndromes em países desenvolvidos, com percentual de 3,5% nestes países. O Brasil representa uma elevada taxa no aparecimento de transtornos depressivos em maiores de 18 anos, na qual a região norte apresenta 3,1% dos casos (QUEVEDO; NADIR; SILVA, 2019).

Apesar dos dados epidemiológicos apresentados em diversos estudos sobre a doença, a mesma ainda apresenta um baixo índice de indivíduos diagnosticados corretamente, com apenas 1,6% dos adultos diagnosticados clinicamente, isso dificulta o tratamento e favorece a cronicidade da doença, o que é inclusive, um dos principais fatores que levam ao suicídio (GOUVEIA et al., 2020).

Diante disso, é de suma importância ter conhecimento dos sinais clínicos e da epidemiologia da doença, principalmente no Brasil, que apresenta um elevado índice de casos. Essas informações contribuem para o esclarecimento da população, assim como da comunidade científica, sobre os transtornos depressivos no país e na região norte. Desta forma, esta revisão integrativa tem como objetivo propiciar através das evidências científicas, uma descrição epidemiológica da depressão em diferentes regiões do mundo, incluindo o Brasil.

## 2 | METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão bibliográfica integrativa do tipo retrospectiva, de caráter qualitativo e quantitativo, sobre as características epidemiológicas do TDM. Utilizando como bases da pesquisa, descritores associados ao tema depressão, incluindo farmacologia

da depressão, depressão e prevalência, em bancos de dados de publicações científicas referidas na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PUBMED) e Scientific Electronic Library (SCIELO).

### 3 | RESULTADOS

#### 3.1 Dados epidemiológicos da depressão no Brasil e no mundo.

Dados comparativos retrospectivos têm demonstrado que no mundo, os distúrbios mentais crescem significativamente ao longo dos anos. Em 1990 foi observado que as doenças mentais afetaram 654,8 milhões de pessoas, enquanto que em 2019, esse quantitativo passou para 970,1 milhões de casos (COLLABORATORS, 2022).

Entre os distúrbios mentais, os transtornos depressivos apresentam dados alarmantes, na qual em apenas uma década, entre os anos de 2005 a 2015, a OMS demonstrou uma crescente de 18% no número de casos de transtornos da depressão, totalizando 322 milhões de pessoas acometidas em todo o mundo (GONÇALVES et al., 2018). Mais recentemente, nos anos de 2015 e 2018, a prevalência dos transtornos depressivos no âmbito global, foi de 311 e 264 milhões, respectivamente (NÚCLEO DEINVESTIGAÇÃO, 2020; COLLABORATORS, 2016)

Em Portugal, no ano de 2014, um estudo realizado com 12.067 indivíduos adultos, mostrou que os transtornos depressivos representavam 7,9% desse total. Além disso, foi demonstrado que 7% a 12% dos indivíduos sofriam com perturbações leves, acompanhadas de estresse e ansiedade, enquanto que 11% a 17% sofriam com perturbações moderadas, e 12% a 22% apresentavam graus mais graves da doença (CORREIA; SANTOS; SOBRAL, 2018). Dados semelhantes foram apresentados por JUNIOR et al. (2020), que identificou uma prevalência de 9% destes transtornos em Portugal e 8,8% na Espanha, em uma população de 1.957 indivíduos adultos avaliados.

No Brasil a prevalência da depressão ao longo da vida chegou próximo à 17% (MOLINA et al., 2012). Em 2013, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), informou que os transtornos depressivos afetavam 7,6% da população, representando 11,2 milhões de brasileiros com este mal (GUEDES et al., 2019). Entre os anos de 2005 a 2015, um levantamento realizado na população brasileira demonstrou dados semelhantes, na qual os transtornos depressivos atingem 11,5 milhões de pessoas (5,8%) (GONÇALVES et al., 2018). Dados que são confirmados em um estudo de base populacional, obtidos através de coletas domiciliares em 11.179 indivíduos, que evidenciou a prevalência da síndrome na população adulta brasileira correspondente a 7,6% (STOPA et al., 2015).

Em algumas regiões do Brasil, a prevalência de transtornos depressivos são de 2,8% em Brasília, região centro oeste, 0,9% em São Paulo, região sudeste, e 10,2% em Porto Alegre, região sul (LIMA, 1999).

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD, 2003), apontou que

no Brasil, 75,4% das pessoas propensas a ter depressão são mulheres e que 24,6% são homens (SANTOS; KASSOUF, 2007). Mais recentemente, em 2019, foi demonstrado que apenas 22% dos homens possuíam diagnóstico de depressão, comparados às mulheres (58,3%) (GOUVEIA et al., 2020).

Fatores socioeconômicos parecem divergir quanto à prevalência dos transtornos depressivos na população. Segundo Lopes et al., (2016), em um estudo populacional com 60.202 indivíduos, os episódios depressivos na zona urbana apresentaram 8,1% em comparação à zona rural (6,4%). Quanto ao nível de escolaridade: nenhum ou ensino fundamental incompleto (10,2%), fundamental completo ou médio incompleto (7,8%), médio ou faculdade/universidade incompleta (6,0%), faculdade/universidade completa (5,8%). Contudo, uma análise socioeconômica com dados do Plano Nacional de Saúde (PNS, 2013), mostra a prevalência dos casos de episódios depressivos maior entre quem possui ensino superior completo (8,7%), comparado aos que não tem escolaridade e ensino fundamental incompleto (8,6%), esse aumento para as pessoas graduadas é reflexo da procura maciça as unidades básicas de saúde (STOPA, et al., 2015; SANTOS; KASSOUF, 2007). Em concordância, na PNS de 2019, entre as regiões brasileiras a região sul apresentou de 15,2% a 16,2% de indivíduos acometidos com depressão e um percentual de 12,2% das localidades brasileiras tem pessoas de nível superior completo acometidos pela síndrome (BRITO et al., 2022).

### **3.2 Dados epidemiológicos da depressão quanto a faixa etária e o gênero**

Os transtornos depressivos em geral, afetam principalmente jovens e indivíduos do sexo feminino, conforme demonstram diversos estudos relacionando faixa etária e gênero à depressão. Em uma estimativa realizada pela OMS, em 2004, a faixa etária acometida por estes males seria cada vez menor após os 40 anos, sendo mais prevalente entre os 15 e os 26 anos de idade, podendo vir a ser uma das principais causas de incapacidade na sociedade (FERRARI et al., 2013; PERON et al., 2004; USTUN et al., 2004). Estudo semelhante corrobora demonstrando maior índice dos 18 aos 29 anos (26,1%), seguida das faixa- etárias de 30 a 39 (21,6%), 40 a 49 (18,0%), 50 a 59 (16,2%), 60 a 69 (10,2%) e 70 anos ou mais (7,9%) (NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO, 2020). No senso realizado em 2017, a faixa etária entre adultos jovens acometidos por esta síndrome em anos, é de 27,9% entre os de 18 anos, 34,5% dos 19 aos 20 anos, 35,8% entre 21 e 23 anos, e 28,3% naqueles com 24 anos ou mais (SILVA; SIQUEIRA, 2021; FLESCH et al., 2020).

As mulheres apresentam relação preocupante em comparação aos homens sobre o número de casos. Uma pesquisa realizada entre os anos de 2014 a 2015, apontou nas mulheres o maior índice de distúrbios mentais, sendo de 9,2% na Malásia, 2,7% em Honduras e 11,4% na China (PARREIRA et al., 2017). Em estudo realizado em Portugal (2014), foi identificado que de um montante de 12.067 indivíduos, sendo destes 1.475 com transtornos de depressão, que as mulheres são mais acometidas que os homens,

sendo 1150/7034 (16,3%) e 325/5033 (6%), respectivamente. Outro dado interessante foi observado ao investigar a prevalência em prescrições com antidepressivos, nas quais foram identificadas apenas 245 (20,1%) das prescrições de antidepressivos destinadas aos homens, enquanto que 971 (79,9%) às mulheres (CORREIA; SANTOS; SOBRAL, 2018).

### 3.3 Transtorno depressivo maior (TDM)

O TDM compreende um amplo espectro de sinais e sintomas, com episódios de longa duração e com altas taxas de cronicidade, sendo o mais grave dos transtornos depressivos, com maior prevalência e reincidência (AMARAL et al., 2007; FERREIRA et al., 2021; GONÇALVES et al., 2018).

De acordo com a OMS (1990), o TDM já configurava como a quarta doença prevalente na população mundial, sendo a causa de incapacidade em cerca de 3,7% de anos vividos dos pacientes, e de 10,7% dos anos perdidos. 10 anos depois, em 2000, os dados apresentados pela OMS foram de 4,46% e 12,1%, respectivamente (ÜSTÜN et al., 2004).

Em alguns países do mundo, foi observado que o TDM acomete 23% da população no Sul da Ásia, 46% no Paquistão, 29% Butão regional e em Bangladesh rural (OGBO et al., 2018). Na África Subsaariana, entre 1990 a 2019, observou-se um número de 4.540,4 casos por 100.000 pessoas que sofriam com TDM, enquanto que no Norte da África e no Oriente Médio, a prevalência ocorreu em 4.348,9 casos por 100.000 pessoas (COLLABORATORS, 2022; COLLABORATORS, 2016).

### 3.4 Dados epidemiológicos do TDM no Brasil

No Brasil, a prevalência do TDM entre os anos de 2013 e 2014, foi de 3,9% em indivíduos adultos, já em 2019, a prevalência foi de 10,9%, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de Base Populacional (BARROS et al., 2017; FERREIRA et al., 2021). Dados da PNS de 2013 apontam que a prevalência do TDM, por unidades federativas, é de 10,6% em Porto Alegre, de 8,4% em São Paulo e de 6,2% em Brasília (STOPA et al., 2015). Entretanto, um estudo realizado em 18 países apresentou média de 11,1% do TDM, no qual o Brasil teve uma elevada prevalência de 18,4% (MOLINA et al., 2012).

Entre os anos de 2010 e 2018, a prevalência dos casos diagnosticados do TDM no norte do Brasil foi de 3,1% em indivíduos adultos, dentre esses, 2,7% só no Estado do Amazonas, e 1,6% no estado do Pará (GOUVEIA et al., 2020).

Na Bahia, Região nordeste do Brasil, em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, a prevalência do TDM foi de 20%, em que 53,5% destes é do sexo feminino. Já em adultos acima dos 41 anos, o percentual é de 51,4%; os que possuem baixa escolaridade ou sem nenhuma escolaridade é de 71,7%, desempregados é de 50,4%, empregados com renda abaixo de R\$ 400,00 é de 65,4%, e entre os auto-declarados pretos 84,3% (BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2014; COELHO et al., 2013).

Na capital do Maranhão, São Luiz, região nordeste do Brasil, o TDM foi mais prevalente em adolescentes (15,8%), com faixa etária de 18 a 19 anos, comparada a adultos de Ribeirão Preto, SP (12,9%), com faixa etária de 37 a 39 anos (ORELLANA et al., 2020; CAMPOS; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2018).

Em uma instituição de ensino superior (IES), do estado do Pará, a prevalência de depressão entre os estudantes de medicina é de 40,5%, onde 3,6% é do TDM. No Amapá, 45% dos estudantes de uma IES do curso de medicina, tem sintomas depressivos, onde 6,6% são do TDM, com faixa etária de 19 a 22 anos (50,9%), sendo maior no sexo feminino (62,7%) (SILVA et al., 2019). Já na região sul do Brasil, a prevalência do TDM em estudantes universitários foi de 39,1% no sexo feminino e 23,3% no sexo masculino (FLESCH et al., 2020).

Um estudo realizado em Ribeirão Preto (São Paulo), Pelotas (Rio Grande do Sul) e São Luís (Maranhão), o TDM demonstrou prevalência no sexo feminino, com média de 17,3%, comparado aos homes (8,2%) (ORELLANA et al., 2020).

Entre os brasileiros de 44 e 60 anos com TDM, 86% é prevalente no sexo feminino (COELHO et al., 2013).

Em se tratando dos serviços de cuidados primários à saúde, o Brasil tem uma prevalência de 29,5% de casos com TDM entre os usuários destes serviços, dados superiores aos apresentados em países da Europa que oferecem sistemas de serviços de saúde semelhantes, como na Espanha, com 9,6% dos casos (MOLINA et al., 2012).

## 4 | DISCUSSÃO

Ao longo dos tempos os transtornos depressivos vem acompanhando a sociedade em suas mudanças quanto à rotina e sobrecarga assumida pelos indivíduos ano após ano, em que gradativamente, década após década, tais transtornos vem aumentando significativamente (COLLABORATORS, 2022; GONÇALVES et al., 2018), representando nos dias atuais, aproximadamente 300 milhões de pessoas acometidas no mundo todo (NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO, 2020; COLLABORATORS, 2016).

Para corroborar com a relação entre os possíveis fatores associados à qualidade de vida e a depressão, Silva e Siqueira (2021), assim como Parreira e colaboradores (2017), destacam o estado civil, as desvantagens sociais, o ambiente violento, as doenças crônicas e a relação conturbada com o cônjuge, em que algumas pessoas possam estar submetidas (mais comum entre as mulheres).

Além disso, a maior prevalência dos transtornos depressivos em mulheres, parece estar relacionado também, além de uma relação conturbada com o cônjuge, à instabilidade emocional no período reprodutivo e à dupla jornada de trabalho assumida cada vez mais pelas mulheres (SILVA; SIQUEIRA, 2021; PARREIRA et al., 2017). Correia e colaboradores (2018), também destacam um maior número de prescrições médicas com antidepressivos

às mulheres, o que pode estar relacionado a um maior cuidado com a saúde e à busca por tratamento especializado por parte delas, em comparação ao sexo masculino, devido talvez a fatores psico-sociais e comportamentais entre os homens.

Contudo, é importante ressaltar que apesar de alguns fatores sócio-econômicos estarem relacionados aos casos de transtornos depressivos, outros, como o grau de escolaridade, a renda e as condições de trabalho, divergem quanto a relação entre tais condições e a depressão (BRITO et al., 2022; LOPES et al., 2016; STOPA, et al., 2015; SANTOS; KASSOUF, 2007), demonstrando ser um transtorno abrangente que pode acometer qualquer indivíduo, independente do seu grau de conhecimento e status social. Sendo mais comum entre os jovens entre os 15 aos 29 anos de idade (BERNARAS; JAUREGUIZAR; GARAIGORDOBIL, 2019), mas estando presente em qualquer faixa etária ao longo da vida.

Por fim, não devemos esquecer que apesar dos elevados números apresentados em diversos estudos epidemiológicos, sobre a prevalência dos transtornos depressivos na população, a mesma ainda apresenta um baixo índice de indivíduos diagnosticados corretamente (GOUVEIA et al., 2020), nos levando a crer que o número de pessoas que sofrem com este mal e que padecem pela falta de conhecimento e atendimento adequado, ainda seja bem maior do que os demonstrados, requerendo uma melhor e mais efetiva atenção das autoridades e órgãos de saúde, principalmente nos países menos desenvolvidos e aos grupos mais suscetíveis.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os transtornos mentais são casos de saúde pública mundial, entre os quais, o que mais reflete na sociedade é o transtorno depressivo maior. Esta fisiopatologia, proveniente da diminuição dos níveis de serotonina e/ou noradrenalina nos terminais axonais, ocasiona episódios recorrentes de humor deprimido, isolamento social, diminuição da libido, alterações de apetite e sono, com duração de duas ou mais semanas, tendo como agravante a indução ao suicídio.

Achados mundiais revelam que esse acometimento está intrínseco há tempos na sociedade em várias regiões do Brasil e do mundo, abrangendo diferentes faixa-etárias e crescente entre as mulheres. Portanto, é de extrema importância a abordagem de trabalhos com a temática, a fim de contribuir com as comunidades científicas e a sociedade em geral, a respeito do conhecimento e da realidade deste mal.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2013. 155 p.

AMARAL, F. G.; JARDIM, P. C. B. V.; BRASIL, M. A. A.; SOUZA, A. L. L.; HELBERTE, F. F.; TANIGUCHI, L. M.; MELO, A. F. B.; RIBEIRO, N. R. **Preva lência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial.** Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 29, n. 2, p. 161-168, 2007.

BARROSO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. **Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: Triagem e fatores associados.** Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health, Brasil, v. 35, n. 4, p. 256–263, 2014.

BARROS, M. B. A.; LIMA, M. G.; AZEVEDO, R. C. S.; MEDINA, L. B. P.; LOPE S, C. S.; MENEZES, P. R.; MALTA, D. C. **Depressão e compor tamen tos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013.** Revista de Saúde Pública, Campinas, v. 51, n. 1, p. 1s- 10s, 2017.

BERNARAS, E.; JAUREGUIZAR, J.; GARAIGORDOBIL, M. **Child and adolescent depression: A review of theories, evaluation instruments, prevention programs, and treatments.** Frontiers in Psychology, Suíça, v. 10, n. 543, p. 1-24, 2019.

BRITO, V. C. A.; CORASSA, R. B.; STOPA, S. R.; SARDINHA L. M. V.; DAHL, C. M.; VIANA, M. C. **Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 31, n. Spe1, p. 1-13, Nov. 2022.

CAMPOS, J. R.; DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Relating depression, social skills, sex and socioeconomic status in large samples of adolescents.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil, v. 34, n. e3446, p.1-10, 2018.

COELHO, C. L. S.; CRIPPA, J. A. S.; SANTOS, J. L. F.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO, R.; LARANJEIRA, R. **Higher prevalence of major depressive symptoms in Brazilians aged 14 and older.** Revista Brasileira de Psiquiatria, Brasil, v. 35, n. 2, p. 142-149, 2013.

COLLABORATORS\*, G. B. D. AND I. I. AND P. **Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015.** The Lancet, Reino Unido, v. 388, n. 10053, p.1545-1602, 2016.

COLLABORATORS, M. D. **Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019.** The Lancet Psychiatry, Reino Unido, v. 9, n. 2, p. 137-150, 2022.

CORREIA, S., SANTOS, M., SOBRAL, D. **Depressão: Um Problema por Resolver?** Revista ADSO, USF Ramalde, Portugal, v. 6, n. 8, p. 16-22, 2018.

FERRARI, A. J.; CHARLSON, F. J.; NORMAN, R. E.; PATTEN, S. B.; FREEDMAN, G.; MURRAY, C. J.; VOS T.; WHITEFORD, H. A. **Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010.** PLoS Medicine, Estados Unidos da América v. 10, n. 11, p. e1001547, 2013.

FLESCHI, B.D.; HOUVÈSSOUI, G. M.; MUNHOZI, T. N.; FASSA, A. G. **Episódio depressivo maior entre universitários do sul do Brasil.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 54, n.11, p. 1-11, 2020.

GOUVEIA, A. O.; DIAS, A. S.; MERCEDES, B. P. C.; SALVADOR, J. C.; JUNIOR, J. C. P. S.; PEIXOTO, L. G.; MORAES, R. C. L. **Detecção precoce dos sintomas depressivos pela equipe de saúde na atenção básica na região Norte do País: Revisão De Literatura.** Brazilian Journal of Development, Curitiba, v. 6, n. 6, p. 38093-38103, 2020.

GONÇALVES, A. M. C.; TEIXEIRA, M. T. B.; GAMA, J. R. A.; LOPES, C. S.; SILVA, G. A.; GAMARRA, C. J.; DUQUE, K. C. D.; MACHADO, M. L. S. M. **Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família.** J bras Psiquiatr. Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, p. 101-109, 2018.

GUEDES, A. F.; RODRIGUES, V. R.; PEREIRA, C. O.; SOUSA, M. N. A. **Prevalência e correlatos da depressão com características de saúde e demográficas de universitários de medicina.** Arquivos de Ciências da Saúde, Faculdades Integradas de Patos, Patos, Paraíba, Brasil, v. 26, n. 1, p. 47, 2019.

JUNIOR, A. A.; PORTUGAL, A.C. A.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J.; BULLÓN, F. F.; SANTOS, E. J. R.; VILHENA, J.; ANUNCIAÇÃO, L. **Depression and Anxiety Symptoms in a Representative Sample of Undergraduate Students in Spain, Portugal, and Brazil.** Psicología: Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 36, n. e36412, p. 01-07, 2020.

LIMA, M. S. **Epidemiologia e impacto social.** Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 01-05, 1999.

LOPES, C. S.; HELLWIG, N.; SILVA, G. A.; MENEZES, P. R. **Inequities in access to depression treatment: Results of the Brazilian National Health Survey - PNS.** International Journal for Equity in Health, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1-8, 2016.

MOLINA, M. R. A. L.; WIENER, C. D.; BRANCO, J. C.; SOUZA, K.J.; JANSEN, K.; SOUZA, L. D. M.; TOMASI, E.; SILVA, R. A.; PINHEIRO, R. T. **Prevalence of depression in users of primary care settings.** Revista de Psiquiatria Clínica, Pelotas, v. 39, n. 6, p. 194-197, 2012.

NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO, H. B. M. **Impacto do Modelo Psicoterapêutico HBM na Perturbação Depressiva Major.** 2020.

OGBO, F. A.; MATHSYARAJA, S.; KOTI, R. K.; JANETTE PERZ, J.; ANDREW PAGE, A. **The burden of depressive disorders in South Asia, 1990- 2016: findings from the global burden of disease study.** BMC Psychiatry, Reino Unido, v. 18, n. 1, p. 1-11, 2018.

OLIVEIRA, A. M. C.; GOULART, D. M.; REY, F. L. G. **Processos subjetivos da depressão: construindo caminhos alternativos em uma aproximação cultural-histórica.** Fractal: Revista de Psicologia, Brasil, v. 29, n. 3, p. 252-261, 2017.

ORELLANA, J. D. Y.; RIBEIRO, M. R. C.; BARBIERI, M. A.; SARAIVA, M. C.; CARDOSO, V. C.; BETTIOL, H.; SILVA, A. A. M.; BARROS, C. F.; GONÇALVES, H.; WEHRMEISTER, F. C.; MENEZES, A. M. B.; DEL-BEN, C. M.; HORTA, B. L. **Transtornos mentais em adolescentes, jovens e adultos do consórcio de coortes de nascimento brasileiras RPS (Ribeirão Preto, Pelotas e São Luís).** Cadernos de saude publica, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. e00154319, 2020.

PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F.; RUIZ, M. T.; SILVA, S. R.; GOMES-SPONHOLZ, F. A. **Sintomas de depressão em mulheres rurais: fatores sociodemográficos, econômicos, comportamentais e reprodutivos.** Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 375-382, 2017.

PERON, A. P.; NEVES, G. Y. S.; BRANDÃO, M.; VICENTIN, V. E. P. **Aspectos iológicos e sociais da depressão**. Ciênc. Saúde Unipar, Paraná, v. 8, n. 1, p. 45-48, 2004.

QUEVEDO, J.; NADIR, A. N.; SILVA, A. G. **DEPRESSÃO: Teoria e clínica, conforme o DSM-5 e CID-11**. 2. Ed. Porto Alegre. Artmed, 2019.

RIBEIRO, A. S.; GONÇALVES, G. A.; TEODORO, E. F.; BATISTA, S. A.; FERREIRA, P. H. E. **Psicopatologia na contemporaneidade: análise comparativa entre o DSM-IV e o DSM-V**. Fractal: Revista de Psicologia, Minas Gerais, v. 32, n. 1, p. 46-56, 2020.

SANTOS, M. J.; KASSOUF, A. L. **Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação**. Economia Aplicada, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 5-26, 2007.

SILVA, A. M. F.; NASCIMENTO, V. H. N.; PRAIA, W. C.; PAIXÃO, J. T. C.; SOUSA, L. F. F. F.; JÚNIOR, S. C. T.; CARREIRA, L. B. **Prevalência de indícios de depressão em estudantes de medicina em Belém, Pará**. Research Medical Journal, Pará, v. 3, n. 2, p. 1- 7, 2019.

SILVA, J. J.; SIQUEIRA, M. C. C. Fatores desencadeantes de depressão na adolescência : uma revisão integrativa / Triggering factors for depression in adolescence : an integrative review Factores desconectadores de la depresión en la adolescencia : una revisión integrativa. Research, Society and Development, Minas Gerais, v. 10, n. 16, p. 1-10, 2021.

SOUZA, N. F. S.; BARROS, M. B. A.; MEDINA, L. P. B.; MALTA, D. C.; SZWARCWALD, C. L. **Associação do transtorno depressivo maior com doenças crônicas e multimorbididade em adultos brasileiros , estratificada por sexo : Pesquisa Nacional de Saúde 2019**. Revista Bras Epidemiol, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. e210015, 2021. Supl. 2.

SOUZA, R. C.; SOUZA, L. C.; COSTA, J. B.; SOARES, W. D.; CRUZ, A. F. P. **O uso de antidepressivos em estudantes da área da saúde / The use of antidepressives in students in the health area**. Brazilian Journal of Development, Paraná, v. 7, n. 4, p. 40842-40852, 2021.

STOPA, S. R.; MALTA, D. C.; OLIVEIRA, M. M.; LOPES, C. S.; MENEZES, P. R.; KINOSHITA, R. T. **Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: Resultados da pesquisa nacional de saúde, 2013**. Revista Brasileira de Epidemiologia, Brasil, v. 18, n. suppl 2, p. 170-180, 2015.

USTUN, T. B.; AYUSO-MATEOS, J. L.; CHATTERJI, S.; MATHERS, C.; MURRAY, C. J. L. **Global burden of depressive disorders in the year 2000**. British Journal of Psychiatry, Reino Unido, v. 184, n. 5, p. 386-392, 2004.

## CAPÍTULO 3

# VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA NA POPULAÇÃO ADULTA: UMA ANÁLISE DOS CASOS NO ESPÍRITO SANTO, BRASIL

*Data de aceite: 01/02/2023*

**Karina Fardin Fiorotti**

Universidade Federal do Espírito Santo.  
Programa de Pós-graduação em Saúde  
Coletiva. Vitória, Espírito Santo, Brasil  
ORCID: 0000-0001-8461-2984

**Franciéle Marabotti Costa Leite**

Universidade Federal do Espírito Santo.  
Programa de Pós-graduação em Saúde  
Coletiva. Vitória, Espírito Santo, Brasil  
ORCID: 0000-0002-6171-6972.

**RESUMO:** **Objetivo:** Identificar a frequência de violência psicológica em adultos e sua associação com as características da vítima, do agressor e da ocorrência.

**Método:** Estudo transversal dos casos de violência psicológica notificados de 2011 a 2018 em adultos entre 20 e 59 anos do Espírito Santo no Sistema de Informação de Agravos e Notificação – SINAN.

**Resultados:** A violência psicológica foi responsável por 7,3% das notificações de violência interpessoal e cerca de 7 vezes mais frequente entre mulheres. A ocorrência foi maior no grupo de 50 a 59 anos de idade (RP: 2,45) e entre os que possuíam ao menos 9 anos de estudo (RP: 2,05). Além disso, foi associada à ausência de deficiências ou

transtornos (RP: 1,89), residência da vítima em área urbana ou periurbana (RP: 2,09), agressores com 25 anos ou mais de idade (RP: 1,37) e do sexo masculino (RP: 1,48) com vínculo de parceiro íntimo (RP: 1,85) e sem suspeita de uso de álcool (RP: 1,61). A violência teve caráter de repetição (RP: 5,49). **Conclusão:** Os dados apontam para a relevância da temática nos diferentes setores da atenção e para o protagonismo da saúde no enfrentamento deste agravo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Abuso Emocional; Adulto; Estudos Transversais; Sistema de Informação em Saúde; Violência.

**PSYCHOLOGICAL VIOLENCE IN THE ADULT POPULATION: AN ANALYSIS OF CASES IN ESPÍRITO SANTO, BRAZIL**

**ABSTRACT:** **Objective:** Identify the frequency of psychological violence in adults and its association with the characteristics of the victim, the aggressor and the occurrence.

**Method:** Cross-sectional study of reported cases of psychological violence from 2011 to 2018 in adults between 20 and 59 years old in Espírito Santo in the Information System for Diseases and Notification – SINAN. **Results:** Psychological violence was responsible for 7.3% of reports of

interpersonal violence and about 7 times more frequent among women. The occurrence was higher in the 50 to 59-year-old group (PR: 2.45) and among those who had at least 9 years of education (PR: 2.05). In addition, it was associate to the absence of disabilities or disorders (PR: 1.89), victim's residence in an urban or peri-urban area (PR: 2.09), aggressors aged 25 years or older (PR: 1.37) and male (PR: 1.48) with an intimate partner relationship (PR: 1.85) and without suspicion of alcohol use (PR: 1.61). The violence was repetitive (RP: 5.49).

**Conclusion:** The data point to the relevance of the theme in different sectors of care and to the role of health in dealing with this problem.

**KEYWORDS:** Adult; Cross-sectional studies; Emotional Abuse; Health Information System; Violence.

## INTRODUÇÃO

A violência psicológica pode ser entendida como toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes ou ações abusivas contra outrem em interesse próprio; definindo-se ainda como toda ação que coloque em risco ou cause danos à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento de suas vítimas<sup>(1)</sup>. De maneira geral, pode ser expressa por agressões verbais ou gestuais com o intuito de aterrorizar, rejeitar, humilhar, restringir a liberdade ou impedir que a vítima mantenha contato com outras pessoas<sup>(2)</sup>.

Pela subjetividade do seu conceito e por nem sempre deixar traços físicos da agressão em suas vítimas, essa violência traz consigo a marca da invisibilidade diante da sociedade e dos serviços assistenciais, passando muitas vezes despercebida ou mitigada pelos profissionais de saúde e pela própria vítima<sup>(3)</sup>. A violência psicológica evidencia as relações desiguais de poder entre os envolvidos, colocando a mulher no lugar de vulnerabilidade e o homem no lugar de força, uma vez que as violências relacionadas ao gênero são reflexo da nossa sociedade patriarcal e capitalista, cabendo à mulher o papel de submissão e inferioridade construídos ao longo dos anos<sup>(4)</sup>.

Considerado um fenômeno social de alta complexidade, a violência psicológica enquanto problema de saúde pública atinge não apenas suas vítimas, mas também seus familiares e a sociedade em geral, permeando diferentes cenários e ciclos de vida, caracterizando-se como problema de ordem global, silencioso, mas devastador, que produz efeitos de toda a ordem às suas vítimas. Ainda invisível para muitos, o abuso emocional apresenta-se silencioso e sorrateiro, mas também agressivo e devastador, capaz de causar danos incalculáveis às suas vítimas<sup>(5)</sup>.

As agressões psicológicas podem resultar não apenas em problemas de saúde mental, mas também em uma maior vulnerabilidade às outras doenças, uma vez que experimentam uma imunidade reduzida pelo estresse e pela autonegligência causados pelo abuso<sup>(6)</sup>. Pela sua extensão e impactos na saúde física, mental e social, a violência psicológica, assim como os demais tipos de violência, deve ser encarada como um problema de saúde pública a ser confrontado.

Apesar de não ser um problema exclusivo da saúde, este setor possui papel de destaque nas políticas de enfrentamento à violência por possuir em suas bases instrumentos de garantia de direitos e por ser acessível à todos os indivíduos em algum momento da vida, configurando uma porta de entrada em potencial na rede de assistência. Os sistemas de informação em saúde permitem a articulação dos serviços e a ação conjunta com outras áreas como a educação, a assistência social, o judiciário e as organizações não governamentais, bem como possibilita o cuidado e o atendimento por meio do estreitamento das relações entre os profissionais da assistência e as pessoas em situação de violência<sup>(7)</sup>.

Diante do exposto o estudo tem por objetivo identificar a frequência de casos de violência psicológica na população adulta, notificados no Espírito Santo entre 2011 e 2018, e analisar sua associação com as características da vítima, do agressor e da ocorrência.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal realizado com os dados das notificações geradas no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) do estado do Espírito Santo, entre os anos de 2011 e 2018.

Com um pouco mais de 46 mil km<sup>2</sup> de extensão, o estado do Espírito Santo possui 78 municípios e uma população estimada de 4 milhões de habitantes, dentre os quais, cerca de metade são adultos na faixa etária dos 20 aos 59 anos<sup>(8)</sup>.

O corte temporal foi definido a partir da publicação da Portaria 104 de janeiro de 2011 que deu caráter de notificação compulsória ao registro da violência em todos os serviços de saúde brasileiros<sup>(9)</sup>, consequentemente, todos os casos de violência devem ser notificados aos setores de vigilância por meio da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada composta por dados da vítima, do agressor e da ocorrência.

Neste estudo, a variável de desfecho foi à violência interpessoal psicológica (sim/ não). Como variáveis independentes, foram elencadas as características da vítima como sexo (feminino/masculino), idade (20 a 29 anos/30 a 39 anos/40 a 49 anos/50 a 59 anos), cor (branca/preta ou parda), escolaridade (0 a 4 anos/5 a 8 anos/9 anos ou mais), situação conjugal (sem companheiro/com companheiro), presença de deficiências/transtornos (sim/ não) e zona de residência (urbana ou periurbana/rural); características do agressor como sexo (feminino/masculino), idade (0 a 24 anos/25 anos ou mais), vínculo com a vítima (parceiro íntimo atual ou ex/outros) e suspeita de uso de álcool (sim/ não); e características da agressão como se ocorreu na residência (sim/ não), se possui caráter de repetição (sim/ não) e se gerou encaminhamento para outros serviços (sim/ não).

A análise descritiva dos dados foi realizada por meio de frequências relativa e absoluta com intervalos de confiança de 95%. Na análise inferencial bivariada foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson e para a análise multivariada a Regressão de Poisson, onde as variáveis entraram no modelo hierárquico com as características da vítima no

primeiro nível seguidas das características do agressor e da agressão no segundo nível. Entraram no modelo as variáveis que obtiveram valor de  $p$  menor que 0,2 na análise bivariada e sua manutenção seguiu o critério de  $p$  menor que 0,05. Os resultados foram expressos em tabela por Razão de Prevalência (RP), bruta e ajustada, com intervalos de confiança de 95%. Todas as análises foram realizadas com o software *Stata* 14.1.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo sob parecer número 2.819.597, obedecendo às normas e diretrizes das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Entre os anos de 2011 e 2018 foram registradas 1.649 (P: 7,3%; IC 95%: 7,0-7,7) notificações de violência psicológica na população adulta do estado do Espírito Santo, Brasil. Dentre as vítimas, 1.607 eram mulheres e 42 eram homens (Dados não apresentados em tabela).

A Tabela 1 apresenta as características gerais desse tipo violência em relação aos dados da vítima, do agressor e da ocorrência. Entre os casos notificados, a maioria das vítimas eram mulheres (P: 97,5%; IC 95%: 96,6-98,1), com idades entre 30 e 39 anos (P: 35,2%; IC 95%: 33,0-37,6), autodeclaradas como pretas ou pardas (P: 67,4; IC 95%: 65,0-69,8), com escolaridade de 9 anos ou mais de estudo em 61,9% (IC 95%: 59,3-64,5) dos casos, e cerca de metade das vítimas (P: 50,3%; IC 95%: 47,9-52,8) não possuíam companheiro. Além disso, 91,6% (IC 95%: 90,1-92,9) não apresentam deficiências e 95,3% (IC 95%: 94,2-96,3) residem em área urbana ou periurbana.

Em relação aos agressores, cerca de 9 em cada 10 são do sexo masculino (P: 90,2%; IC 95%: 88,6-91,5) com 25 anos ou mais de idade (P: 83,2%; IC 95%: 80,8-85,4), sendo 85,6% (IC 95%: 83,7-87,3) parceiros ou ex-parceiros das vítimas, e em 60% dos casos (IC 95%: 57,9-63,3) não houve suspeita de uso de álcool. Sobre a agressão, a violência ocorreu em residência (P: 86,1%; IC 95%: 84,3-87,8), possui caráter de repetição (P: 85,9%; IC 95%: 84,1-87,6) e em 78,7% dos registros houve encaminhamento para a rede de atenção (IC 95%: 76,6-80,6) (Tabela 1).

| Variáveis                        | N    | %    | IC 95%    |
|----------------------------------|------|------|-----------|
| <b>Sexo</b>                      |      |      |           |
| Masculino                        | 42   | 2,5  | 1,9-3,4   |
| Feminino                         | 1607 | 97,5 | 96,6-98,1 |
| <b>Faixa etária</b>              |      |      |           |
| 20 a 29 anos                     | 432  | 26,2 | 24,1-28,4 |
| 30 a 39 anos                     | 581  | 35,2 | 33,0-37,6 |
| 40 a 49 anos                     | 418  | 25,4 | 23,3-27,5 |
| 50 a 59 anos                     | 218  | 13,2 | 11,7-14,9 |
| <b>Raça/Cor</b>                  |      |      |           |
| Branca                           | 489  | 32,6 | 30,3-35,0 |
| Preta/Parda                      | 1012 | 67,4 | 65,0-69,8 |
| <b>Escolaridade</b>              |      |      |           |
| 0 a 4 anos                       | 114  | 8,7  | 7,3-10,4  |
| 5 a 8 anos                       | 383  | 29,4 | 26,9-31,9 |
| 9 anos ou mais                   | 808  | 61,9 | 59,3-64,5 |
| <b>Situação conjugal</b>         |      |      |           |
| Sem companheiro                  | 791  | 50,3 | 47,9-52,8 |
| Com companheiro                  | 781  | 49,7 | 47,2-52,2 |
| <b>Deficiências/Transtornos</b>  |      |      |           |
| Não                              | 1385 | 91,6 | 90,1-92,9 |
| Sim                              | 127  | 8,4  | 7,1-9,9   |
| <b>Zona de residência</b>        |      |      |           |
| Urbana/Periurbana                | 1492 | 95,3 | 94,2-96,3 |
| Rural                            | 73   | 4,7  | 3,7-5,8   |
| <b>Sexo do agressor</b>          |      |      |           |
| Masculino                        | 1441 | 90,2 | 88,6-91,5 |
| Feminino                         | 157  | 9,8  | 8,5-11,4  |
| <b>Faixa etária do agressor</b>  |      |      |           |
| 0 – 24 anos                      | 175  | 16,8 | 14,6-19,2 |
| 25 anos e mais                   | 869  | 83,2 | 80,8-85,4 |
| <b>Vínculo com a vítima</b>      |      |      |           |
| Parceiro íntimo (atual ou ex)    | 1287 | 85,6 | 83,7-87,3 |
| Outros                           | 217  | 14,4 | 12,7-16,3 |
| <b>Suspeita de uso de álcool</b> |      |      |           |
| Não                              | 763  | 60,6 | 57,9-63,3 |
| Sim                              | 496  | 39,4 | 36,7-42,1 |
| <b>Ocorreu na residência</b>     |      |      |           |
| Não                              | 216  | 13,9 | 12,2-15,7 |
| Sim                              | 1343 | 86,1 | 84,3-87,8 |

### **Violência de repetição**

|                       |      |      |           |
|-----------------------|------|------|-----------|
| Não                   | 213  | 14,1 | 12,4-15,9 |
| Sim                   | 1302 | 85,9 | 84,1-87,6 |
| <b>Encaminhamento</b> |      |      |           |
| Não                   | 342  | 21,3 | 19,4-23,4 |
| Sim                   | 1263 | 78,7 | 76,6-80,6 |

Tabela 1. Caracterização dos casos notificados de violência psicológica em adultos de acordo com dados da vítima, do agressor e da ocorrência, no Espírito Santo entre os anos de 2011 a 2018.

A Tabela 2 revela a análise bivariada dos dados onde observa-se relação da violência psicológica com as variáveis sexo, idade, escolaridade, presença de deficiências ou transtornos e zona de residência da vítima, do mesmo modo que características ligadas ao agressor como sexo, idade, vínculo com a vítima e suspeita de uso de álcool, bem como o local da ocorrência, a repetição da violência e os encaminhamentos para outros serviços ( $p<0,05$ ). Apenas as variáveis raça/cor e situação conjugal da vítima não estiveram relacionadas a este tipo de violência.

| Variáveis                       | n    | %    | IC 95%   | p-valor |
|---------------------------------|------|------|----------|---------|
| <b>Sexo</b>                     |      |      |          |         |
| Masculino                       | 42   | 1,0  | 0,7-1,4  | <0,001  |
| Feminino                        | 1607 | 8,8  | 8,4-9,2  |         |
| <b>Faixa etária</b>             |      |      |          |         |
| 20 a 29 anos                    | 432  | 5,4  | 4,9-5,9  | <0,001  |
| 30 a 39 anos                    | 581  | 7,6  | 7,0-8,2  |         |
| 40 a 49 anos                    | 418  | 9,0  | 8,3-9,9  |         |
| 50 a 59 anos                    | 218  | 10,0 | 8,9-11,4 |         |
| <b>Raça/Cor</b>                 |      |      |          |         |
| Branca                          | 489  | 7,8  | 7,2-8,5  | 0,646   |
| Preta/Parda                     | 1012 | 7,6  | 7,2-8,1  |         |
| <b>Escolaridade</b>             |      |      |          |         |
| 0 a 4 anos                      | 114  | 5,1  | 4,3-6,1  | <0,001  |
| 5 a 8 anos                      | 383  | 8,7  | 7,9-9,6  |         |
| 9 anos ou mais                  | 808  | 10,0 | 9,4-10,7 |         |
| <b>Situação conjugal</b>        |      |      |          |         |
| Sem companheiro                 | 791  | 8,0  | 7,5-8,6  | 0,141   |
| Com companheiro                 | 781  | 8,6  | 8,0-9,2  |         |
| <b>Deficiências/Transtornos</b> |      |      |          |         |
| Não                             | 1385 | 8,9  | 8,5-9,4  | <0,001  |
| Sim                             | 127  | 4,1  | 3,5-4,9  |         |

|                                  |      |      |           |        |
|----------------------------------|------|------|-----------|--------|
| <b>Zona de residência</b>        |      |      |           |        |
| Urbana/Periurbana                | 1492 | 7,6  | 7,2-7,9   | <0,001 |
| Rural                            | 73   | 3,3  | 2,6-4,2   |        |
| <b>Sexo do agressor</b>          |      |      |           |        |
| Masculino                        | 1441 | 10,2 | 9,7-10,7  | <0,001 |
| Feminino                         | 157  | 2,5  | 2,1-2,9   |        |
| <b>Faixa etária do agressor</b>  |      |      |           |        |
| 0-24 anos                        | 175  | 5,0  | 4,3-5,8   | <0,001 |
| 25 anos e mais                   | 869  | 7,9  | 7,4-8,5   |        |
| <b>Vínculo com a vítima</b>      |      |      |           |        |
| Parceiro íntimo (atual ou ex)    | 1287 | 14,9 | 14,1-15,6 | <0,001 |
| Outros                           | 217  | 3,6  | 31,9-41,4 |        |
| <b>Suspeita de uso de álcool</b> |      |      |           |        |
| Não                              | 763  | 9,2  | 8,6-9,8   | <0,001 |
| Sim                              | 496  | 7,2  | 6,6-7,8   |        |
| <b>Ocorreu na residência</b>     |      |      |           |        |
| Não                              | 216  | 4,1  | 3,6-4,7   | <0,001 |
| Sim                              | 1343 | 9,2  | 8,7-9,7   |        |
| <b>Violência de repetição</b>    |      |      |           |        |
| Não                              | 213  | 2,8  | 2,5-3,2   | <0,001 |
| Sim                              | 1302 | 13,1 | 12,5-13,8 |        |
| <b>Encaminhamento</b>            |      |      |           |        |
| Não                              | 342  | 8,6  | 7,7-9,5   | 0,001  |
| Sim                              | 1263 | 7,1  | 6,7-7,5   |        |

Tabela 2. Distribuição da violência psicológica notificada em adultos, de acordo com as características da vítima, do agressor e da ocorrência, no Espírito Santo nos anos de 2011 a 2018.

Na análise ajustada dos casos de violência psicológica em adultos apresentada na Tabela 3, observou-se que a prevalência desse tipo de violência entre pessoas do sexo feminino é 7,32 vezes maior quando comparada às pessoas do sexo masculino (IC 95%: 5,01-10,68) e 2,45 vezes mais prevalente entre adultos com idades entre 50 e 59 anos quando comparados ao grupo mais jovem (IC 95%: 2,04-2,94). Além disso, esse agravo esteve cerca de 2 vezes mais presente entre adultos com 9 anos ou mais de estudo em comparação às pessoas com escolaridade de até 4 anos (RP: 2,05; IC 95%: 1,66-2,52), bem como foi 89% mais frequente entre os que não possuíam deficiências ou transtornos (RP: 1,89; IC 95%: 1,54-2,31) e cerca de 2 vezes maior entre os residentes em zona urbana ou periurbana (RP: 2,09; IC 95%: 1,58-2,76).

Quanto às características do agressor, a violência psicológica esteve associada a agressores do sexo masculino (RP: 1,48; IC 95%: 1,01-2,18), com 25 anos ou mais de idade (RP: 1,37; IC 95%: 1,10-1,72), com vínculo de parceiro íntimo (atual ou ex) com a

vítima (RP: 1,85; IC 95%: 1,40-2,43) e sem suspeita de uso de álcool na agressão (RP: 1,61; IC 95%: 1,38-1,89). Sobre a ocorrência, esse tipo de violência apresentou caráter de repetição com 5,49 mais frequência do que em eventos únicos (IC 95%: 3,97-7,59) (Tabela 3).

| Variáveis                        | Análise bruta |           |         | Análise ajustada |            |         |
|----------------------------------|---------------|-----------|---------|------------------|------------|---------|
|                                  | RP            | IC 95%    | p-valor | RP               | IC 95%     | p-valor |
| <b>Sexo</b>                      |               |           |         |                  |            |         |
| Masculino                        | 1,0           |           | <0,001  | 1,0              |            | <0,001  |
| Feminino                         | 8,77          | 6,47-11,9 |         | 7,32             | 5,01-10,68 |         |
| <b>Faixa etária</b>              |               |           |         |                  |            |         |
| 20 a 29 anos                     | 1,0           |           | <0,001  | 1,0              |            | <0,001  |
| 30 a 39 anos                     | 1,41          | 1,25-1,59 |         | 1,50             | 1,30-1,74  |         |
| 40 a 49 anos                     | 1,68          | 1,48-1,92 |         | 1,93             | 1,66-2,25  |         |
| 50 a 59 anos                     | 1,87          | 1,60-2,19 |         | 2,45             | 2,04-2,94  |         |
| <b>Escolaridade</b>              |               |           |         |                  |            |         |
| 0 a 4 anos                       | 1,0           |           | <0,001  | 1,0              |            | <0,001  |
| 5 a 8 anos                       | 1,70          | 1,39-2,08 |         | 1,70             | 1,37-2,12  |         |
| 9 anos ou mais                   | 1,96          | 1,62-2,37 |         | 2,05             | 1,66-2,52  |         |
| <b>Situação conjugal</b>         |               |           |         |                  |            |         |
| Sem companheiro                  | 1,0           |           | 0,141   | 1,0              |            | 0,844   |
| Com companheiro                  | 1,07          | 0,98-1,18 |         | 1,01             | 0,91-1,13  |         |
| <b>Deficiências/Transtornos</b>  |               |           |         |                  |            |         |
| Não                              | 2,18          | 1,83-2,60 | <0,001  | 1,89             | 1,54-2,31  | <0,001  |
| Sim                              | 1,0           |           |         | 1,0              |            |         |
| <b>Zona de residência</b>        |               |           |         |                  |            |         |
| Urbana/Periurbana                | 2,28          | 1,81-2,87 | <0,001  | 2,09             | 1,58-2,76  | <0,001  |
| Rural                            | 1,0           |           |         | 1,0              |            |         |
| <b>Sexo do agressor</b>          |               |           |         |                  |            |         |
| Masculino                        | 4,08          | 3,47-4,80 | <0,001  | 1,48             | 1,01-2,18  | 0,046   |
| Feminino                         | 1,0           |           |         | 1,0              |            |         |
| <b>Faixa etária do agressor</b>  |               |           |         |                  |            |         |
| 0-24 anos                        | 1,0           |           | <0,001  | 1,0              |            | 0,006   |
| 25 anos e mais                   | 1,59          | 1,36-1,86 |         | 1,37             | 1,10-1,72  |         |
| <b>Vínculo com a vítima</b>      |               |           |         |                  |            |         |
| Parceiro íntimo (atual ou ex)    | 4,08          | 3,55-4,70 | <0,001  | 1,85             | 1,40-2,43  | <0,001  |
| Outros                           | 1,0           |           |         | 1,0              |            |         |
| <b>Suspeita de uso de álcool</b> |               |           |         |                  |            |         |
| Não                              | 1,27          | 1,14-1,42 | <0,001  | 1,61             | 1,38-1,89  | <0,001  |
| Sim                              | 1,0           |           |         | 1,0              |            |         |

|                               |      |           |      |           |  |
|-------------------------------|------|-----------|------|-----------|--|
| <b>Ocorreu na residência</b>  |      |           |      |           |  |
| Não                           | 1,0  | <0,001    | 1,0  | 0,079     |  |
| Sim                           | 2,24 | 1,95-2,58 | 1,22 | 0,98-1,51 |  |
| <b>Violência de repetição</b> |      |           |      |           |  |
| Não                           | 1,0  | <0,001    | 1,0  | <0,001    |  |
| Sim                           | 4,67 | 4,09-5,38 | 5,49 | 3,97-7,59 |  |

Tabela 3. Análises bruta e ajustada das características da vítima, do agressor e da ocorrência relacionadas à violência psicológica notificada na população adulta do estado do Espírito Santo, nos anos de 2011 a 2018.

## DISCUSSÃO

Embora silenciosa e muitas vezes invisível aos olhos, 7,3% das notificações de violência contra adultos no Espírito Santo foram caracterizadas como psicológica e esteve associada a vítimas do sexo feminino, com mais de 50 anos de idade e com 9 anos ou mais de estudos, sem deficiências ou transtornos e residentes em zona urbana ou periurbana. Essa violência também esteve associada ainda a agressores do sexo masculino, com mais de 25 anos de idade, com vínculo de parceiro íntimo (ex ou atual) com suas vítimas e sem a suspeita de uso de álcool. Além disso, as agressões psicológicas apresentaram caráter de repetição do evento, advertindo para a amplitude deste agravo.

Os resultados deste estudo mostraram que entre os anos de 2011 e 2018 a violência psicológica foi responsável por 7,3% das notificações de violência registradas contra a população adulta no estado do Espírito Santo. Alguns estudos realizados com dados secundários do SINAN evidenciaram frequências de notificação de violência entre mulheres adultas nos estados de São Paulo, Minas Gerais e do Distrito Federal, com prevalências de violência psicológica de 15,5%, 28,2% e 20,3%, respectivamente<sup>(10)(11)(12)</sup>.

A baixa frequência da violência psicológica pode estar ligada a dificuldade de identificação desse agravo pelos profissionais da assistência e pelas próprias vítimas, uma vez que os critérios de sua definição transitam no limite da intimidade e do conceito, essencialmente subjetivos<sup>(12)</sup>, bem como, esse tipo de violência tende a ser entendida como de pouca gravidade, sendo tratada com um certo grau de banalidade, insuficiente para reportar as agressões aos serviços da atenção<sup>(13)</sup>.

Destaca-se que a notificação de violência psicológica foi cerca de 7 vezes mais prevalente entre as pessoas do sexo feminino quando comparadas as do sexo masculino. Estudo realizado com notificações de violência psicológica e moral registradas de 2009 a 2013 no país observou maior frequência de casos notificados do sexo feminino, reafirmando o lugar de vulnerabilidade deste grupo diante das violências<sup>(5)</sup>. Esse resultado evidencia as desigualdades de gênero que se perpetuam em nossa sociedade, traduzidos pelo domínio do homem sobre a mulher, perpetuando o papel de dominação deste homem por meio da força e da coerção psicológica, revelando a hierarquização das relações intra e extra

familiares, pautadas na figura do macho como o soberano, um direito adquirido atribuído ao gênero masculino<sup>(4)</sup>.

Foi observado ainda, que as vítimas com 9 anos ou mais de estudo apresentaram cerca de 2 vezes mais violência psicológica quando comparadas ao grupo com até 4 anos de estudo. Resultado semelhante ao encontrado em outro estudo realizado no estado de Pernambuco com mulheres adultas onde esse tipo de violência esteve associado às vítimas com maior escolaridade<sup>(4)</sup>. Essa relação entre a violência psicológica e a escolaridade das vítimas revela a influência do conhecimento e do reconhecimento acerca do problema por quem sofre, ao passo que as vítimas que possuem menor instrução tendem a ser mais dependentes e desencorajadas a relatar a agressão, destacando a importância do desenvolvimento de estratégias que visam o empoderamento e o desenvolvimento de grupos vulneráveis<sup>(3)</sup>.

Ao analisar a associação entre a violência psicológica e a presença de deficiências e transtornos, observou-se a frequência deste agravio quase 2 vezes mais em pessoas sem deficiências ou transtornos. Este resultado deve ser observado com cautela em razão das possibilidades de subnotificação da violência nestes grupos, uma vez que são maiores as barreiras, dificultando o acesso aos serviços assistenciais e consequentemente a identificação e o registro do agravio<sup>(14)</sup>.

Sobre o local de residência das vítimas, as residentes em zonas urbana e periurbana apresentaram prevalência cerca de 2 vezes maior comparadas às residentes em zona rural. Apesar do local de moradia das vítimas ainda ser uma variável pouco explorada pelas pesquisas em geral, estudo realizado em uma cidade do estado da Bahia com notificações de violência interpessoal de mulheres entre 10 e 49 anos de idade<sup>(13)</sup> também identificou predomínio de vítimas residentes em área urbana, sugerindo que pessoas residentes em área rural possuem menos acesso aos serviços de saúde e por conseguinte tendem a registrar menos os casos de violência, evidenciando uma lacuna provocada pela subnotificação.

Neste estudo, a frequência do abuso emocional esteve associada à agressores do sexo masculino; resultado semelhante a outros estudos próximos à temática realizados com notificações de violência contra mulheres nos estados de Pernambuco<sup>(15)</sup>, de São Paulo<sup>(10)</sup> e de Rondônia<sup>(16)</sup>. Esse perfil salienta as desigualdades de gênero e as relações de poder e dominação entre homens e mulheres, geralmente aceitas e veladas pela vítima e pela sociedade, fonte de sofrimento e de danos à saúde principalmente de quem sofre<sup>(3)(15)(16)</sup>.

Quanto ao vínculo estabelecido entre vítima e agressor, observa-se que os parceiros íntimos (atual ou ex) foram os agressores mais citados. Esse vínculo afetivo entre vítima e agressor pode ser encontrado em outros estudos marcando a violência psicológica nas relações de gênero caracterizadas pela reprodução de estereótipos que legitimam comportamentos violentos<sup>(17)</sup>. Esse resultado revela ainda as relações assimétricas em que as vítimas estão inseridas, marcadas pela dominação de um sobre a subordinação de

outro, pelas desigualdades acentuadas de direitos e deveres entre parceiros, tornando o ambiente doméstico celeiro de agressões pela privacidade e resiliência das vítimas<sup>(11)</sup>.

A violência psicológica esteve associada à ausência de suspeita de uso de álcool pelo agressor. Estudo realizado com mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo, aponta uma associação ao efeito desinibidor do álcool que pode potencializar comportamentos agressivos<sup>(14)</sup>, todavia, essa associação é ainda pouco explorada, indicando a necessidade de novos estudos abarcando essas variáveis para melhor compreensão dessa relação.

A repetição da violência psicológica foi evidenciada nesse estudo. Resultado semelhante ao encontrado em estudo nacional realizado com registros de notificações de violência por parceiro íntimo de mulheres maiores de 15 anos onde a violência psicológica esteve associada à violência de recorrente<sup>(14)</sup>. Para os autores deste estudo, as vítimas e os profissionais de saúde possuem dificuldades em reconhecer esse tipo de violência por seu caráter insidioso, chegando aos serviços assistenciais quando os danos deixam de ser apenas de ordem psicológica. Além disso, a repetição deste agravo indica fragilidade das estratégias de enfrentamento da violência, uma vez que sua recorrência pode estar ligada também à dependências financeiras e emocionais estabelecidas entre vítima e agressor<sup>(11)</sup>.

O estudo apresenta algumas limitações, ponderando a magnitude do fenômeno e suas características inerentes que interferem diretamente sobre a identificação desse tipo de violência, resultando na provável subnotificação dos casos atendidos e registro restrito às ocorrências que geraram algum tipo de demanda nos serviços assistenciais. Todavia, as notificações que compõem o SINAN permanecem como principal instrumento disparador de estratégias de monitoramento, de políticas de enfrentamento, de planejamento estratégico, e principalmente de ações de educação em saúde, que podem tornar o sistema de saúde mais eficiente e menos oneroso<sup>(18)</sup>.

## CONCLUSÃO

A violência psicológica na população adulta esteve associada a vítimas do sexo feminino, mais velhas e com maior escolaridade, sem deficiências ou transtornos e residentes em área urbana. Este agravo apresentou associação com agressores do sexo masculino, com idade superior a 25 anos, vínculo afetivo de parceiro íntimo com a vítima, sem a presença de uso de álcool, mas com característica de evento de repetição.

Os resultados apontam ainda os sistemas de informação em saúde como ferramenta estratégica no enfrentamento da violência, contribuindo para construção de indicadores e qualificação profissional. Além disso, revela características da vítima, do agressor e da ocorrência associadas a maior prevalência de notificações da violência psicológica, ocupando lugar de destaque entre as poucas pesquisas relacionadas a este tipo de violência na população adulta.

## **REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016;[citado 2021 Mar. 01]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_autoprovocada\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf)
2. Brasil. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria n. 737/GM de 16 de maio de 2001. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005;[citado 2021 Mar. 01]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_reducao\\_morbimortalidade\\_acidentes\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf)
3. Ferreira PC, Batista VC, Lino IGT, Marquete VF, Pesce GB, Marcon SS. Caracterização dos casos de violência contra mulheres. Rev. enferm. UFPE on line. [periódico na internet]. 2020;[citado 2021 Mar. 01];14:e243583. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/243583/34594>
4. Siqueira V de B, Leal IS, Fernandes FECV, Melo RA de, Campos MEA de L. Violência psicológica contra mulheres usuárias da Atenção Primária à Saúde. Revista de APS. [periódico na internet]. 2018;[citado 2021 Jan. 05];21(3):437-449. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16379/8460>
5. Gomes SC, Pereira AP, Holanda CAS, Costa Júnior AF da, Oliveira JD de, Quirino G da S. Análise de dados sociodemográficos de notificações de violência psicológica e moral. SANARE-Revista de Políticas Públicas. [periódico na internet]. 2015;[citado 2021 Mar. 04];14(2):51-58. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/825/496>
6. Worl Health Organization (WHO). Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario. Genebra: WHO; 1998;[citado 2021 Mar. 04]; Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/42651/violenceprioritythemesp.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Teófilo MMA, Kale PL, Eppinghaus ALF, Azevedo OP, Farias RS, Maduro Neto JP et al. Violência contra mulheres em Niterói, Rio de Janeiro: informações do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (2010-2014). Cad. Saúde Colet. [periódico na internet]. 2019;[citado 2021 Mar. 04];27(4):437-447. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/S5DmRHyz9HLypcKZwpwnRp/?lang=pt>
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2019. Rio de Janeiro: IBGE; 2019;[citado 2021 Mar. 04]; Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101678.pdf>
9. Brasil. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília: Diário Oficial da União; 2011;[citado 2021 Jun 14]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html)
10. Marinho Neto KRE, Girianelli VR. Evolução da notificação de violência contra mulher no município de São Paulo, 2008-2015. Cad Saude Colet. [periódico na internet]. 2020;[citado 2021 Jun 14];28(4):488-499. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/mpxkNGdrCXMJrgsc9nTjvSq/?lang=pt>

11. Andrade JO, Castro SS, Heitor SFD, Andrade WP, Atihe CC. Indicadores da violência contra a mulher provenientes das notificações dos serviços de saúde de Minas Gerais-Brasil. Texto & contexto enferm. [periódico na internet]. 2016;[citado 2021 Jun 14]; 25(3):e2880015,1-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/8h6NwPh9FwrPkQLWgYvVhs/?lang=pt>
12. Silva LEL da, Oliveira MLC de. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. Epidemiol. Serv. Saude. [periódico na internet]. 2016;[citado 2021 Jun 14];25(2):331-342. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/Qjzmx9JzZsqGSqL4gDBZdxF/?lang=pt>
13. Silva, MP de S, Santos BO, Ferreira TB, Lopes AOS. A violência e suas repercussões na vida da mulher contemporânea. Rev. enferm. UFPE on line. [periódico na internet]. 2017;[citado 2021 mar. 22];11(8):3057-3064. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110209/22112>
14. Mascarenhas MDM, Tomaz GR, Meneses GMS, Rodrigues MTP, Pereira VOM, Corassa RB. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011–2017. Rev Bras Epidemiol. [periódico na internet]. 2020;[citado 2021 Jun 14];23(suppl 1):e200007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/vngYfCPbvZZD5nLtBtYxQ3p/?lang=pt>
15. Viana AL, Carvalho e Lira MO de S, Vieira MCA, Sarmento SS, Souza APL de. Violência contra a mulher. Rev. enferm. UFPE on line. [periódico na internet]. 2018;[citado 2021 Jun 14]; 12(4):923-929. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110273/28639>
16. Oliveira CAB de, Alencar LN de, Cardena RR, Moreira KFA, Pereira PP da S, Fernandes DER. Perfil da vítima e características da violência contra a mulher no estado de Rondônia-Brasil. Rev. cuid. [periódico na internet]. 2019;[citado 2021 mar. 22];10(1):e573. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732019000100203](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000100203)
17. Maia e Silva MC, Brito AM de, Araújo A de L, Abath M de B. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. Epidemiol. Serv. Saúde. [periódico na internet]. 2013;[citado 2021 Jun 14];22(3):403-412. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742013000300005&lng=pt&nrm=is&tlng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000300005&lng=pt&nrm=is&tlng=pt)
18. Polidoro M, Cunda BV, Oliveira DC de. Vigilância da violência no Rio Grande do Sul: panorama da qualidade e da quantidade das informações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2014 a 2018. Saúde em Redes. [periódico na internet]. 2020;[citado 2021 mar. 22];6(2):195-206. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3118>

## CAPÍTULO 4

# OS IMPACTOS DO SOFRIMENTO NA SAÚDE MENTAL DA MULHER NEGRA

---

*Data de aceite: 01/02/2023*

**Elisangela Maximiano**

**Lucas Bitencourt**

PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS,  
RESPONSABILIDADE SOCIAL E CIDADANIA  
GLOBAL

**RESUMO:** O presente artigo científico objetivou a análise das diversas formas de sofrimento enfrentadas pelas mulheres negras no Brasil, abordando, desde seu difícil acesso aos direitos sociais, tais como educação, alimentação, saúde e segurança, até a exposição à violência de gênero. O método de pesquisa utilizado foi o bibliográfico, por meio de leitura de obras e publicações científicas relacionadas ao tema e levantamento de dados estatísticos sobre escolaridade, renda familiar, representatividade política, lesões corporais e feminicídio. O estudo também abordou a interseccionalidade, teoria apresentada por Kimberlé Williams Crenshaw no ano de 1989, de forma a abordar o acúmulo das diferentes dimensões de opressão na vida da mulher negra, e os impactos causados em sua saúde mental, cujo resultado

concreto restou prejudicado devido à pobre bibliografia encontrada sobre esse assunto, concluindo-se que faltam pesquisas e estudos sobre a saúde mental da mulher negra, assim como faltam políticas públicas para sanar a triste realidade por elas enfrentada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Mulher negra; minorias, grupos vulneráveis; interseccionalidade, saúde mental.

**ABSTRACT:** This scientific article aimed to analyze the different forms of suffering faced by black women in Brazil, approaching, from their difficult access to social rights, such as education, food, health and safety, to exposure to gender violence. The research method used was bibliographic, through reading works and scientific publications related to the topic and collecting statistical data on schooling, family income, political representation, bodily harm and femicide. The study also addressed intersectionality, a theory presented by Kimberlé Williams Crenshaw in 1989, in order to address the accumulation of different dimensions of oppression in the life of black women and the impacts caused on their mental health, whose concrete result was impaired due to the poor bibliography found on this subject,

concluding that there is a lack of research and studies on the mental health of black women, as well as public policies to remedy the sad reality they face.

**KEYWORDS:** Black woman; minorities, vulnerable groups; intersectionality, mental health.

## 1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Os seres humanos possuem inúmeras particularidades que os diferenciam uns dos outros, formando grupos distintos, dos quais alguns se destacam por sua dominação perante outros, que por sua vez, constituem minorias ou grupos vulneráveis, já que têm menor acesso a direitos fundamentais e menor capacidade de se protegerem por meios próprios.

Estudos comprovam que dentre as minorias e os grupos vulneráveis, nenhum outro se destaca mais pelo sofrimento quanto as mulheres negras, que sofrem inúmeras mazelas, tais como falta de acesso à educação, saúde, emprego e alimentação, além de serem vítimas de violência de gênero, como lesões corporais, abusos sexuais e feminicídios.

O presente artigo científico objetiva abordar as diversas dimensões de opressão sofridas pelas mulheres negras, por meio de pesquisa bibliográfica e estatísticas sobre escolaridade, violência, saúde e renda, sob a ótica da interseccionalidade, visando analisar como todo esse sofrimento repercute na saúde mental da mulher negra.

A análise das consequências do sofrimento na saúde mental da mulher negra é de suma importância, visto que a saúde é um dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU), sendo obrigação do Estado garantir que as mulheres negras tenham acesso aos direitos fundamentais, de maneira a assegurar a Dignidade da Pessoa Humana, um dos principais fundamentos da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB/1988).

## 2 | MINORIAS E GRUPOS VULNERÁVEIS

O que define o ser humano? Para esta indagação não há resposta simples, visto que o ser humano é complexo e dotado de particularidades que levam em consideração diversos aspectos para tentar entendê-lo. Por meio de pesquisas, tais como o Projeto Genoma, cientistas comprovaram a existência de uma raça única<sup>1</sup>, ou seja, a raça humana, culminando no entendimento de que o negro, o indígena, o caucasiano ou o mongólico pertencem à mesma raça e tal fato não interfere na sua classificação como ser humano.

Contudo, as pessoas possuem características distintas, como gênero, cultura, cor da pele, orientação sexual, religião, dentre outras, e o que deveria ser útil apenas para tornar cada ser humano singular, por vezes é utilizado para segregar, oprimir e discriminar.

---

<sup>1</sup> KOLBERT, Elizabeth. O QUE É A RAÇA. AO CERTO? NATIONAL GEOGRAPHIC PORTUGAL. Disponível em: <<https://nationalgeographic.pt/ciencia/grandes-reportagens/1793-o-que-e-a-raca-ao-certo>>. Acesso em 03 de agosto de 2022.

Neste sentido, algumas dessas particularidades humanas, físicas ou não, podem colocar certos indivíduos à margem da sociedade, resultando com que não tenham acesso efetivo aos mesmos direitos das pessoas que não possuam tais atributos. Estes indivíduos oprimidos por grupos dominantes compõem Minorias e/ou Grupos Vulneráveis.

As minorias são representadas por indivíduos que, devido a qualidades como religião, cultura, características físicas, orientação sexual ou status econômico, não se enquadram em grupos dominantes, e são exemplos de minorias: negros, ciganos, indígenas, pessoas LGBTQIA+, dentre outros.

Destaca-se que o termo minoria não significa que o número de pessoas que componha determinado grupo seja menor que o grupo dominante, pois, os negros, por exemplo, totalizam uma parcela significativa da população em relação aos brancos. Minoria então, refere-se ao mínimo acesso aos direitos fundamentais por parte desses indivíduos.

São as relações de dominação entre os diferentes subgrupos na sociedade e o que os grupos dominantes determinam como padrão que delineiam o que se entende por minoria em cada lugar. Comportamentos discriminatórios e preconceituosos também costumam afetar os grupos minoritários<sup>2</sup>.

Já os Grupos Vulneráveis são formados por aqueles que, de certa forma, são mais frágeis e precisam de maior proteção, e são exemplos as crianças, as mulheres, pessoas com deficiência e os idosos.

A vulnerabilidade também é compreendida como a qualidade de vulnerável (que é suscetível de ser exposto a danos físicos ou morais devido a sua fragilidade). O conceito pode ser aplicado a uma pessoa ou um grupo social, conforme a sua capacidade de prevenir, de resistir ou de contornar potenciais impactos. As pessoas vulneráveis são aquelas que, por diversas razões, não têm esta capacidade desenvolvida e que, por conseguinte, encontram-se em situação de risco.<sup>3</sup>

Entende-se, portanto, que por serem mais vulneráveis a ofensas de natureza física ou moral, certas pessoas estão à mercê dos mais fortes e por isso devem ser melhor protegidas. A vulnerabilidade, então, diz respeito a fragilidade e certo grau de delicadeza da vítima, que faz com que seja mais difícil se defender por meios próprios, sendo, assim, necessário apoio legal e do poder público, para assegurar seu amparo.

## 2.1 Direitos das Minorias e Grupos Vulneráveis

De acordo com o ensinamento de Aristóteles, o tratamento igualitário somente é possível quando os desiguais são tratados na medida de sua desigualdade<sup>4</sup> e nesse

---

2 ENRICONI, Loise. O QUE SÃO MINORIAS? Disponível em: <https://www.politize.com.br/o-que-sao-minorias/>. Acesso em 26 de julho de 2022.

3 TAVARES, Tiffany. GRUPO VULNERÁVEL: SAIBA MAIS SOBRE O ASSUNTO. Disponível em <https://al.se.leg.br/grupo-vulneravel-saiba-mais-sobre-o-assunto>. Acesso em 03 de agosto de 2022.

4 ARISTÓTELES. ETICA A NICÔMACO. 4<sup>a</sup> Edição. Editora Universidade de Brasília, 2001, pag. 92 (apud MAÇALAI, Gabriel e STRUCKER, Bianca. O PRINCÍPIO DA IGUALDADE ARISTOTÉLICO E OS SEUS DEBATES ATUAIS NA SOCIEDADE BRASILEIRA. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/cbpcc/article/view/1258#:~:text=Resumo%3A%20Arist%C3%B3teles%20afirmou%20que%20a,liga%20a%20desigualdade%20a%20certas.>

contexto, para que sejam efetivamente atendidos, as minorias e os grupos vulneráveis precisam de uma maior proteção, a qual encontra respaldo nos direitos humanos na esfera internacional, que ganha a nomenclatura de direitos fundamentais quando internacionalizados pelo Estado.

A existência de uma rede de proteção aos direitos humanos se faz presente tanto no Sistema da Organização das Nações Unidas (ONU), quanto nos sistemas regionais, como o Sistema Interamericano de Direitos Humanos, e é vital para a prevenção de crimes contra a humanidade, como o genocídio, como forma de evitar um novo holocausto, este citado apenas como caso análogo de desrespeito extremo e dominação de um grupo social sobre outro.

O Brasil ratificou e internacionalizou tratados que se comprometem a proteger os direitos mais caros ao ser humano e a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988 (CRFB/88), tem como um dos seus fundamentos a Dignidade da Pessoa Humana.

A Dignidade da Pessoa Humana também vigora como princípio e busca nortear os direitos inerentes a todos os indivíduos, tais como direito à vida, segurança, saúde, educação, etc., direitos estes que são essenciais para que a pessoa tenha uma vida digna, sem privações de qualquer natureza, e se uma pessoa não tiver acesso a determinado direito fundamental, não pode-se dizer que vive com dignidade.

Nessa seara, ainda que o direito desrespeitado não seja tangível, pode causar sequelas irreparáveis na alma humana, tal qual a compreensão de que não se é querido ou que sua vida não tem relevância, comum em quem sofre discriminação e opressão constantes, e que em casos mais drásticos pode levar à depressão ou até mesmo ao suicídio.

A construção da autoestima é deveras importante para a saúde mental, no entanto, como é possível ter uma boa imagem de si próprio em meio a bombardeios de ofensas, ainda que disfarçadas de anedotas que fazem rir apenas aos opressores?

Por conseguinte, as oportunidades não se mostram às pessoas de maneira igualitária, ou seja, o acesso aos bens sociais se apresenta de acordo com o status socioeconômico e até mesmo levando-se em conta o gênero ou a cor da pele da pessoa. Logo, há de se dizer que os direitos são os mesmos, mas sua concretização é seletiva.

Os mecanismos de proteção aos direitos fundamentais devem ser exercidos por meio de políticas públicas, que visem garantir a proteção para todas as pessoas, ao menos do mínimo social aceitável para que viva com dignidade.

## 2.2 Mulheres Negras como Minoria e Grupo e Vulnerável

Fazer parte de uma Minoria ou um Grupo Vulnerável torna o indivíduo alvo de preconceitos e discriminações, mas quando há a união dessas duas características, a sensação de desamparo é maior e a situação torna-se mais preocupante. Se uma mulher sofre discriminação de gênero e uma pessoa negra padece diante do preconceito racial, a

exposição à intolerância é muito maior quando ambas as características se unem.

O racismo é uma herança da escravidão, cuja abolição formal deu-se apenas em 1988, deixando sequelas até hoje não reparadas pela sociedade brasileira. Assim, não é difícil compreender a defasagem educacional do negro em relação ao branco, e suas consequências nefastas.

A história nos mostra que a Lei Aurea não concretizou a liberdade do negro, que continuou em situação de escravidão, já que trabalhava apenas para alimentação e moradia, o que perpetuou por décadas, culminando com que somente as gerações futuras tivessem acesso à alfabetização. De acordo com Maria Lucia Spedo Hilsdorf<sup>5</sup>, há poucas informações sobre as escolas para negros, e a falta de acesso e até mesmo a proibição da educação da população negra se deu como forma de negar a sua emancipação.

Logo, os empregos exercidos pelo negro tinham mais natureza de força bruta do que intelectual, e em consequência, a remuneração era mais baixa, fazendo com que vivesse em precárias condições de moradia, saúde e alimentação.

Se o homem negro possuía poucas oportunidades, o acesso aos direitos sociais da mulher negra apresentava um cenário ainda mais cruel, pois, além do preconceito racial, elas sofriam opressões de gênero e eram proibidas por seus pais ou maridos de frequentarem escolas, e enquanto em pleno Século XX as mulheres brancas lutavam pelo direito à educação superior, as mulheres negras não tinham autorização para se alfabetizarem<sup>6</sup>.

Ao longo dos últimos anos, a mulher vem conquistando seu espaço nos bancos universitários, e em comparação com os homens negros, que iniciaram sua jornada educacional antes das mulheres, a evolução destas é perceptivelmente maior.

Em suma, os resultados mostram que, em média, as mulheres superam os homens nos indicadores educacionais analisados. Entretanto, há considerável desigualdade entre mulheres brancas e mulheres pretas ou pardas, evidenciando que a cor ou raça é fator preponderante na desvantagem educacional, mesmo entre as mulheres que mais se beneficiaram da crescente escolarização: a diferença entre homens brancos e mulheres pretas ou pardas que conseguiram completar o ensino superior ainda é superior a 10 pontos percentuais. Independentemente de as mulheres apresentarem os melhores resultados educacionais em média, elas ainda não alcançaram resultados compatíveis com sua qualificação no mercado de trabalho<sup>7</sup>.

As políticas afirmativas têm alterado essa realidade, a exemplo das cotas raciais, cujo levantamento realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

---

5 HILSDORF, Maria Lúcia Spedo. HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO BRASILEIRA: Leituras. Editora Cengage Learning. 2003, pag. 77 (apud HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO DO NEGRO E OUTRAS HISTÓRIAS. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Desktop/MODELOS%20ELIS/Elis%20Pessoal/POS%20PUC/TCC%20PUC/historia\_educacao\_negro.pdf. Acesso em 26/07/2022.

6 SAE DIGITAL. A HISTÓRIA DAS MULHERES NA LUTA PELO ACESSO À EDUCAÇÃO. Disponível em: <<https://sae.digital/historia-das-mulheres/>>. Acesso em 26 de julho de 2022.

7 IBGE. ESTATÍSTICAS DE GÊNERO – INDICADORES SOCIAIS DAS MULHERES NO BRASIL. Disponível em: <[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101551\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101551_informativo.pdf)>. Acesso em 26 de julho de 2022.

demonstrou que cerca de 27% (vinte e sete por cento) dos estudantes das universidades públicas são mulheres negras<sup>8</sup>.

No entanto, a realidade está longe de ser ideal, já que a mulher, e principalmente a mulher negra, não ocupa os melhores cargos e não possui os melhores salários, e a representatividade deste grupo fica comprometida.

É certo que a realidade somente será alterada mediante a adoção de políticas públicas eficientes no sentido de propiciar o mesmo acesso e as mesmas oportunidades a todas as pessoas, mas que por ora nos parece utópico, visto que as minorias e os grupos vulneráveis não encontram representatividade política, em especial a mulher negra, que apesar de em 2020, de acordo com o IBGE, totalizar 25% (vinte e cinco por cento) da população, ocupa apenas 2% (dois por cento) dos cargos eletivos.<sup>9</sup>

Em sua obra Uma Teoria da Justiça (1971), o filósofo John Rawls (1921 – 2002) nos apresenta o “véu da ignorância”, no qual propõe a ideia de que somente se poderá alcançar a justiça, se no momento das decisões políticas fundantes de uma sociedade não fosse possível saber a posição original do tomador da decisão, ou seja, se não sabe-se se é rico ou pobre, negro ou branco, homem ou mulher, este adotaria políticas mais justas a todos, caso contrário, poderia ser prejudicado pela própria decisão.<sup>10</sup>

De acordo com Denis Coutinho Silveira:

(...) a posição original funciona como um procedimento deontológico que estabelece os pressupostos filosóficos para a escolha de princípios, sendo estes pressupostos considerados com uma situação inicial de igualdade entre as partes, que escolhem princípios sem poderem recorrer ao conhecimento das situações contingentes, isto é, estando sob o véu da ignorância.<sup>11</sup>

Como, infelizmente, a ideia de John Rawls é meramente hipotética, a justiça somente poderá ser alcançada mediante representatividade, ou seja, mais mulheres negras na política e em cargos que possibilite que influenciem de maneira positiva este cenário, para que olhem e lutem pela efetividade dos direitos para seu próprio grupo, objetivando uma vida mais digna e evitando as mazelas sociais vividas por seus pares, que, por vezes, culmina em depressão e suicídio.

### 3 | INTERSECCIONALIDADE

Entre as décadas de 1970 e 1980, surgiu nos Estados Unidos da América e no

8 UOL. LEVANTAMENTO MOSTRA QUE MULHERES NEGRAS SÃO A MAIORIA NAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS. Disponível em: <[https://cultura.uol.com.br/noticias/35440\\_levantamento-mostra-que-mulheres-negras-sao-maioria-nas-universidades-publicas-brasileiras.html](https://cultura.uol.com.br/noticias/35440_levantamento-mostra-que-mulheres-negras-sao-maioria-nas-universidades-publicas-brasileiras.html)>. Acesso em 26 de julho de 2022.

9 IBGE. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMÍCILIOS CONTÍNUA TRIMESTRAL. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6403>>. Acesso em 03 de agosto de 2022.

10 WILKINSON, Will. QUEM FOI JOHN RAWLS: AUTOR DE UMA TEORIA DA JUSTIÇA. Disponível em: <<https://ideiasradicais.com.br/john-rawls/>>. Acesso em 03 de agosto de 2022.

11 SILVEIRA, Denis Coutinho. POSIÇÃO ORIGINAL E O EQUILÍBIO REFLEXIVO DE JOHN RAWLS: O PROBLEMA DA JUSTIFICAÇÃO (apud OLIVEIRA, Edezio Muniz de. A POSIÇÃO ORIGINAL DE JOHN RAWLS. Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-145/a-posicao-original-de-john-rawls/>>). Acesso em 03 de agosto de 2022).

Reino Unido o movimento denominado Black Feminism (feminismo negro), que defende que o feminismo exercitado pelas mulheres brancas não se preocupa em atender às necessidades das mulheres negras, porque elas vivem em outra realidade, não vivenciada pelas primeiras.<sup>12</sup>

O termo interseccionalidade nasceu no ano de 1989, dos estudos da professora estadunidense Kimberlé Williams Crenshaw, realizado em abrigos para mulheres vítimas de violência doméstica nos Estados Unidos da América.

A pesquisa de Crenshaw permitiu o desenvolvimento de uma teoria crítica que relaciona aspectos raciais, sociais e de gênero, de forma a estabelecer diferentes dimensões de opressão.

Onde os sistemas de raça, gênero e dominação de classe convergem, como ocorre nas experiências de mulheres não-brancas, as estratégias de intervenção baseadas unicamente nas experiências das mulheres que não compartilham a mesma classe ou raça de fundo serão de ajuda limitada para as mulheres que por causa de raça e classe enfrentam obstáculos diferentes.<sup>13</sup>

A análise da situação de diversas mulheres vítimas de violência de gênero possibilitou que a autora concluísse que as consequências do patriarcado nessas mulheres se apresentam de maneira distinta do que ocorre com as mulheres brancas, assim como a condição social é um fator que também influencia na forma como essas opressões se manifestam.

Os estudos de Kimberlé Crenshaw tiveram notoriedade entre os intelectuais em meados do ano de 2001, quando ganharam outras dimensões, analisando não apenas as vertentes da raça, do gênero e da condição social, mas ainda é um termo majoritariamente relacionado ao feminismo negro.

Para Carla Akotirene, Interseccionalidade é um “sistema de opressão interligado”<sup>14</sup>, e este conceito nos traz a noção de que, na medida em que as características de vulnerabilidade se somam para marginalizar a mulher negra, ela não encontra representatividade entre as mulheres brancas e nem entre os homens negros, sendo que inclusive entre as próprias mulheres negras a discriminação sofrida se estabelece diferentemente dependendo da classe social, quanto mais pobre, menor a dignidade com que se vive.

## 4 | AS OPRESSÕES SOFRIDAS PELA MULHER NEGRA

São diversas as mazelas suportadas pela mulher negra, das quais a baixa

12 IGNACIO, Julia. O QUE É INTERSECCIONALIDADE. Disponível em: <<https://www.politize.com.br/interseccionalidade-o-que-e/>>. Acesso em 09 de agosto de 2022.

13 CRENSHAW, Kimberlé Williams. MAPEANDO MARGENS: INTERSECCIONALIDE, POLÍTICAS DE IDENTIDADE E VIOLENCIA CONTRA MULHERES NÃO-BRANCAS”. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/mapeando-as-margens-interseccionalidade-politicas-de-identidade-e-violencia-contra-mulheres-nao-brancas-de-kimberle-crenshaw%E2%80%8A-%E2%80%8Aparte-1-4/>>. Acesso em 09 de agosto de 2022.

14 AKOTIRENE, Carla. INTERSECCIONALIDADE. Feminismos Plurais. São Paulo. 2019. Livro Digital, pag. 15. Disponível em: <[https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1154/o/Interseccionalidade\\_\(Feminismos\\_Plurais\)\\_-\\_Carla\\_Akotirene.pdf?1599239359](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1154/o/Interseccionalidade_(Feminismos_Plurais)_-_Carla_Akotirene.pdf?1599239359)

escolaridade destaca-se, visto que culmina em desemprego, pobreza e dependência econômica do cônjuge ou companheiro.

A pobreza ainda afeta a autoestima da mulher negra, que não sente-se segura de si e essa falta de confiança reflete nas suas relações e no seu entendimento de qual o seu lugar no mundo, sendo que por vezes, ela não se acha merecedora de uma situação melhor.

A baixa autoestima geralmente está relacionada a falta de cuidados na infância, pois os primeiros anos de vida são fundamentais para o desenvolvimento do amor próprio, e a criança que tem a consciência de ser amada, de ser importante, possui melhores resultados educacionais e torna-se um adulto melhor realizado.

As pesquisas sobre a autoimagem e o desempenho escolar mostram a forte relação entre a autoestima e a capacidade de aprender. A elevada autoestima estimula a aprendizagem. O aluno que goza de elevada autoestima aprende com mais alegria e facilidade. Enfrenta as novas tarefas de aprendizagem com confiança e entusiasmo. Seu desempenho tende a ser um sucesso, pois a reflexão e o sentimento precedem a ação, demonstrando “firmeza” e expectativas positivas, diferente de um que se sente incompetente, fracassado. O desempenho bem-sucedido reforça seus bons sentimentos. A cada sucesso alcançado, ele se considera mais competente. Sua capacidade de enfrentar desafios é maior e mais saudável psicologicamente do que daquele que tem uma visão negativa de si, pois se acha um derrotado e teme situações que possam expor seus pensamentos e sentimentos.<sup>15</sup>

Por sua vez, a dependência econômica do cônjuge ou companheiro é um dos fatores que podem influenciar em situações de violência doméstica, cujos pilares de sustentação da mulher derrubados pelo agressor são: autoestima, independência financeira, relações familiares e relações de amizade.

Assim, se a mulher possui baixa autoestima e não possui condições de se sustentar por meios próprios, além de não encontrar apoio em suas relações fora da unidade familiar, ela torna-se totalmente dependente do cônjuge ou companheiro, o que dificulta a libertação de situação de violência.

Indicadores demonstram que a maioria das vítimas de violência doméstica, incluindo o feminicídio, são mulheres negras. Durante a pandemia de Coronavírus (COVID-19), apurou-se que a cada 8m (oito minutos) uma mulher sofre violência, e mais da metade é representada por mulheres negras.<sup>16</sup>

Em reportagem à revista da Câmara dos Deputados, a deputada Tereza Nelma (PSDB-AL) divulgou que esse tipo de violência atinge 52% (cinquenta e dois por cento) das

---

15 KEITE, Guilherme. O ESTUDO DA AFETIVIDADE NA FORMAÇÃO DA AUTOESTIMA DA CRIANÇA NA EDUCAÇÃO INFANTIL. Disponível em: <<https://monografias.brasilescola.uol.com.br/pedagogia/o-estudo-afetividade-na-formacao-autoestima-crianca-na-educacao-infantil.htm#:~:text=As%20pesquisas%20sobre%20a%20autoimagem,aprendizagem%20com%20confianca%C3%A7a%20e%20entusiasmo>>. Acesso em 10 de agosto de 2022.

16 MAGNATTO, Silvia. MULHERES NEGRAS SÃO MAIORIA DAS VÍTIMAS DE FEMINICÍDIO E AS QUE MAIS SOFRIM COM DESIGUALDADE SOCIAL. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/832964-mulheres-negras-sao-maioria-das-vitimas-de-feminicidio-e-as-que-mais-sofrem-com-desigualdade-social/>. Acesso em 12 de agosto de 2022.

mulheres negras, 40% (quarenta por cento) das pardas, contra 30% (trinta por cento) de mulheres brancas. Na mesma edição, o Instituto Maria da Penha informou que no de 2020, 52% (cinquenta e dois por cento) das vítimas de estupro e 51% (cinquenta e um por cento) das vítimas de lesão corporal também são negras.<sup>17</sup>

O percentual de homicídios contra as mulheres negras é ainda maior, cerca de 75% (setenta e cinco por cento), e é importante salientar que os dados alarmantes são coletados com base em registros que revelam a raça das vítimas, contudo, vários estados não divulgam tal informação, e a problemática cresce na constatação de que “as mulheres negras têm mais dificuldade em denunciar crimes e acessar os serviços públicos de proteção na pandemia”.<sup>18</sup>

Outro indicador assustador é o de que mais a metade dos lares chefiados por mulheres negras vive abaixo da linha da pobreza, o que segundo o IBGE, significa renda familiar de até R\$420,00 (quatrocentos e vinte reais) mensais.<sup>19</sup> A Síntese dos Indicadores Sociais de 2019 revelou que naquele ano, 63% (sessenta e três por cento) dos lares em que a mulher negra é a única responsável pela renda familiar, vive em condições de precariedade.<sup>20</sup>

Viver abaixo da linha da pobreza afeta o acesso aos direitos fundamentais do indivíduo, e os descritos no artigo 6º da CRFB/88, em especial no que se refere à alimentação, saúde, moradia, educação e segurança, fazendo com que o acesso seja mínimo ou nulo. Nessa esteira, as crianças criadas nessas condições perpetuam a miserabilidade das famílias negras, como em um círculo vicioso.

Pelo exposto, é notório o calvário enfrentado pela mulher negra, que não encontra amparo no Estado e na sociedade, causando nesta uma solidão insuportável, que afeta diretamente sua saúde mental e que, em inúmeros casos acarreta depressão e suicídio.

## 5 I A SAÚDE MENTAL DAS MULHERES NEGRAS

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Assim, cuidar da saúde não comprehende apenas cuidar do corpo físico, mas também dos sofrimentos psicológicos e emocionais.

17 ALESSANDRA, Karla. DEBATEDORES DIZEM QUE VIOLENCIA CONTRA A MULHER É AGRAVADA PELO RACISMO ESTRUTURAL. Disponível em <https://www.camara.leg.br/noticias/828714-debatedores-dizem-que-violencia-contra-a-mulher-e-agravada-pelo-racismo-estrutural/>. Acesso em 12 de agosto de 2022.

18 CAESAR, Gabriela, GRANDIN, Felipe, REIS, Thiago e VELASCO, Clara. MULHERES NEGRAS SÃO AS PRINCIPAIS VÍTIMAS DE HOMICÍDIOS; JÁ AS BRANCAS COMPOEM QUASE METADE DOS CASOS DE ESÃO CORPORAL E ESTUPRO. Disponível em: <https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2020/09/16/mulheres-negras-sao-as-principais-vitimas-de-homicidios-ja-as-brancas-compoem-quase-metade-dos-casos-de-lesao-corporal-e-estupro.ghtml>. Acesso em 12 de agosto de 2022.

19 PAIVA, Vitor. 63% POR CENTO DOS LARES CHEFIADOS POR MULHERES NEGRAS ESTÁ ABAIXO DA LINHA DA POBREZA. Disponível em <https://www.hypeness.com.br/2020/01/63-dos-lares-chefiados-por-mulheres-negras-esta-abaiixo-da-linha-da-pobreza/>. Acesso em 12 de agosto de 2022.

20 SINTESE DE INDICADORES SOCIAIS. UMA ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE VIDA. 2019. Disponível em <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101678.pdf>>. Acesso em 12 de agosto de 2022.

Por sua vez, a saúde mental é definida pela OMS como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade.<sup>21</sup>

Como anteriormente analisado, a mulher negra sofre de diversas mazelas, principalmente em relação aos problemas sociais por ela enfrentados, o que afeta diretamente a sua saúde mental, impossibilitando que tenha um bem-estar físico, psicológico ou emocional, e muito menos que contribua para o crescimento de seus filhos e de seus pares.

No ano de 2015, a cúpula das Nações Unidas se reuniu e estabeleceu os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), também conhecido como Agenda 30, que totaliza uma meta de dezessete objetivos a serem alcançados até o ano de 2030, estando a saúde e o bem-estar estabelecidos no terceiro ODS, que visa “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”.

É certo, então, que a saúde e o bem estar de todas as pessoas é de extrema importância e propósito da ONU, contudo, o Brasil não previu ações no âmbito da saúde mental, atentando-se aos cuidados e prevenção de riscos físicos causados por doenças, acidentes e vícios, mas nada aborda sobre as doenças emocionais, como depressão, ansiedade, estresse, ou acerca de prevenção ao suicídio.<sup>22</sup>

Estudos comprovam que o sofrimento pode acarretar depressão e ansiedade, e esta análise é mais que sociológica, pois leva em consideração a reação do cérebro humano quando exposto a situações estressantes, humilhações e provações.

Para o neurocirurgião Fernando Gomes:

São muitas as informações que acabam impactando o cérebro humano, principalmente a parte emocional – o chamado sistema límbico -, e com isso a autoestima fica abalada e as vias de fuga naturais acabam sendo a manifestação de uma doença como a depressão e ansiedade.<sup>23</sup>

Outro fator que dá ao sofrimento uma consequência tão perturbadora, é que o cérebro humano possui o poder de assimilar com mais intensidade os acontecimentos negativos do que os positivos<sup>24</sup>.

Os estudos demonstram que a depressão é um dos efeitos do sofrimento no cérebro humano, e apesar da constatação de que a mulher negra sofre mais feminicídio, racismo e efeitos da pobreza, poucos são os dados concretos acerca das consequências desse sofrimento, ou seja, há poucos estudos sobre depressão e suicídio nessa parcela da

21 GAINO, Loraine Vivian. O CONCEITO DE SAÚDE MENTAL PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UM ESTADO TRANSVERSAL E QUALIFICATIVO. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762018000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000200007). Acesso em 09 de setembro de 2022.

22 NAÇÕES UNIDAS BRASIL. OS OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL NO BRASIL. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>>. Acesso em 09 de setembro de 2022.

23 LANZA, Fernanda. ENTENDA COMO O CÉREBRO REAGE A SITUAÇÕES DE REJEIÇÃO E PERSEGUIÇÃO. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/entenda-como-o-cerebro-reage-a-situacoes-de-rejeicao-e-perseguicao/>. Acesso em 09 de setembro de 2022.

24 HANSON, Rick. A NEUROCIÊNCIA DO SOFRIMENTO. Disponível em <https://cienciacontemplativa.org/2021/07/18/a-neurociencia-do-sofrimento/>. Acesso em 09 de setembro de 2022.

população, assim como pouco se vê no campo das políticas públicas para remediar o problema.

As estatísticas demonstram que o índice de suicídio de negros é superior aos brancos, principalmente em decorrência do racismo em todas as suas formas, e ainda que mais de 70% (setenta por cento) dos suicidados seja homens, somente no ano de 2019 computou-se que dentre a parcela relativa ao público feminino, o suicídio de jovens negras foi 36% (trinta e seis por cento) maior do que em jovens brancas.<sup>25</sup>

Neste contexto, nota-se uma falha imperdoável do poder público no sentido de detectar e resolver os problemas relacionados à saúde mental da mulher negra.

## 6 I O EMPODERAMENTO COMO PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO E DO SUICÍDIO DAS MULHERES NEGRAS

As opressões sofridas pela mulher negra são várias, e repercutem em diversos aspectos de sua vida, como trabalho, estabilidade financeira, educação, relacionamentos interpessoais, saúde e saúde mental e, nessa seara, há de se ressaltar a importância das políticas públicas, visto que as ações voltadas para dirimir os problemas por ela enfrentados impactarão positivamente em suas vidas, na medida em que terão acesso aos direitos fundamentais a que são carentes, principalmente os direitos sociais.

Investir em políticas que visem proteger a mulher negra e dar a ela oportunidades, é uma forma de empoderar essa população e abrir espaço para que as novas gerações tenham maior consciência de si e usufruam dos direitos inerentes a todas as pessoas.

O empoderamento, portanto, não deve ser visto como uma ação abstrata que parte de uma vontade da mulher e que ela externaliza para o mundo, mas deve ser compreendido como um dever do Estado em assegurar dignidade a essa mulher, assim como também é dever da comunidade em que ela está inserida zelar por sua proteção.

Como bem expõe Joice Berth:

Ora, se a coletividade é o resultado da junção de muitos indivíduos que apresentam algum – ou alguns – elemento em comum, é intrínseco que estamos falando de um processo que se retroalimenta continuamente. Indivíduos empoderados formam uma coletividade empoderada e uma coletividade empoderada, consequentemente, será formada por indivíduos com alto grau de recuperação da consciência do seu eu social, de suas implicações e agravantes.<sup>26</sup>

Como abordado no capítulo anterior, são poucos os dados disponíveis acerca de taxas de depressão e suicídio entre mulheres negras, e os poucos existentes não apresentam elementos que relacionem causas e consequências, tampouco que busquem

25 MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS. PARCERIA PARA REDUZIR ÍNDICE DE SUICÍDIO NA POPULAÇÃO NEGRA. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2018/setembro/partner-para-reduzir-indice-de-suicidio-na-populacao-negra>. Acesso em 09 de setembro de 2022.

26 BERTH, Joice. EMPODERAMENTO. FEMINISMS PLURAIS. EBOOK. Página 36. Disponível em: <https://www2.unifap.br/neab/files/2021/01/Empoderamento-Feminismos-Plurais-Joice-Berth.pdf> Acesso em 13 de setembro de 2022.

soluções para o problema, o que nos leva a refletir se há interesse nesse espécie de estudo e concretamente, se há interesse em mostrar alternativas para melhorar as condições de vida das mulheres negras.

Empoderar a população feminina negra é dar a estas mulheres condições para serem concretamente sujeitos de direitos humanos, investindo em educação, saúde, oportunidades de trabalho, e empoderar também é proteger sua integridade física, possibilitar que se sinta importante.

## 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve por objeto a análise das diversas formas de sofrimento de que são vítimas as mulheres negras, desde a falta de acesso aos direitos mais básicos, até a exposição à violência física e sexual, com o objetivo de estabelecer quais os impactos desse sofrimento na saúde mental e se há relação entre depressão e suicídio desse público.

Foram analisados obras e estudos sobre interseccionalidade, além de dados estatísticos relacionados à escolaridade, saúde, renda e violência, concluindo-se que, em que se pese a educação tardia da população negra, a mulher afrodescendente vem conquistando cada vez mais espaço nos bancos universitários, contudo, ainda é o grupo menor remunerado, e que mais sofre violência, além de ter a menor representação política, o que culmina com que receba menor investimento em políticas públicas.

Apesar de haver diversos dados sobre aspectos distintos de sofrimento das mulheres negras, pouco se aborda em relação à sua saúde mental, há poucos dados sobre índices de depressão e suicídios relacionados a este grupo, carecendo de estudos de verificação das causas e consequências, tampouco que auxiliem na proposta de soluções para a problemática.

## REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, Carla. **INTERSECCIONALIDADE**. Feminismos Plurais. São Paulo. 2019. Livro Digital, pag. 15. Disponível em: <[https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1154/o/Interseccionalidade\\_\(Feminismos\\_Plurais\)\\_-\\_Carla\\_Akotirene.pdf?1599239359](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1154/o/Interseccionalidade_(Feminismos_Plurais)_-_Carla_Akotirene.pdf?1599239359)> Acesso em 09 de agosto de 2022.

ALESSANDRA, Karla. **DEBATEDORES DIZEM QUE VIOLENCIA CONTRA A MULHER É AGRAVADA PELO RACISMO ESTRUTURAL**. Disponível em <https://www.camara.leg.br/noticias/828714-debatedores-dizem-que-violencia-contra-a-mulher-e-agravada-pelo-racismo-estrutural/>. Acesso em 12 de agosto de 2022.

ARISTÓTELES. **ETICA A NICÔMACO**. 4ª Edição. Editora Universidade de Brasília, 2001, pag. 92 (apud MAÇALAI, Gabriel e STRUCKER, Bianca. O PRINCÍPIO DA IGUALDADE ARISTOTÉLICO E OS SEUS DEBATES ATUAIS NA SOCIEDADE BRASILEIRA. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/cbpcc/article/view/1258#:~:text=Resumo%3A%20Arist%C3%B3teles%20afirmou%20que%20a,liga%20a%20desigualdade%20a%20certas.>

BERTH, Joice. **EMPODERAMENTO. FEMINISMOS PLURAIS. EBOOK.** Página 36. Disponível em: <https://www2.unifap.br/neab/files/2021/01/Empoderamento-Feminismos-Plurais-Joice-Berth.pdf>> Acesso em 13 de setembro de 2022.

CREENSHAW, Kimberlé Williams. **MAPEANDO MARGENS: INTERSECCIONALIDE, POLÍTICAS DE IDENTIDADE E VIOLENCIA CONTRA MULHERES NÃO-BRANCAS”.** Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/mapeando-as-margens-interseccionalidade-politicas-de-identidade-e-violencia-contra-mulheres-nao-brancas-de-kimberle-crenshaw%E2%80%8A-%E2%80%8Aparte-1-4/>>. Acesso em 09 de agosto de 2022.

CAESAR, Gabriela, GRANDIN, Felipe, REIS, Thiago e VELASCO, Clara. **MULHERES NEGRAS SÃO AS PRINCIPAIS VÍTIMAS DE HOMICÍDIOS; JÁ AS BRANCAS COMPOEM QUASE METADE DOS CASOS DE ESÃO CORPORAL E ESTUPRO.** Disponível em: <https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2020/09/16/mulheres-negras-sao-as-principais-vitimas-de-homicidios-ja-as-brancas-compoem-quase-metade-dos-casos-de-lesao-corporal-e-estupro.shtml>. Acesso em 12 de agosto de 2022.

ENRICONI, Loise. **O QUE SÃO MINORIAS?** Disponível em: <https://www.politize.com.br/o-que-sao-minorias/>. Acesso em 26 de julho de 2022.

GAINO, Loraine Vivian. **O CONCEITO DE SAÚDE MENTAL PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UM ESTADO TRANSVERSAL E QUALIFICATIVO.** Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762018000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000200007). Acesso em 09 de setembro de 2022.

HANSON, Rick. **A NEUROCIÊNCIA DO SOFRIMENTO.** Disponível em <https://cienciacontemplativa.org/2021/07/18/a-neurociencia-do-sofrimento/>. Acesso em 09 de setembro de 2022.

HILSDORF, Maria Lúcia Spedo. **HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO BRASILEIRA:** Leituras. Editora Cengage Learning. 2003, pag. 77 (apud HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO DO NEGRO E OUTRAS HISTÓRIAS. Disponível em: <[file:///C:/Users/User/Desktop/MODELOS%20ELIS/Elis%20Pessoal/POS%20PUC/TCC%20PUC/historia\\_educacao\\_negro.pdf](file:///C:/Users/User/Desktop/MODELOS%20ELIS/Elis%20Pessoal/POS%20PUC/TCC%20PUC/historia_educacao_negro.pdf)>. Acesso em 26/07/2022.

IGNACIO, Julia. **O QUE É INTERSECCIONALIDADE.** Disponível em: <<https://www.politize.com.br/interseccionalidade-o-que-e/>>. Acesso em 09 de agosto de 2022.

KEITE, Guilherme. **O ESTUDO DA AFETIVIDADE NA FORMAÇÃO DA AUTOESTIMA DA CRIANÇA NA EDUCAÇÃO INFANTIL.** Disponível em: <<https://monografias.brasilescola.uol.com.br/pedagogia/o-estudo-afetividade-na-formacao-autoestima-crianca-na-educacao-infantil.htm#:%~:text=As%20pesquisas%20sobre%20a%20autoimagem,aprendizagem%20com%20confian%C3%A7a%20e%20entusiasmo>>. Acesso em 10 de agosto de 2022.

KOLBERT, Elizabeth. **O QUE É A RAÇA. AO CERTO?** NATIONAL GEOGRAPHIC PORTUGAL. Disponível em: <<https://nationalgeographic.pt/ciencia/grandes-reportagens/1793-o-que-e-a-raca-ao-certo>>. Acesso em 03 de agosto de 2022.

LANZA, Fernanda. **ENTENDA COMO O CÉREBRO REAGE A SITUAÇÕES DE REJEIÇÃO E PERSEGUição.** Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/entenda-como-o-cerebro-reage-a-situacoes-de-rejeicao-e-perseguicao/>. Acesso em 09 de setembro de 2022.

MAGNATTO, Silvia. **MULHERES NEGRAS SÃO MAIORIA DAS VÍTIMAS DE FEMINICÍDIO E AS QUE MAIS SOFREM COM DESIGUALDADE SOCIAL**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/832964-mulheres-negras-sao-maioria-das-vitimas-de-feminicidio-e-as-que-mais-sofrem-com-desigualdade-social/>. Acesso em 12 de agosto de 2022.

PAIVA, Vitor. **63% POR CENTO DOS LARES CHEFIADOS POR MULHERES NEGRAS ESTÁ ABAIXO DA LINHA DA POBREZA**. Disponível em <https://www.hypeness.com.br/2020/01/63-dos-lares-chefiados-por-mulheres-negras-esta-abixo-da-linha-da-pobreza/>. Acesso em 12 de agosto de 2022.

SILVEIRA, Denis Coutinho. **POSIÇÃO ORIGINAL E O EQUILIBRIO REFLEXIVO DE JOHN RAWLS: O PROBLEMA DA JUSTIFICAÇÃO** (apud OLIVEIRA, Edezio Muniz de. A POSIÇÃO ORIGINAL DE JOHN RAWLS. Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-145/a-posicao-original-de-john-rawls/>>. Acesso em 03 de agosto de 2022).

TAVARES, Tiffany. **GRUPO VULNERÁVEL: SAIBA MAIS SOBRE O ASSUNTO**. Disponível em <https://al.se.leg.br/grupo-vulneravel-saiba-mais-sobre-o-assunto>. Acesso em 03 de agosto de 2022.

## CAPÍTULO 5

# INFLUÊNCIA DO GÊNERO NAS OCORRÊNCIAS DE ADOLESCENTES ATENDIDOS PELO SAMU NO ANO DE 2015

---

Data de submissão: 18/12/2022

Data de aceite: 01/02/2023

### **Gisele Nascimento Loureiro**

Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM  
Vitória – Espírito Santo  
<http://lattes.cnpq.br/4999012855440736>

### **Isadora dos Reis Martins**

Médica pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
Vitória – Espírito Santo  
<http://lattes.cnpq.br/0543440376268343>

### **Caio Duarte Neto**

Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM  
Vitória – Espírito Santo  
<http://lattes.cnpq.br/8898049486126005>

### **Luciana Carrupt Machado Sogame**

Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo – Unifesp.  
Docente do quadro permanente do Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória-EMESCAM  
Vitória – Espírito Santo  
<http://lattes.cnpq.br/0690734942606200>

**RESUMO:** Introdução: Considerando os processos de saúde e doença, características pessoais resultantes de interações biológicas, psicológicas e sociais, estabeleceram-se diretrizes no Programa Saúde do Adolescente para o atendimento adequado a essa população. Observam-se características peculiares e diferenças marcantes em relação ao gênero nesta fase da vida. No sistema de saúde, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192, representa a garantia de acesso à continuidade da assistência e pode constituir um importante marcador de qualidade da condição de saúde de adolescentes. Objetivo: Discutir a influência do gênero nas ocorrências envolvendo adolescentes atendidos pelo SAMU 192 no Espírito Santo. Métodos: estudo observacional, transversal com coleta retrospectiva dos dados dos boletins de ocorrência pré-hospitalar no ano de 2015. Foram incluídos adolescentes de 10 a 19 anos, oriundos do atendimento primário, analisadas as variáveis sexo, idade, município da ocorrência, dia da semana, turno, classificação do grau de urgência realizada pelo Médico Regulador, tipo de resposta enviada, tipo da ocorrência, e destino dos adolescentes. Resultados: 7,2%

da população assistida pelo SAMU 192 no período do estudo era composta por adolescentes, 65% pertencia ao grupo entre 15 e 19 anos, 72% foram atendidos de segunda a sexta-feira, 56% no período diurno, com predomínio de ocorrências de trauma (54,9%), classificados como amarelo (66,2%). A Unidade de Suporte Básico, foi o recurso mais utilizado (73,2%) e 83,8% dos pacientes foram removidos. Observou-se associação significante ( $p<0,05$ ) entre o tipo de ocorrência e o gênero, com relação às ocorrências clínicas para o gênero feminino e ocorrências de trauma para o gênero masculino. Conclusão: O gênero influenciou no tipo de ocorrência, sendo que o gênero feminino foi mais associado a ocorrências clínicas e o masculino ao trauma. Pretende-se com os resultados, contribuir com informações para o monitoramento e adequação das políticas de atenção do adolescente à realidade local.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gênero. Adolescente. Serviços Médicos de Emergência.

## THE GENDER INFLUENCE ON THE OCCURENCES OF ADOLESCENTS ASSISTED BY SAMU 192 IN 2015

**ABSTRACT:** Introduction: Considering the health and disease processes, personal characteristics resulting from biological, psychological and social interactions, guidelines were established in the Adolescent Health Program for proper care to this population. It is observed peculiar characteristics and marked differences in relation to gender at this stage of life. In the health system the Mobile Emergency Care Service (SAMU) 192 represents the guarantee of access to continuity of care, can be an important marker of quality of health of adolescents. Objective: To discuss the influence of gender on the occurrences of adolescents attended by SAMU 192 in the Espírito Santo state. Methods: observational, cross-sectional study with retrospective collection of data from prehospital reports in 2015. Were included adolescents (10-19 years) from primary care, analyzed by gender, age, municipality of occurrence, day of the week, shift, classification of the degree of urgency performed by the Regulator, the type of response sent, the type of occurrence, and the destination of adolescents. Results: 7.2% of the population assisted by SAMU 192 in the study period consisted of adolescents, 65% belonged to the group of adolescents between 15 and 19 years, 72% were attended from monday to friday, 56% during the day, with trauma (54.9%), classified as yellow (66.2%). The Basic Support Unit was the most used resource (73.2%) and 83.8% of the patients were removed. There was a significant association ( $p<0,05$ ) between the type of occurrence and gender, in relation to clinical occurrences for females and trauma occurrences for males. Conclusion: Gender was influential to the type of occurrence, and females was more associated with clinical occurrences and male to trauma. It is intended with the results to contribute with information for monitoring and adaptations of health care policies to adolescents to the local reality.

**KEYWORDS:** Gender. Teen. Emergency Medical Services.

## 1 | INTRODUÇÃO

A adolescência pode ser compreendida como uma fase da vida em que os indivíduos experimentam importantes e rápidas transformações biológicas, fisiológicas e emocionais associadas à definição de seu papel social. Esse conjunto de modificações os torna mais vulneráveis devido aos riscos para sua saúde e qualidade de vida, principalmente

relacionados a comportamentos associados ao tabagismo, consumo de álcool e drogas, agressões, relações sexuais desprotegidas, dietas inadequadas e sedentarismo que compõem o cenário das causas diretamente relacionadas à morbidade e mortalidade observada nesta faixa etária (GONÇALVES et al. 2019).

Dados da OMS revelavam em 2017, que a população mundial era composta por 1,2 bilhão de adolescentes, ou seja, uma em cada seis pessoas no mundo tinha idade entre 10 e 19 anos (OMS, 2017). No Brasil, os adolescentes representavam aproximadamente de 16% da população brasileira no ano de 2015, estimativa global do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No Espírito Santo, segundo a mesma fonte, os adolescentes correspondiam aos mesmos 16%, sendo 50,4% sexo feminino<sup>1</sup>.

Atualmente o comportamento do adolescente os tornam mais vulneráveis para as causas de mortalidade observadas. No Relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) foi publicado que mais de três mil adolescentes morrem todos os dias, totalizando 1,2 milhão de mortes por ano, por causas amplamente evitáveis (OMS, 2017). Em 2015, mais de dois terços dessas mortes ocorreram em países de baixa e média renda na África e no Sudeste Asiático, sendo as lesões de trânsito, as infecções respiratórias inferiores e o suicídio, as maiores causas de morte entre os adolescentes (OMS, 2017).

As causas externas figuraram entre as principais causas de mortalidade no Brasil, em todas as faixas etárias, sendo a terceira principal causa geral de óbitos no país (BRASIL, 2019). Em decorrência deste fato, com o apoio de movimentos sociais e com a reflexão acadêmica já acumulada no país desde 1970 que, em 2001, o Ministério da Saúde (MS) promulgou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) e foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), responsável pelo componente pré-hospitalar da Rede de Atenção às Urgências (MINAYO, 2018; BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

Para a operacionalização da rede de atenção às urgências, é fundamental conhecer a demanda e o perfil de morbidade da população atendida no serviço, o que possibilita a análise de suas necessidades e o direcionamento adequado para a efetiva atenção integral à saúde. Os atendimentos do SAMU às crianças e adolescentes em situação de violência contemplam situações críticas, classificadas como urgência. Portanto, representa parte da população que sofre o fenômeno, sendo exclusivamente detentoras de agravos críticos (DONATO, 2016).

Este estudo propõe conhecer esse público e suas necessidades agudas, buscando observar diferenças entre os sexos nas ocorrências que levam ao acionamento do SAMU 192, assim como estudar fatores sociodemográficos que possam interferir na assistência e no destino do paciente, a fim de contribuir para um cuidado integral e resolutivo, em

---

1 Dados extraídos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual (PNAD), Tabela 6706 - População residente, por sexo e grupos de idade - Pirâmide etária. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6706>. Acesso em 27 de novembro de 2022.

conformidade com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens com enfoque no serviço de atendimento pré-hospitalar.

## 2 | MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal com coleta retrospectiva dos dados dos boletins de ocorrência impressos dos atendimentos pré-hospitalares do SAMU 192 do Espírito Santo (ES), dos meses de janeiro a dezembro do ano de 2015. Os dados foram coletados na Central de Regulação Médica das Urgências, localizada em Vitória – ES. Este estudo teve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, pelo Parecer nº 1.748.503, como parte dos objetivos da pesquisa “Rede de Urgência e Emergência: Estudo do SAMU 192 na Região Metropolitana no ES”.

Quanto ao conceito de gênero, observa-se que o uso de sexo e gênero como sinônimos reforça a ideia de que o sexo biológico é responsável pelos atributos de homens e mulheres. Desvinculando o conceito de gênero da esfera biológica, o gênero se refere à construção social do papel do homem e da mulher e das relações estabelecidas entre eles. No entanto, nesta pesquisa, será considerado gênero na perspectiva mais comum, de sexo feminino e masculino, dentro de uma construção histórica e social (NOGUEIRA, 2008).

A amostra foi estimada a partir da seguinte fórmula:  $n_0 = Z_2 \times \delta_2 / E_2$  em que  $n_0$  é o número mínimo amostral obtido através da fórmula,  $Z_2$  equivale ao valor correspondente considerando um intervalo de confiança IC de 95% ( $Z=1,96$ ),  $\delta_2$  à proporção que se espera encontrar ( $\delta=1/2$ , ou seja, 0,5) e  $E_2$  equivale ao erro amostral tolerado ( $E =0,02$ ) (BARBETTA, 2010). Assim, obteve-se o número mínimo amostral correspondente a 2.401 registros que, por arredondamento, foi considerado como 2.500, a fim de minimizar os riscos de erro amostral e de possíveis perdas da amostra.

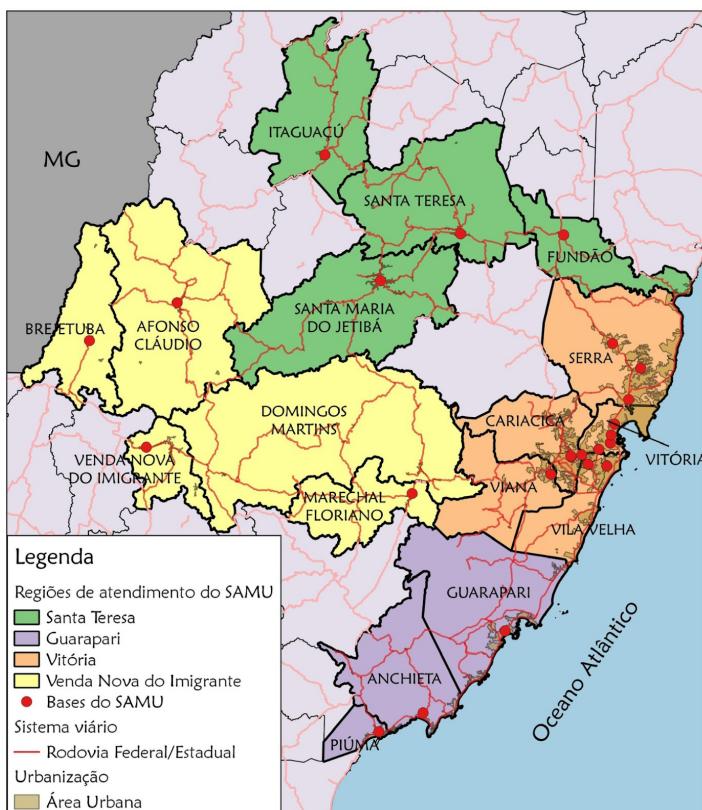
A seleção ocorreu por meio do processo de amostragem sistemática, utilizando um intervalo de seleção preestabelecido, em que a cada 20 ocorrências a vigésima era selecionada para compor a pesquisa. Assim, o total de atendimentos em 2015 foi de 51.555 e foram coletadas informações acerca de 2.502 atendimentos. Desses, 180 foram a adolescentes, correspondendo a 7,2% da população atendida na amostra selecionada.

Para inclusão nesta pesquisa, foram considerados atendimentos a adolescentes (10 a 19 anos), oriundos do atendimento primário e excluídos os pacientes em cujo boletim não constavam as variáveis de interesse. Dessa forma, dos 180 boletins acima descritos, 142 (5,7%) atendiam aos critérios de inclusão e, portanto, integraram as análises deste estudo.

As variáveis coletadas foram: sexo (masculino, feminino), idade em anos (10 a 14 anos – pré-adolescência, e de 15 a 19 anos – adolescência), municípios de ocorrência, gravidade presumida pelo médico regulador (azul/verde, amarelo e vermelho), período da semana (segunda a sexta-feira e final de semana – sábado e domingo), tipo de ocorrência

(clínica, trauma, psiquiátrica, gineco-obstétrica), tipo de recurso empenhado (Unidade de Suporte Básico – USB, Unidade de Suporte Avançado - USA, USB seguida de USA), se os pacientes foram removidos (se foram encaminhados ao Hospital, Pronto Atendimento/ Unidade de Pronto Atendimento - UPA - 24 h ou SVO) ou não removidos do local da ocorrência (liberados no local, recusaram atendimento ou óbito).

Quanto aos municípios de ocorrência, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado do Espírito Santo de 2011, dos 17 que faziam parte da área de abrangência do SAMU em 2015, 15 pertenciam à Região Metropolitana e dois à Região Sul. Para fins de análise, foram agrupados em quatro regiões distintas, seguindo a logística administrativa do SAMU e sua área de abrangência, tendo em vista, no mínimo, uma USA por região. Foram, portanto, categorizados em Região de Vitória (Cariacica, Serra, Viana, Vila Velha, Vitória), Região de Guarapari (Anchieta, Guarapari, Piúma), Região de Santa Teresa (Fundão, Itaguaçu, Santa Maria de Jetibá e Santa Teresa), Região de Venda Nova do Imigrante (Afonso Cláudio, Brejetuba, Domingos Martins, Marechal Floriano, Venda Nova do Imigrante), conforme se observa no Mapa 1.



Mapa 1. Regiões de atendimento do SAMU 192, de acordo com logística administrativa e os municípios de abrangência, no ano de 2015, no Espírito Santo.

Fonte: Sogame et al., 2021

A população geral foi classificada quanto ao nível de urgência/gravidade estimada pelo médico regulador no momento do acionamento. As informações foram extraídas do sistema de regulação e categorizadas como: Prioridade Absoluta (Vermelho), compreendendo os casos em que há risco iminente de vida e/ou perda funcional grave, imediata ou secundária, Prioridade Moderada (Amarelo), casos com exigência de atendimento médico dentro de poucas horas, Prioridade Baixa (Verde), incluindo os casos onde há necessidade de avaliação médica, sem risco de vida ou perda funcional, podendo aguardar várias horas, e Prioridade Mínima (Azul) nas situações em que o regulador pode realizar orientações por telefone, assim como encaminhamentos. Para fins de análise estatística, devido ao menor número de atendimentos classificados como Prioridade Baixa (Verde) e Prioridade Mínima (Azul), essas variáveis foram agrupadas.

A análise descritiva foi realizada por medidas de resumo de dados, como médias, desvio padrão, mínimo e máximo, para as variáveis contínuas. A análise inferencial foi realizada por testes univariados, adotando nível de significância de  $p < 0,05$ , por meio do teste de Qui Quadrado com Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%) para todas as análises, utilizando-se o software SPSS (IBM 23). Para as variáveis em que houve associação significativa ( $p < 0,05$ ), foi calculado o resíduo ajustado do Qui Quadrado, sendo considerada associação significante entre duas categorias em que o resíduo ajustado foi maior que 1,96.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultado, verificou-se que 7,2% da população assistida pelo SAMU 192 no período do estudo era composta por adolescentes. Destes, foram incluídos no estudo 142 adolescentes (5,7%), dos quais 36% eram do sexo feminino e 64% do sexo masculino. A média de idade era de 15 anos e seis meses com desvio padrão de  $\pm 2,77$  anos, com idade mínima de 10 anos e máxima de 19 anos.

Dos 142 pacientes incluídos no estudo, a maioria pertencia ao grupo de adolescentes entre 15 e 19 anos (65%), foram atendidos de segunda à sexta-feira (72%), no período diurno (56%). Observou-se predomínio de ocorrências de acidentes e violências, responsáveis por 54,9% dos atendimentos, seguidas de ocorrências clínicas 30,3%, psiquiátricas 9,9% e gineco-obstétricas 4,9%. Em relação à gravidade estimada, houve predomínio das ocorrências classificadas como amarelo, a USB foi o recurso mais utilizado (73,2%) e 83,8% dos pacientes foram removidos.

Dos municípios atendidos pelo SAMU a Grande Vitória foi responsável por 74% das ocorrências. Dos 83,8% removidos, 32,2% foram levados a algum hospital e 14,9% para pronto-atendimento ou UPA, enquanto, dentre os não removidos, 40,9% foram liberados no local, 36,4% recusaram atendimento e 18,2% evoluíram com óbito no local do atendimento. No ano de 2015, o SAMU do ES ofertou assistência para 55% da população capixaba,

correspondendo a 2.155.351 habitantes (BRASIL, 2015). Observou-se que a maioria dos adolescentes assistidos pelo SAMU concentrou-se na região de Vitória (87,2%), composta por cinco municípios, entre eles os quatro mais populosos do Estado: Cariacica, Serra, Vila Velha e Vitória.

A Tabela 1 apresenta a comparação do perfil das vítimas de acordo com o gênero. Observou-se associação significativa entre o tipo de ocorrência e o sexo, com relação às ocorrências clínicas para o sexo feminino e ocorrências de acidentes e violência para o sexo masculino. Quanto ao período de solicitação observou-se associação significativa entre o período matutino e as ocorrências com adolescentes do sexo feminino.

| VARIÁVEL                       | Gênero   |           | <i>p</i>       |
|--------------------------------|----------|-----------|----------------|
|                                | Feminino | Masculino |                |
| <b>Idade</b>                   |          |           |                |
| 10 a 14 anos                   | 18       | 35,3      | 35,2<br>0,988  |
| 15 a 19 anos                   | 33       | 64,7      | 64,8           |
| <b>Período da semana</b>       |          |           |                |
| Segunda a sexta-feira          | 36       | 70,6      | 72,5<br>0,805  |
| Sábado e domingo               | 15       | 29,4      | 27,5           |
| <b>Turno</b>                   |          |           |                |
| Matutino                       | 14       | 27,5*     | 13,2<br>0,050  |
| Vespertino                     | 14       | 27,5      | 44,0           |
| Noturno                        | 23       | 45,1      | 42,9           |
| <b>Tipo de Ocorrência</b>      |          |           |                |
| Clínica                        | 20       | 39,2*     | 25,3           |
| Acidentes e violência          | 19       | 37,3      | 64,8*<br>0,000 |
| Gineco-Obstétrica              | 7        | 13,7      | 0,0            |
| Psiquiátrico                   | 5        | 9,8       | 9,9            |
| <b>Gravidade estimada</b>      |          |           |                |
| Vermelho                       | 8        | 15,7      | 24,2<br>0,406  |
| Amarelo                        | 35       | 68,6      | 64,8           |
| Verde/Azul                     | 8        | 15,7      | 11,0           |
| <b>Tipo de Recurso Enviado</b> |          |           |                |
| USA                            | 6        | 11,8      | 22,0           |
| USB                            | 42       | 82,4      | 70,3<br>0,379  |
| USB/USA                        | 1        | 2,0       | 1,1            |
| Sem informação                 | 2        | 3,9       | 6,6            |

| <b>Região da ocorrência</b> |    |      |    |      |       |
|-----------------------------|----|------|----|------|-------|
| Grande Vitória              | 40 | 78,4 | 65 | 71,4 |       |
| Guarapari                   | 6  | 11,8 | 7  | 7,7  |       |
| Santa Teresa                | 3  | 5,9  | 4  | 4,4  | 0,201 |
| Venda Nova do Imigrante     | 2  | 3,9  | 8  | 8,8  |       |
| Sem informação              | 0  | 0,0  | 7  | 7,7  |       |
| <b>Removidos</b>            |    |      |    |      |       |
| Sim                         | 44 | 86,3 | 76 | 83,5 | 0,663 |
| Não                         | 7  | 13,7 | 15 | 16,5 |       |

\*Resíduo do Qui Quadrado (resíduo ajustado) com valores superiores a 1,96.

Tabela 1. Comparação das características dos atendimentos às vítimas adolescentes socorridas pelo SAMU 192, no ano de 2015, no estado do Espírito Santo

Observou-se que, quanto à classificação em pré-adolescência e adolescência, que não houve diferença estatisticamente significante entre os sexos masculino e feminino para a população atendida. Quanto ao turno de atendimento foi observado predomínio dos atendimentos para o sexo feminino no turno matutino, o que pode ser explicado de forma comparativa ao sexo masculino devido à prevalência dos atendimentos no turno vespertino para os mesmos. No turno vespertino aumenta o fluxo de veículos, comum no retorno da escola ou do trabalho, e possivelmente os acidentes ocorridos neste período possam ser justificados pelo cansaço, desgaste físico e mental tornando-os mais vulneráveis à ocorrência de acidentes (DANTAS et al., 2018).

Na presente pesquisa, houve associação do gênero masculino com as ocorrências de acidentes e violência e do gênero feminino com ocorrências clínicas. A influência do gênero também foi observada por Moreira (2018), que realizou pesquisa com o objetivo de verificar a distribuição dos óbitos de adolescentes por acidentes de transporte segundo tipo de vítima, faixa etária, e sexo, e observou nos resultados que o sexo masculino representou o maior número de óbitos tanto na faixa etária de 10 a 14 anos, quanto entre 15 a 19 anos, para todos os tipos de vítimas envolvidos, dentre eles pedestre, motociclista, automóvel e outros tipos de transporte terrestre não especificados.

Quanto aos atendimentos realizados pelo SAMU, na pesquisa observamos nos resultados predomínio de ocorrências de natureza clínica para o sexo feminino (39,2%), sendo observadas queixas como crise convulsiva, dispneia e síncope, causas também observadas em estudo realizado em Botucatu por Almeida em 2016 que analisou atendimentos realizados pelo SAMU.

Quanto às ocorrências gineco-obstétricas estas corresponderam na faixa etária da adolescência a 13,7% dos atendimentos realizados para o sexo feminino, sendo as causas mais frequentes trabalho de parto (57,1%) seguido de aborto (28,5%), resultado

também observado em Botucatu que identificou na população estudada (ALMEIDA, 2016), a ocorrência do trabalho de parto como principal causa gineco-obstétrica para acionamento do SAMU 192.

As causas psiquiátricas de atendimentos corresponderam a 9,9% dos atendimentos sendo 22,2% destas tentativas de suicídio. Foram observadas como principais queixas agressividade, agitação e autoagressão e corresponderam a 9,8% do total de atendimentos para o sexo feminino. Quanto ao sexo masculino, observa-se que as ocorrências de natureza clínica representam 25,3% dos atendimentos realizados, com causas que incluem crise convulsiva e dispneia, figurando entre as principais causa também em estudo semelhante (ALMEIDA, 2016).

As ocorrências em decorrência aos acidentes e violência representaram 54,9% dos atendimentos. Dentre as causas mais frequentes estão os acidentes de trânsito (55,9%), seguidas de agressões físicas ou por arma de fogo (20,3%) e quedas (18,6%). O fato de jovens do sexo masculino serem vítimas mais frequentes no trânsito assemelha-se à diversos estudos, e provavelmente esse perfil é consequência da maior exposição masculina e de jovens no trânsito, e de comportamentos determinados social e culturalmente, que os fazem assumir maiores riscos na condução de veículos, com maior velocidade, manobras mais arriscadas e uso de álcool (GONÇALVES et al. 2019).

Destaca-se como resultado desta pesquisa os casos gineco-obstétricos para o sexo feminino como as ocorrências psiquiátricas nos trazem temas para reflexão como a gravidez na adolescência e todas as suas repercussões tanto para a saúde materna quanto ao seu papel social. Dentre alguns dos problemas comumente relacionados a esta condição, destacam-se os riscos para a saúde de mãe e filho, o baixo nível socioeconômico, o início precoce da menarca e relações sexuais, abandono escolar, violência sexual entre mulheres com menos de 14 anos, sofrimento psíquico e dificuldades na adoção de comportamentos contraceptivos, que se constituem como experiências subjetivas e graduais, adquiridas ao longo do tempo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019).

Em relação à saúde mental temos observado jovens que cada vez mais apresentam dificuldades para definir seu papel social, com tendências suicidas e comportamentos de autoagressão. Segundo Rossi, 2019, no Brasil, ao longo da história, as ações de cuidado em saúde mental voltadas a crianças e adolescentes repousam na omissão, exclusão e assistência fortemente marcada pela institucionalização. Embora estudos relacionados à saúde mental infanto-juvenil tenham tido um crescimento após a instituição do *Estatuto da Criança e do Adolescente* (ECA) e dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSij), eles ainda são incipientes considerando-se, especialmente, a população adolescente. Portanto para o tratamento adequado da crise em saúde mental é preciso buscar o diagnóstico identificando precocemente os sinais de sofrimento agudo do indivíduo.

Para realização desta pesquisa, observamos algumas limitações, como dificuldades na coleta de dados caracterizadas por preenchimento inadequado dos boletins de

ocorrência, e a ausência de protocolos de regulação médica do SAMU 192 do Espírito Santo publicados para consulta pública, que pudesse subsidiar a discussão.

## 4 | CONCLUSÃO

Conclui-se com o presente estudo que há diferenças entre as ocorrências de atendimentos para o sexo masculino e feminino com as ocorrências clínicas sendo predominantes para o sexo feminino enquanto as ocorrências de trauma para o sexo masculino. Diante das políticas públicas instituídas para o adolescente, que visam com prioridade a atenção primária, cabe propor que um trabalho educativo e de conscientização seja realizado para este público específico respeitando suas necessidades e particularidades, pois trata-se de uma população jovem e que representa um elevado custo socioeconômico para o futuro. É pertinente a divulgação desses dados aos gestores, profissionais de saúde e o público em geral para conhecimento e promoção à saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. M. V. *et al.* Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 289-295, June 2016.
- BARBETTA, P. A. *Estatística aplicada às ciências sociais*. 7. ed. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2010.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Estimativas da população residente no Brasil e unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2015*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 146 p
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2018 – uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas*. Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 424 p.: il.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Regulação Médica das Urgências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 126 p. II.
- \_\_\_\_\_. Portaria no 1.600, de 7 de julho de 2011. *Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 jul. 2011. Seção 1, p. 70.
- DANTAS, R. A. N. *et al.* *Vítimas de acidentes de trânsito atendidas por Serviço Pré-Hospitalar Móvel de Urgência*. R Enferm Cent O Min, [s.i], v. 8, e2549, 2018.
- DONATO, L. M. T. M. *Crianças e adolescentes em situação de violência: representações sociais dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência*. 2016. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem) – Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, 2016.

GONÇALVES, A. C. *et al.* **Acidentes na infância: casuística de um serviço terciário em uma cidade de médio porte do Brasil.** Rev Col Bras Cir, [s.i.], v. 46, n. 2, p. 1-9, abr. 2019.

MINAYO, M. C. S. *et al.* **Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios.** Ciênc Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 2007-16, 2018.

MOREIRA, M. R. *et al.* **Mortalidade por acidentes de transporte de trânsito em adolescentes e jovens, Brasil, 1996-2015: cumpriremos o ODS 3.6?** Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2785-96, 2018.

NOGUEIRA, M. J. **Sexualidade e gênero na adolescência: uma perspectiva educacional.** 2008. 253 p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Centro de Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte, 2008.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OPAS/OMS e Ministério da Saúde lançam publicação sobre saúde e sexualidade de adolescentes.** 2017. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5482:opas-oms-e-ministerio-da-saude-lancam-publicacao-sobre-saude-e-sexualidade-de-adolescentes&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5482:opas-oms-e-ministerio-da-saude-lancam-publicacao-sobre-saude-e-sexualidade-de-adolescentes&Itemid=820)>. Acesso em: 25 abr. 2019.

ROSSI, L. M. *et al.* **Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, e00125018, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Adolescência. **Prevenção da Gravidez na Adolescência.** SBP, 2019. 9 p

SOGAME, L. C. M. *et al.* (org). **Geotecnologias no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Espírito Santo: mapeamento para política pública e tomada de decisão.** Vitória, ES: EMESCAM, 2020.

## CAPÍTULO 6

# REPERCUSSÕES DO USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA ADOLESCÊNCIA: UMA ABORDAGEM REFLEXIVA

---

Data de submissão: 13/01/2023

Data de aceite: 01/02/2023

**Aclênia Maria Nascimento Ribeiro**

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/5883408075990521>

**Luciana Stanford Baldoino**  
Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM, Timon - MA  
<http://lattes.cnpq.br/7711123093020279>

**Anna Karolina Lages de Araújo**  
Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina - PI  
<http://lattes.cnpq.br/5367046891996159>

**Eliana Patrícia Pereira dos Santos**  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP, Ribeirão Preto - SP  
<https://orcid.org/0000-0002-1299-209X>

**Pâmela Caroline Guimarães Gonçalves**  
Faculdade Integrada da Grande Fortaleza – FGF, Fortaleza - CE  
<http://lattes.cnpq.br/7142069740426505>

**Antonia Dyeyilly Ramos Torres Rios**  
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0002-5111-3430>

**Raul Ricardo Rios Torres**  
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0002-6256-0041>

**Nayanne Oliveira Reis**

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/2136565590193153>

**Melquesedec Pereira de Araújo**  
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0002-5131-9463>

**João Araújo dos Martírios Moura Fé**  
Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina - PI  
<http://lattes.cnpq.br/9422996593893789>

**Talita Farias Brito Cardoso**  
Centro Universitário Uniateneu, Fortaleza - CE  
<https://orcid.org/0000-0001-9664-4422>

**Francisco Eduardo Bezerra Mendes**  
Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza – Fametro, Fortaleza – CE  
<http://lattes.cnpq.br/1949927493505812>

**Julia Gomes de Araújo**  
Uninassau, Fortaleza – CE  
<http://lattes.cnpq.br/0923409226029888>

**RESUMO:** **Objetivo:** Refletir acerca das repercussões do uso abusivo de

substâncias psicoativas na adolescência. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo-reflexivo realizado no mês de dezembro de 2022 nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e *National Library of Medicine* (MEDLINE). **Resultados:** Os achados do estudo apontaram que o uso abusivo de substâncias psicoativas na adolescência gera impactos negativos, podendo acometer tanto à saúde física, como a saúde mental, ocasionando ainda, a exposição aos riscos sociais, problemas familiares, dificuldades de aprendizagem e alto índice de gravidez na adolescência. **Conclusão:** Acredita-se que a inserção de práticas de educação em saúde, em especial no ambiente escolar, é fundamental para a promoção da saúde do adolescente, utilizando metodologias que orientem esse público acerca da importância da abstinência do uso de substâncias durante essa fase da vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Adolescência; Abuso de Substâncias Psicoativas; Saúde Pública.

## REPERCUSSIONS OF THE ABUSE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN ADOLESCENCE: A REFLECTIVE APPROACH

**ABSTRACT:** **Objective:** To reflect on the repercussions of the abusive use of psychoactive substances in adolescence. **Methodology:** This is a descriptive-reflective study carried out in December 2022 in the Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Latin American Literature in Health Sciences (LILACS) and National Library of Medicine (MEDLINE) databases. **Results:** The findings of the study pointed out that the abusive use of psychoactive substances in adolescence generates negative impacts, which can affect both physical health and mental health, also causing exposure to social risks, family problems, learning difficulties and a high rate of teenage pregnancy. **Conclusion:** It is believed that the insertion of health education practices, especially in the school environment, is fundamental for the promotion of adolescent health, using methodologies that guide this public about the importance of abstinence from substance use during this phase of life. life.

**KEYWORDS:** Adolescence; Psychoactive Substance Abuse; Public health.

## 1 | INTRODUÇÃO

O consumo abusivo de substâncias psicoativas existe nas mais diferentes culturas e constitui-se um grave problema de saúde pública devido aos impactos sociais, culturais e econômicos adversos (HENRIQUE; ROCHA; REINALDO, 2016). No Brasil, a situação ganha destaque desde o século XX e atualmente tem sido objeto de debates políticos, legislativos e sanitários (VENTURA, 2011).

Assim, considerando o contexto da adolescência, que segundo Santos e Pratta (2012) trata-se de um período crítico no desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo, caracterizado pela intensificação dos processos de amadurecimento biológico, percebe-se frequentemente a utilização inicial das drogas nessa fase, podendo evoluir para o uso compulsivo.

Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a experimentação e uso precoce de substâncias psicoativas é uma situação muito comum no período da adolescência

(IBGE, 2016). E, segundo Moreira *et al.* (2016), o uso precoce dessas substâncias é frequentemente associado a problemas de socialização e aceitação.

A busca por variadas sensações e novas experiências é comum na adolescência, visto que essa etapa da vida é marcada por uma grande curiosidade pelo novo e pelo desconhecido. Essa situação traz diversas inquietações associadas a esse período, especialmente quanto ao uso de álcool e outras drogas (CONTIN; TOLEDO, 2020).

Nessa perspectiva, considerando que a adolescência é uma fase em que os indivíduos vivenciam múltiplas modificações, tanto sociais quanto biológicas, observa-se a necessidade de se ter o entendimento de como essas experiências se relacionam e como elas afetam determinados comportamentos dos adolescentes. Nesse período, muitas vezes, os adolescentes são primeiramente expostos às substâncias psicoativas de forma instrumental, o que significa que elas são usadas como uma ferramenta facilitadora nesse processo de descoberta (SANCHEZ *et al.*, 2019).

No entanto, é importante enfatizar que o uso de substâncias psicoativas em qualquer fase do ciclo de vida, principalmente na adolescência, tem efeitos biológicos, psicológicos e sociais que requerem atenção em termos de tratamento, avaliação e prevenção. Sendo a adolescência uma fase marcada por transformações em diversos âmbitos, torna-se importante conhecer o uso dessas substâncias e seu impacto na vida desses indivíduos pois, biologicamente, o cérebro do adolescente é mais suscetível aos danos ocasionados por essas substâncias (ALMEIDA; MONTEIRO, 2011).

Desse modo, sabendo que a atenção à saúde do adolescente é uma temática de muita relevância, devendo ser o foco de políticas públicas que, mediante programas apropriados poderão influenciar a maneira como os adolescentes respondem à ampla disponibilidade de álcool e drogas na sociedade (CRONEMBERGER; FÉ, 2019), resolveu-se realizar o presente estudo cujo objetivo é refletir acerca das repercussões do uso abusivo de substâncias psicoativas na adolescência.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-reflexivo, embasado na literatura pertinente sobre o assunto. Para a orientação do estudo foi formulada a seguinte pergunta norteadora: Quais as repercussões do uso abusivo de substâncias psicoativas na adolescência?

Dessa forma, levando em consideração o contexto atual e a relevância da temática, realizou-se uma busca no mês de dezembro de 2022 nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e *National Library of Medicine* (MEDLINE). Os descritores utilizados foram: Adolescência, Abuso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública.

Para a seleção dos artigos, definiu-se os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 10 anos disponíveis online, na íntegra e gratuito, nos idiomas inglês,

português ou espanhol. Já os critérios de exclusão foram: artigos duplicadas e que não respondiam à questão do estudo.

### 3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

As questões envolvendo o uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas têm sido foco de discussões e preocupações em todo o mundo devido aos impactos gerados tanto na área da saúde como da educação, repercutindo em toda a sociedade. O tema abrange desde a saúde coletiva até outras áreas profissionais, provocando reflexões em variados setores da sociedade e do conhecimento com o objetivo de melhorar o entendimento acerca dessa problemática e apontar métodos estratégicos para diminuir os problemas detectados (BERNARDO *et al.*, 2018).

A adolescência é considerada o período de maior vulnerabilidade ao uso de substâncias psicoativas e nessa fase, os adolescentes estão utilizando essas substâncias de forma cada vez mais precoce, favorecendo a ocorrência de consequências irremediáveis, devido aos seus efeitos devastadores na saúde, no aprendizado e na convivência familiar e social (COSTA; SANTOS, 2013).

Nesse contexto, convém destacar que as substâncias psicoativas podem ser classificadas de várias maneiras e uma delas é relacionada à forma como são comercializadas, que é definida de acordo com cada país. Assim, considerando o Brasil, essas substâncias podem ser lícitas (livre comercialização) ou ilícitas (consideradas ilegais). Vale ressaltar que mesmo as substâncias lícitas são consideradas ilícitas quando adquiridas e consumidas por menores de 18 anos (BRASIL, 2006).

Segundo Silva *et al.* (2014), a vulnerabilidade intrínseca da fase da adolescência pode ser considerada um fator de risco para a utilização de substâncias psicoativas. Dessa forma, observa-se que nas fases iniciais da adolescência, os adolescentes estão menos conscientes dos riscos associados ao consumo dessas substâncias, o que os torna vulneráveis.

Estudos apontam que o uso abusivo de álcool e outras drogas por adolescentes, além de estimular comportamentos agressivos, desestruturam rotinas e fragilizam os relacionamentos. Dificuldades e problemas de aprendizagem na escola também foram demonstrados, pois o uso de substâncias tem sido associado à desatenção, desejo de evasão escolar, notas baixas e consequente repetência, tédio no ambiente escolar e absenteísmo (MOURA; MONTEIRO; FREITAS, 2016; CARDOSO; MALBERGIER, 2014).

Somado a isso, observa-se que, dependendo da substância utilizada pelo adolescente, pode surgir ainda sérios problemas de saúde, destacando as doenças respiratórias, danos à mucosa nasal, abscessos e doenças infecciosas, perda de peso, exposição ao risco social e à doenças tais como hepatite, AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), doenças cardíacas, dentre outras. Além disso, ocasiona impactos negativos na

saúde mental, sendo responsável pelo surgimento de psicose, inquietação, ansiedade, alucinações, perda de memória, desorientação e apatia (RAMOS, 2019).

Corroborando com esses dados, Arnauts e Oliveira (2014) inferem que o consumo de drogas na adolescência tem múltiplas consequências, como envolvimento em violência, conflitos familiares, acidentes automobilísticos, suicídio, dificuldades nas atividades escolares, tendência ao início precoce da atividade sexual e adoção de condutas de risco, a exemplo do sexo sem proteção, favorecendo as chances de gravidez e aquisição de IST.

Para Moreira *et al.* (2020), os usuários de substâncias psicoativas não apresentam boa qualidade de vida, papéis emocionais, saúde mental e vitalidade. Em contrapartida, apresentam limitações na vida social e são mais propensos à fadiga e exaustão, quando comparados a outros grupos. Além disso, muitas vezes tem dificuldade para realizar outras atividades e manter relacionamentos.

Portanto, levando em consideração os possíveis impactos dessas substâncias na vida dos adolescentes, observa-se a necessidade da implementação de estratégias de promoção da saúde que abordem esse tema visando retardar ou mesmo evitar o seu uso. No entanto, a informação por si só não parece ser suficiente, uma vez que é fundamental conhecer a dinâmica da adolescência, os espaços que ocupam e as relações que os adolescentes desenvolvem com as drogas (SANCHEZ *et al.*, 2019).

Desse modo, é imprescindível expandir o conhecimento dos adolescentes sobre temas relevantes para essa fase da vida, como o uso de substâncias psicoativas, devendo ser visto como uma prioridade. Os profissionais de saúde têm o desafio de alcançá-los nos mais distintos espaços em que atuam, principalmente nas escolas onde a maioria dos adolescentes frequentam (ARAGÃO *et al.*, 2021).

## 4 | CONCLUSÃO

O presente estudo abordou as repercussões do uso abusivo de substâncias psicoativas na adolescência, fase essa considerado por diversos autores, como um período de vulnerabilidade ao uso dessas substâncias. Assim, percebe-se a importância da divulgação dos impactos negativos que as drogas que podem acometer tanto à saúde física, ocasionando diversos problemas respiratórios, hepáticos, cardiológicos, neurológicos e IST, como a saúde mental. Somado a isso, o estudo evidenciou ainda a exposição aos riscos sociais, problemas familiares, dificuldades de aprendizagem e alto índice de gravidez na adolescência.

Em vista disso, acredita-se que a inserção de práticas de educação em saúde, em especial no ambiente escolar, é fundamental para a promoção da saúde do adolescente, utilizando metodologias que orientem esse público acerca da importância da abstinência do uso de substâncias durante essa fase da vida.

O estudo torna-se relevante uma vez que a temática abordada é de interesse, não

apenas para a área de saúde, mas também para a de educação. Assim, servirá de fonte de informação e embasamento teórico para estudos futuros.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. P.; MONTEIRO, M. F. **Neuropsicologia e dependência química**. In: CORDEIRO, D. C, DIEHL, A.; LARANJEIRA, R. Dependência Química - Prevenção, tratamento e políticas públicas. São Paulo: Artmed, 2011.

ARAGÃO, J. M. N. *et al.* WhatsApp Messenger para prática educativa com adolescentes escolares na prevenção do uso de substâncias psicoativas. **Research, Society and Development**. v. 10, n. 1, e38110111722, 2021.

ARNAUTS, I.; OLIVEIRA, M. L. F. Opinião de jovens vítimas de trauma sobre políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Revista eletrônica saúde mental álcool droga** v. 10, n. 2, p. 70-77, 2014.

BERNARDO, J. F. *et al.* Mapeamento de pesquisadores precursores da área de prevenção de drogas em contextos educacionais no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. v. 12, n. 2, 2018.

BRASIL. **Lei nº 11.343 de 23 agosto 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnac; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2006.

CARDOSO, L. R. D.; MALBERGIER, A. Problemas escolares e o consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes. **Psicol Esc Educ**. v. 18, n. 1, p. 27-34, 2014.

CONTIN, L. T.; TOLEDO, J. D. Fatores e motivação para o consumo de bebidas alcoólicas na adolescência. Revista Científica UNIFAGOC- Multidisciplinar, v. 4, n. 1, 2020.

COSTA, C. L. N. A.; SANTOS, M. B. O uso de drogas na adolescência. **Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais-UNIT-SERGIPE**. v. 1, n. 3, p. 143-150, 2013.

CRONEMBERGER, É. S. R.; FÉ, M. A. M. **Atuação dos programas de políticas públicas na prevenção do uso de drogas pelos adolescentes**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família e Comunidade) – Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2019.

HENRIQUE, B. D.; ROCHA, R. L.; REINALDO, M. A. S. Uso de crack e outras drogas entre crianças e adolescentes e seu impacto no ambiente familiar: uma revisão integrativa da literatura. **Texto Contexto Enferm**. v. 25, n. 3, p. 1-10, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Aumenta acesso de jovens a álcool e drogas, revela IBGE**. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.

MOREIRA, R. M. *et al.* Avaliação psicométrica da qualidade de vida de adolescentes escolares. **Adolesc Saude**. v. 11, n. 4, p. 15-22, 2016.

MOREIRA, R. M. M. *et al.* Transtorno mental e riscos de suicídio em usuários de substâncias psicoativas: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica**

**Saúde Mental Álcool Droga.** v. 16, n. 1, p. 1-10, 2020.

MOURA, N. A.; MONTEIRO, A. R. M.; FREITAS, R. J. M. Adolescentes usuários de drogas (i) lícitas e práticas de violência. **Revista de Enfermagem UFPE.** v. 10, n. 5, 2016.

RAMOS, F. S. A relação entre o vínculo afetivo familiar e uso de álcool e drogas na infância e na adolescência. **Caderno de Direito da Criança e do Adolescente.** v. 1, 2019.

SANCHEZ, Z. M. *et al.* The role of normative beliefs in the mediation of a school-based drug prevention program: a secondary analysis of the Tamojunto cluster-randomized trial. **PLoS One.** v. 14, 2019.

SANTOS, M. A.; PRATTA, E. M. M. Adolescência e uso de drogas à luz da psicanálise: sofrimento e êxtase na passagem. **Tempo psicanal.** v. 44, n. 1, p. 167-182, 2012.

SILVA, C. C. *et al.* Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas/CAPS-AD. **Cien Saude Colet.** v. 19, n. 3, p. 737-745. 2014.

VENTURA, C. A. A. Drogas lícitas e ilícitas: do direito internacional à legislação brasileira. **Rev Eletr Enferm.** v. 13, n. 3, p. 560- 565

# CAPÍTULO 7

## A COR DO SUS: REFLEXÕES DE ASPECTOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN), ENQUANTO UMA TECNOLOGIA EM SAÚDE

*Data de aceite: 01/02/2023*

### **Damiana Bernardo de O. Neto**

Doutoranda em Medicina pela Universidade de Valência na Espanha. Em Cotutela com o Programa de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB) Brasil. Mestre em Saúde Coletiva pela UnB. Pesquisadora do Núcleo de Estudos Afro-Brasileiro (NEAB/UnB). Instituição Universidade de Valencia - Espanha e Universidade de Brasília (UnB) Brasil

### **Claudia Spinola Leal Costa**

Mestra em Estudos sobre Mulheres: Gênero, Cidadania e Desenvolvimento – Unidade Aberta de Portugal - PT. Pedagoga, Especialista em Saúde Pública, Especialista em Processos Educacionais em Saúde, com Ênfase em Metodologias Ativas de Aprendizagem. Instituição Ação de Mulheres pela Equidade (AME)

### **Noêmia de Souza Lima**

Advogada, mestra en Derecho y Violència de Género - Universitat de Valencia- Especialista em Direitos Humanos e Questões Étnicos-Sociais pela UNIFAVENI e Especialista em Serviços de IST, HIV e Aids pela UFRN. Instituição Ação de Mulheres pela Equidade (AME)

### **Maria Mercedez de Oliviera Morán**

Estudante de Letras na Universidades de Brasilia. Tradutora Português/Espanhol. Instituição Universidade de Brasília – Unb

### **Antoni Alegre-Martínez**

PhD Professor in the Department of Biomedical Sciences. Universidad Cardenal Herrera CEU, Alfara del Patriarca - Valencia (Spain)

### **María Isabel Martínez-Martínez**

PhD Professor in the Department of Public Health. Facultad de Enfermería y Podología, Universidad de Valencia (Spain)

## 11 APRESENTAÇÃO

Uma das finalidades desse livro é discorrer sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), enquanto uma tecnologia leve para enfrentamento do Racismo Institucional na saúde, considerando seu impacto para o bem viver da população negra, que a expõe as situações perversas, tendo como desfecho maior registro de

agravos e número de óbitos. Foram analisados, artigos e estudos referentes a implantação e implementação da PNSIPN pelo Ministério da Saúde (MS), evidenciando-se que apesar dos êxitos, estes resultam da atuação da sociedade civil e de poucos gestores.

A efetivação dessa política não avançou de forma concreta nestes mais de 10 anos de sua publicação, necessitando, ainda, de investimento tecnológicos para potencializar ações antirracistas na saúde, como maior produção do conhecimento; capacitação de profissionais e sobretudo cumprimento da lei.

## 2 | INTRODUÇÃO

### 2.1 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma tecnologia para promoção da equidade em tempos de Reconstrução da Democracia

O conteúdo desse livro se apresenta com objetivo de trazer reflexões sobre as abordagens pertinentes as tecnologias em saúde, com ênfase na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra enquanto uma das tecnologias em saúde para o enfrentamento do Racismo Institucional (RI) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao abordar o tema sobre tecnologias, provavelmente, a imagem que nos vem à mente, remete espontaneamente aos equipamentos, como computadores, equipamentos do consultório, bem como máquinas, utilizadas nos serviços de imagem e diagnóstico. Merhy (2002), basicamente classifica as tecnologias em dura (máquinas, estruturas e equipamentos), leve-dura (os saberes advindos da área de conhecimentos, como da psicanalise, da epidemiologia), e leve, o que nos remete ao acolhimento, a forma de gestão e as políticas.

Na perspectiva de potencializar os recursos tecnológicos nos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a população, foi preconizada a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde do Ministério da Saúde<sup>1</sup>, concebida na intenção de que os recursos científicos pudessem ser disponibilizados no SUS para qualificação da assistência em prol da melhoria das condições de vida das pessoas, bem como automatizando os serviços ofertados e ampliando o acesso.

Ao promover o acesso aos serviços de saúde, cabe considerar que para além das tecnologias duras, ou das leve-duras, deve-se observar que nesse processo existem as tecnologias leves, que geralmente não são lembradas ou quando são, se apresentam em uma escala de menor valor. Salientamos sua importância nos procedimentos profissionais referentes ao acolhimento e outros elementos que compõem a atenção à saúde, quando integrada, é uma tecnologia que vem contribuindo para elucidar diagnósticos que tenham como premissa as vulnerabilidades sociais, como fatores que interferem na saúde e na doença e exige uma compreensão para além do que se vê, volta-se sobre as razões da “causa”, não se prende na observação tão somente dos sintomas.

---

<sup>1</sup> Portaria nº 2.690, de 5/11/2009 do Ministério da Saúde (MS)

Assim, consideramos que essas tecnologias estão inter-relacionadas, cooperando para facilitar os processos de trabalho. Baggio; Erdmann et al, (2010) corrobora com esse entendimento quando considera que essas tecnologias trazem benefícios ao “cuidado”. Compreende-se, assim, que para a gestão em saúde o uso dessas tecnologias pode se expressarem nos serviços a partir da implantação e implementação das políticas de equidade.

## 2.2 A política nacional de saúde integral da população negra (PNSIPN)<sup>2</sup>: Uma política de equidade

Iniciamos a nossa discussão considerando a importância e o significado da PNSIPN em relação as tecnologias leves que corroboram para a melhoria do acesso e da atenção à saúde da população negra.

É fato que o Ministério da Saúde durante muitos anos esteve ausente do debate sobre as desigualdades raciais e em determinados momentos optou por uma abordagem discriminatória em relação a população negra. A exemplo cita-se: o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR)<sup>3</sup>, da década de 1970, que segundo relatos definia como “alto risco” o fato da mulher negra e pobre ter filhos. No mesmo período, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) não incluía o quesito cor na Declaração de Óbito, devido à proibição, pelo regime político da época, referente à discussão de temas raciais.

Na década de 80, a Constituição Federal de 1988 consagrou, com o apoio do movimento social, o princípio do acesso universal à saúde, garantindo que o SUS fosse direcionado com mais vigor para ações integrais, gerais e horizontais voltadas para a população como um todo. Entretanto, numa sociedade profundamente desigual como a brasileira, à conquista da universalidade em relação aos serviços de saúde tem se mostrado insuficiente para assegurar a equidade, pois ao subestimar as necessidades de grupos populacionais específicos contribui para agravar o quadro das condições sanitárias de afro-brasileiros.

Diante dessa constatação a PNSIPN apresenta-se como uma legislação que direciona às ações dos gestores de saúde e induz a melhoria do acesso e da atenção à saúde. Esta política surge como resposta à mobilização dos movimentos sociais que durante a realização da 11<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 2000)<sup>4</sup> desencadeou propostas de realização de conferências temáticas, e a sugestão de convocação, ainda em 2001, da Conferência Nacional da População Negra, também surge nesse contexto. A

2 PORTARIA Nº 992, DE 13 DE MAIO DE 2009 do Ministério da saúde, Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html) Acesso em 24/6/2021

3 No ano de 1978 o ministério da Saúde (MS) adotou como estratégia a criação de um programa, denominado “Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR) Um dos objetivos era prestar assistência especializada para prevenir situações de gestação de riscos obstétricos e prevenção de gestações quando indicado, nestas indicações houve relatos de mulheres negras que foram esterilizadas sem consentimento.

4 11<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 2000). Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11\\_cns.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf) Acesso em 23/7/2021

mesma proposta é novamente introduzida na 13<sup>a</sup> CNS (BRASIL, 2007) e não foi realizada até os dias de hoje, demonstrando que mesmo diante da pressão da sociedade, a fim de gerar insumos para a tomada de decisões institucionais, nem sempre esta decisão se efetiva.

A PNSIPN foi aprovada durante a 33<sup>a</sup> Reunião Extraordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em novembro de 2006, sua pontuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) ocorreu aos 24 de abril de 2008, mas somente em abril de 2009 foi publicada a Portaria nº 992 no Diário Oficial da União (DOU)<sup>5</sup>. Ao analisar o intervalo de tempo decorrido entre a aprovação da política, sua pontuação e posterior publicação, observa-se cerca de três anos, tempo provavelmente empregado em negociações para que o projeto ganhasse a viabilidade política necessária à sua efetivação.

Apesar da tentativa de restrição por meio do longo período decorrente para sua publicação, também se observa seu fortalecimento, quando em 2010 seu texto passa a integrar a Lei nº 12.288/2010, também conhecida como Estatuto da Igualdade Racial<sup>6</sup>. A PNSIPN é assim citada no Artigo 7º: “**O conjunto de ações de saúde voltadas à população negra constitui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra [...]”** (BRASIL; 2010), a partir de então a PNSIPN passa a vigorar como lei. (BRASIL, 1988, art. 1º, inc. II e III).

Ressalta-se, nesse momento, a existência do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, criado pela Portaria nº 1678/04 e coordenado pelo Ministério da Saúde, cujo caráter consultivo teve sua criação voltada para subsidiar o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra (BRASIL, 2004). O Comitê foi um espaço de lutas, conflitos e contraposição de projetos, mas encontrou no Estado, um espaço legítimo de exercício do poder político, e o acompanhamento da implementação da PNSIPN como produto da constante confrontação desses diversos projetos, expressão desse exercício que se materializou por meio de instituições e estratégias organizacionais.

Apresenta-se nesse momento itens da política que são fundamentais para a compreensão sobre a importância desta para à saúde da população negra. Iniciamos nossa abordagem com o objetivo geral da PNSIPN que explicita o sentido de justiça, buscando a igualdade racial por meio do combate ao Racismo Institucional e as demais formas de discriminação contra negros e negras.

***“Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS”***

(BRASIL, 2009)

5 [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_integral\\_populacao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf)

6 LEI N° 12.288, DE 20 DE JULHO DE 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm)

Acesso em 20/6/2021

## *2.2.1 Destaques da PNSIPN*

A PNSIPN ainda apresenta em seus princípios gerais o subitem intitulado “Marca”, cuja redação reconhece os racismos e a sua manifestação institucional, além de como registrar as desigualdades étnico-raciais, como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.

Destaca-se que a Política possui em seu arcabouço um Plano Operativo<sup>7</sup> onde percebe-se o estabelecimento de estratégias, indicadores e metas que orientam ações para a intervenção no SUS - a seus órgãos de gestão federal, estadual e municipal - no processo de enfrentamento às iniquidades e desigualdades em saúde com enfoque na abordagem étnico-racial.

Neste Plano existe coerência entre diagnóstico da realidade (dois problemas - raça negra e racismo como determinante social das condições de saúde, acesso, discriminação e exclusão social; morbidade e mortalidade da população negra), objetivos pretendidos (aponta indicadores e metas para cada ação pretendida) e a estratégia a ser adotada na Política.

Destaca-se no texto as estratégias e responsabilidades das esferas de gestão, enfatizando que a PNSIPN, por seu caráter transversal, tem as suas estratégias de gestão em permanente interação com as demais políticas do Ministério da Saúde (MS) relacionadas à promoção da Saúde, ao controle de agravos e à atenção e cuidado em saúde, como também às demais políticas: direitos humanos, promoção da igualdade racial, segurança, entre outras.

O que se observa, por meio do Plano Operativo da PNSIPN, são os principais interesses passíveis de concretização, pois são aqueles que têm maior destinação de recursos, é o caso das tecnologias leves, para se referir as capacitações, ou processos de educação permanente, assim como a produção de material impresso.

Importante considerar que a PNSIPN movimentou, nos primeiros anos de sua implementação, uma quantidade considerável de recursos em capacitações, lançamento de material gráfico, criação de instâncias técnicas, implantação de Equipes de Saúde da família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB), implementação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção à Saúde (remuneração, empregos diretos e indiretos), criação e ampliação de serviços (centros de referência à doença falciforme), além de efeitos sobre setores farmacêuticos, químicos e tecnológicos, o que mostra, além da geração de empregos diretos e indiretos, o movimento de uma quantidade enorme de recursos, compondo uma parte significativa do sistema econômico do país, mostrando que a implantação e implementação da PNSIPN passa pelo uso de tecnologias e que estas contribuem para a

---

<sup>7</sup> Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - Plano Operativo. Elaborado e publicado pela antiga Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Departamento de Apoio a Gestão Participativa do Ministério da Saúde (MS) [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_populacao\\_negra\\_plano\\_operativo.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_populacao_negra_plano_operativo.pdf) Acesso em 20/6/2021

execução da Política .

Enfatiza-se que a implementação da PNSIPN incentivou a formação de lideranças do movimento negro com vistas ao fortalecimento da mobilização social para o exercício do controle social, assim como qualificou trabalhadores e gestores para o enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde. Destacando-se, ainda, como responsabilidade das três esferas de gestão, o fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social.

A Política fortalece os instrumentos de gestão, como o Plano Nacional de Saúde e o Termo de Compromisso de Gestão, quando aponta a necessidade de implementação de ações de combate ao racismo e redução de iniquidades, fazendo constar metas nesses instrumentos, cujo norte de construção deve ser o planejamento ascendente, além da inclusão desta Política no Plano Nacional de Saúde e no Plano Plurianual setorial.

Embora a PNSIPN tenha “força de lei”, ela não é cumprida. A PNSIPN está pautada /integrada no Estatuto da Igualdade Racial de 2010, que se constitui como um instrumento de normatização brasileiro onde estabelece a efetivação da igualdade de oportunidade, a garantia e defesa dos direitos étnicos individuais, coletivos e difusos e o combate à discriminação e às demais formas de intolerância étnico-racial reproduzindo o discurso contido na nossa Carta Magna, trazendo à tona temas relevantes para a construção de uma sociedade mais justa, isto provoca, constantemente, lutas e enfrentamentos políticos com diferentes gradientes de forças, porém todas marcadamente ideológicas e hegemônicas.

Um exemplo desse embate é citado por Silva (2007), ao se referir à constitucionalidade das ações afirmativas, o autor menciona a divergência que Operadores do Direito, Professores e Pesquisadores da área jurídica têm sobre a constitucionalidade de medidas afirmativas implantadas pelo Estado por meio de políticas, e aponta entre seus motivos:

*[...] a violação do princípio da igualdade, do mérito, da proporcionalidade, da Federação, da autonomia universitária; e até mesmo a inexistência de critérios seguros ou científicos para se identificar os beneficiários das medidas destinadas aos pardos e às pessoas com deficiência.*

(Silva, 2007)

Sofismas como este citado por Silva, apesar de devidamente esclarecido e afastada sua inconstitucionalidade, ainda repercutem de forma negativa entre gestores e responsáveis pela implementação da PNSIPN, o que revela não só o processo antagônico característico da luta ideológica, como coloca em foco a disputa de poder, o medo da perda do “status quo”, acompanhado pelo racismo velado ou nem tanto.

Políticas de saúde que têm a capacidade de impulsionar um processo de apropriação, redefinição e produção de significados sociais, como a PNSIPN, na medida em que redefine significados sociais, gera novos conceitos e formas de percepção socioculturais, tecnologias, possuindo maior capacidade para produzir impactos reais na estrutura

social, são gatilhos que propiciam reflexões e fazem rever as relações sociais, buscando o reconhecimento do racismo e da iniquidade racial, como fenômeno social amplo, que devem ser enfrentados com políticas de Estado.

### 3 I OS RACISMOS COMO MARCADORES DAS INIQUIDADES EM SAÚDE

A Constituição Federal de 1988, Brasil (1988) consagrou, com o apoio do movimento social, o princípio do acesso universal à saúde, garantindo que o SUS fosse orientado para ações integrais, voltadas para a população como um todo. Infelizmente na execução dos procedimentos para a gestão dos serviços de saúde nos territórios, esse princípio em sua totalidade, não se concretizou de uma forma satisfatória, pois nem sempre os equipamentos tecnológicos (duros, leve-duros e leves) estiveram disponíveis como esperado. E dentre outras situações, sabe-se que o não atendimento das demandas dos seguimentos da população em sua diversidade, pode contribuir para agravar o quadro das condições de saúde e doença dessa população que utiliza o SUS.

Neste sentido é que o Ministério da Saúde (MS) ao elaborar PNSIPN, após imensa pressão dos integrantes do Comitê Técnico Nacional de Saúde Integral da População Negra (CTNSIPN) tomou por base esses princípios do SUS, como o da equidade, ao reconhecer os impactos do Racismo Institucional (RI) como um dos marcadores das iniquidades em saúde. De acordo com Pontes (2009) o princípio da equidade, tem como premissa reduzir desigualdades, entretanto não é o mesmo que igualdade, a despeito de que todos têm direito à saúde e acesso aos serviços, as pessoas são diferentes e têm necessidades distintas. Essa é uma das razões pelas quais políticas e programas de saúde, foram pensadas e elaboradas a partir da especificidade da população: pessoas em situação de rua, populações do campo e da floresta, idosos, pessoas com deficiência, população cigana e população negra, entre outros. Com este princípio, importa distinguir as diferenças e especificidades, compreendendo que o direito à saúde passa pelas questões sociais, ainda que a solução não esteja restrita a área da saúde.

Consciente dessa realidade, a gestão do MS (anterior a esse processo de desmonte do SUS e da desvalorização das políticas públicas de saúde), assumiu o compromisso de promover a equidade, e propôs em suas diferentes secretarias ações pautadas na integralidade e intersetorialidade por meio de articulações com outros setores do governo. O Racismo Institucional (RI) enquanto um demarcador que potencializa outras iniquidades apresenta forte relação com o uso das tecnologias leves, sendo a Política uma das respostas ao enfrentamento do Racismo Institucional nos serviços de saúde os Estados e Municípios.

A imagem da população negra, que historicamente foi construída de forma negativa e defendida pela sociedade, baseada nas relações do poder econômico, subjugando um povo sobre o outro, brancos sobre negros, onde o Eurocentrismo definiu normas no Brasil para decidir quem pertencia a determinados espaços, causou e causa disparidades.

Nada justifica o não “reconhecimento do racismo no Brasil, a não ser a necessidade da manutenção dos privilégios de um grupo sobre o outro, que dita o que é ou não aceito nos sujeitos, desconsiderando os corpos, linguagens e culturas da população negra. Ser negro ou negra não se constitui em um problema e não causa vulnerabilidade as pessoas, mas o racismo sim.

### 3.1 Contextualizando os racismos na saúde

O racismo sobre a cor da pele advém da ideologia/política escravagista, um comportamento histórico que justificou violações em direitos humanos, decorrentes de atos de sequestros, torturas, invasões e acúmulo de riquezas, benefícios para uns em detrimento de violências e mortes para outros. Essa situação de preconceito e discriminação afetou e afeta a vida das pessoas negras e negros, principalmente as mulheres negras em seus diferentes segmentos (cis gênero, transexuais, travestis e lésbicas) causando diferentes impactos de acordo com as especificidades que potencializam e vulnerabilizam conforme a especificidade e interseccionalidade com outros fatores relacionados por exemplo a classe, escolaridade, local de residência, entre outros para além dos citados no parágrafo do texto.

As instituições públicas especificamente nos serviços de saúde, cujo trabalho envolve o cuidado à saúde com o uso de tecnologias decorrentes das políticas, programas e as relações interpessoais, comprometem a efetividade de sua atuação, quando deixam de oferecer um serviço qualificado às pessoas em função da sua origem étnico racial, cor da pele, cultura ou por questões religiosas, como as de matriz africana.

O impacto dos racismos na saúde tem dimensões no campo físico e mental, e causa danos na população, ainda que seja como algo que poderá “acontecer”, ou seja a ameaça de passar por essa situação. O fato da pessoa se imaginar sendo discriminada, já causa adoecimento, embora este seja um aspecto subinvestigado do tema de racismo, relacionado ao estresse discriminatório, um dos resultados da pesquisa sobre o pressentimento da experiência de poder ser alvo de discriminação, evidenciou que o fato de se sentir “ameaçado” causou impactos negativos no sono, na saúde mental e na pressão arterial. Lewis et al., (2015)

O motivador da ameaça discriminatória, é a existência do Racismo Institucional - RI<sup>8</sup> que se estabelece na cultura e na reprodução sistemática da segregação étnico-racial, nos procedimentos institucionais. Revela-se por mecanismos de regras, práticas e comportamentos discriminatórios, aceitos no cotidiano de trabalho, resultantes da ignorância, falta de atenção, preconceitos ou manutenção de estereótipos racistas. Em qualquer que seja o caso, sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios tecnológicos gerados pela ação das instituições e

<sup>8</sup> Parte do texto produzido em 2018 por DB Oliveira Neto para a Secretaria Especial de Políticas para Igualdade Racial (SEPPIR) sobre Racismo Institucional com base no Livro Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf)

organizações, e, ainda assim, impedem a criação de estratégias que contemplem as ações afirmativas, mesmo tendo conhecimento que elas reduzem iniquidades.

O termo Racismo Institucional (RI) ou estruturante é o que determina as relações na sociedade e a forma como este está incorporado nos serviços, entre eles o da saúde. Esse termo foi utilizado por Carmichael, S. e Hamilton (1967), para evidenciar a forma como o RI se manifesta, segundo os autores este refere-se a “falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa da sua cor, cultura ou origem étnica”.

Para que se possa identificar as ações de RI e contribuir com o seu enfrentamento é importante considerar que existem diferentes dimensões e que estas são interdependentes, iremos nos reter nas que se referem as de relações interpessoais e a político-programática.

A dimensão das relações interpessoais se refere às relações estabelecidas entre chefes, dirigentes e servidores, ou mesmo entre os próprios servidores e/ou entre os servidores e os usuários dos serviços. Na dimensão político-programática o RI caracteriza-se pela produção e divulgação de informações/dados referentes a condições diferentes e/ou desiguais em nascer, viver, adoecer e morrer; pela capacidade em reconhecer o racismo como um dos determinantes das desigualdades no processo de ampliação das potencialidades individuais; pelo investimento em ações e programas específicos para a identificação de práticas discriminatórias; pelas possibilidades de elaboração e implementação de mecanismos e estratégias de não-discriminação, combate e prevenção do racismo e intolerâncias correlatas – incluindo a sensibilização e capacitação de profissionais; pelo compromisso em priorizar a formulação e implementação de mecanismos e estratégias de redução das disparidades e promoção da equidade em saúde.

A compreensão do termo Racismo Institucional enquanto uma das estruturas pela qual a sociedade se molda, e atravessa as relações, nem sempre é direto, se dá também de uma forma indireta, expressa e pode se fazer presente na “relação de forma subjetiva, mas perceptível e sentida por quem o sofre e de forma silenciosa na maioria das vezes” e assim ele poderá estar contido por vários sentimentos, como algo que foi construído ao longo de nosso aprendizado e construções do dia a dia e logo não existe apenas nas relações de âmbito privado. Na instituição dos serviços públicos de saúde, fatalmente irá se materializar, por exemplo: nas informações de agravos onde “determinada” população tem registro com os piores índices e o mesmo vai ocorrer para outros setores como a educação – índices de evasão escolar, grau de instrução, ou para o mercado de trabalho, com os salários mais baixos, entre outros.

O preconceito racial é maior do que o preconceito em relação a classe social, e na saúde ele pode ser observado na forma como os dados epidemiológicos se apresentam, não sendo mais justificável insistir nessa falácia de classe.

De acordo com relatório da antiga Secretaria Especial de Políticas para a Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR):

*“... a crença de que o preconceito de classe é mais forte de que o preconceito racial é facilmente derrubado pelos principais estudos realizados sobre o tema nos últimos anos, uma vez que “desconsidera o racismo enquanto fator estruturante das relações sociais no Brasil”*

(SEPPIR, 2004).

Corroborando com essa afirmativa Osório (2003) ressalta que:

**“...esses estudos comprovam que, independente da classe social, as desigualdades entre brancos e negros permanecem, e que não há explicação outra que não o racismo. Além disso, por razões históricas, a população negra tem dupla desvantagem na mobilidade social: normalmente vem de faixas mais pobres e enfrenta as barreiras que resultam em menor escolaridade e realização ocupacional”**

(Osório, 2003).

O enfrentamento do Racismo na saúde não pode ser considerado como uma pauta a ser cumprida, ou uma questão de “simpatia” dos gestores ao tema, mas é fundamental que a compreensão dos seus impactos mobilize para a mudança de comportamento dos trabalhadores de saúde e que a PNSIPN de fato seja um instrumento de tecnologia leve para que Estados e Municípios possam implementar essa política como estratégia para superar as iniquidades em saúde, promovendo o acesso e qualificando o cuidado.

### **3.2 Perfil das desigualdades na saúde: A cor do SUS**

De uma forma geral, no campo das políticas públicas, as estratégias de intervenções, se caracterizam pelas ações direcionadas aos segmentos populacionais que vivem à margem da sociedade ou que tenham sobre eles maior incidência de casos de discriminações.

No caso da saúde, temos dialogado sobre a égide do conceito da equidade como uma das estratégias políticas de atendimento às populações no SUS que preconiza o atendimento universal, com respeito as diferenças, para que possamos identificar o perfil dessas pessoas, para, por exemplo, compreender as situações de saúde e doença. Quem são? Onde estão? Quais as demandas que trazem? Qual a incidência de casos em relação aos agravos? Entre outras questões, pois o tema é abrangente e não cabe neste momento percorrer um caminho extenso, uma vez que este artigo não tem a intenção de abranger todas as questões que, logicamente, irão suscitar em outras abordagens.

É importante trazer para essa reflexão que não há como conceber o “cuidado” estanque do conceito de equidade em saúde, se não temos capacidade técnica e não utilizamos os recursos tecnológicos para evidenciar o perfil da população brasileira que é assistida pelo SUS. Uma gestão que trabalha a partir da incorporação dos dados epidemiológicos precisa ter informações a miúdo do perfil dos registros de casos notificados para agravos, ou mesmo para os casos de óbitos, e neste sentido não considerar as informações relacionadas ao quesito raça/cor, estamos falando no deserto.

Todos esses pontos de discussões têm sido apresentados nos últimos 30 ou 50 anos por uma gama de diferentes pesquisadores negros e negras, bem como por lideranças do movimento negro, que no Brasil e em outros países como África do Sul e Estados Unidos, defenderam que é fundamental inserir a variável raça/cor, como um quesito do *rol* de informações de pesquisas ou estudos.

Williams, (2004) ao discorrer sobre as disparidades étnico-raciais em saúde, apontou que os países de baixa e média renda, têm recebido menos atenção na literatura empírica, quando comparada aos contextos de países de alta renda. Contudo, quando existem os dados para as variáveis de raça/cor as disparidades étnico-raciais ficam evidenciadas e também são registradas entre grupos minoritários de países de renda baixa, como África do Sul. O autor sinaliza, ainda, que essas informações foram confirmadas nos estudos realizados na Índia e Brasil por pesquisadores, a exemplo de Burgard; Treiman (2006), Subramanian et al., (2006).

Assim, ao introduzir o quesito raça/cor e proceder com a análise dessas variáveis nos boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde (MS) no Brasil, as informações revelam situações de iniquidade em saúde, numa proporção em que não mais se admite invisibilizar os dados/informações sobre a população, considerando que esses dados podem encobrir uma prática da gestão para inibir ou impedir o acompanhamento e monitoramento de informações que se caracterizam como resultados do RI na saúde, ou seja, discriminação racial<sup>9</sup>.

Com relação ao perfil populacional, nota-se que a população negra no Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>10</sup> se constituem a partir do somatório de pessoas que se auto declararam como pretas e pardas, e que apesar de algumas conquistas, ainda vivem à margem da sociedade, uma vez que o racismo se sustenta em uma estrutura que antecede a história escravagista do Brasil e perpetuou uma situação de iniquidades com impactos diretamente na saúde, classificando as pessoas pelo tom da pele e lhes conferindo julgamentos que as colocam em situação de desvantagem em razão de serem pretos ou pardos.

A seguir uma tabela, na qual registramos de forma sistematizada alguns dados sobre o perfil da população negra em relação a diferentes situações no Brasil, evidenciando a situação da pandemia de Covid 19, que apresentou uma configuração que exemplifica o que discutimos em relação as disparidades:

9 Tais situações poderão ser observadas a partir das informações constantes dos documentos do Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades. Boletim Informativo, jan. 2003.

10 População negra, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), refere-se à soma das pessoas que se autodeclararam como preta ou parda.

| Situação                   | População  | Fonte   |
|----------------------------|--|---|
| Usuários do SUS            | 71,5% dos brasileiros, dependem do SUS, 150 milhões de pessoas. Desse total 67% são negras.  | IBGE (2019)   |
| Covid 19                   | Registrado maior letalidade entre a população negra, apesar de ser um número menor entre as afetadas. Negras representam 1 em cada 4 brasileiros hospitalizados com Síndrome Respiratória Aguda Grave 23,1%, chegam a proporção de 1 para cada 3 entre os que foram a óbito 32,8%). A maior parte dos sistemas não registrou o quesito cor/raça. | Ministério da Saúde (MS, 2020)                            |
| Mercado de trabalho        | 64,2% da população desocupada são pretos e pardos <sup>11</sup> , e representam 66,1% da população subutilizada. Enquanto 34,6% dos trabalhadores brancos estavam em ocupações informais, entre os pretos ou pardos esse percentual foi de 47,3%   | IBGE (2018)   |
| Distribuição de renda      | Em relação à distribuição de renda, os pretos ou pardos representavam 75,2% do grupo formado pelos 10% da população com os menores rendimentos e apenas 27,7% dos 10% da população com os maiores rendimentos  | IBGE (2018)   |
| Pessoas em situação de Rua | 67% das pessoas em situação de rua se declararam pardas ou negras  | IBGE (2018)   |
| População carcerária       | 60% da população carcerária é negra  | Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (InfoPen) |
| Vida em domicilio          | 44,5% das pessoas pretas ou pardas viviam em domicílios com a ausência de pelo menos um serviço de saneamento básico, enquanto que entre os brancos, esse percentual foi de 27,9%  | IBGE (2018)   |
| Violências                 | Pretos ou pardos são mais atingidos pela violência. Em todos os grupos etários, a taxa de homicídios dos pretos ou pardos superou a dos brancos. A taxa de homicídios para pretos ou pardos de 15 a 29 anos chegou a 98,5 em 2017, contra 34,0 para brancos. Para os jovens pretos ou pardos do sexo masculino, a taxa foi 185,0                 | IBGE (2018)   |

Tabela 1.1 Perfil da população em situação de iniquidades: população 2018 e 2020

Fonte: Elaboração própria das autoras

Dentre as interpretações a partir da análise das informações, constata-se que a situação não se apresentou muito diferente do que temos observado nos estudos e pesquisas referentes as doenças prevalentes e sua relação com as situações de iniquidades. Neste sentido a posição da Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>12</sup> desde o início da pandemia, apontou que para o enfrentamento e controle da Covid-19 era preciso considerar as iniquidades, uma vez que os dados traduziam uma potencialização da vulnerabilidade social, existente antes mesmo da pandemia e que as pessoas nessa situação (onde a população negra é maioria) seriam as mais afetadas.

11 Observação: a forma como o IBGE se refere as pessoas brancas em situação de “não trabalho” denota racismo institucional. Pretos e pardos são desocupados, enquanto brancos são trabalhadores informais.

12 <https://www.who.int/covid-19> Acesso em 19/7/2021

Assim resulta que a Covid 19 de fato potencializou outras situações de vulnerabilidades, indicando que a população negra segue submetida a situações precárias advindas do processo histórico de iniquidades, encontrou neste cenário pandêmico e na forma de governo atual um ambiente favorável para a manutenção do Racismo Institucional.

Se o SUS pudesse ser descrito a partir do quesito raça/cor ele seria uma pessoa negra, e muito provavelmente uma mulher negra.

## 4 | DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA PNSIPN

A efetividade de uma política de equidade por si só já se traduz como um desafio nos espaços de gestão onde o racismo é a base histórica da sociedade brasileira, logo, a cultura do preconceito racial está enraizado nas pessoas, e se manifesta nos serviços de saúde e em outros espaços.

Por outro lado, imprimir nestes espaços que a PNSPN é um instrumento utilizado dentro do pressuposto das tecnologias leves dos processos de cuidado do trabalho em saúde, tem relação direta com o entendimento do que vem a ser produção do cuidado da equipe multidisciplinar, isento de preconceitos, de Racismo Institucional, aliado as questões financeiras e orçamentárias, que se colocam como principais desafios.

Assim garantir a necessidade de implementação da PNSIPN como um dos recursos tecnológicos, implica também refletir para além do contexto em que as pessoas estão inseridas, mas sobretudo do que estamos “ofertando ou disponibilizando” como produtos e como serviços.

Apesar da PNSIPN contar com mais de 10 anos de implementação, ainda assim ela não foi efetivada na maioria dos estados e municípios do Brasil, o que faz com que sua implementação, nestes mais de 10 anos, ainda se constitui como um dos desafios a serem ultrapassados!<sup>13</sup>

Ao analisar algumas dessas dificuldades inerentes a implementação da PNSIPN, partimos do princípio de que no nosso País, apesar de termos lei que garantem direitos, podemos constatar inúmeras situações de iniquidades e de má gestão, o que se comprova no fato de mesmo sendo uma política com força de lei (previsto por Decreto da presidência da República) não se constitui garantia de efetivação desse direito.

O direito à saúde é um desses exemplos, assim como vários outros direitos fundamentais. Como bem aponta, Werneck (2016) no artigo publicado “*Racismo institucional e saúde da população negra*”, em que afirma:

*Apesar de ter cumprido todo o processo de formalização requerido pelo SUS - aprovação pelo (CNS, 2006); publicação no diário oficial (2008); elaboração de Plano operativo; pactuação na Comissão Intergestores Tripartite com atribuição de responsabilidades para cada um dos entes federativos (2009) - a PNSIPN não angariou adesão suficiente à gestão do SUS. Como resposta,*

---

<sup>13</sup> Mesmo tendo força de Lei por Decreto Presidencial

*as mobilizações inseriram seus objetivos no corpo da Lei nº 12.288/2010 (Brasil, 2010) aprovada pelo Congresso Nacional em 2011. A partir de então, a atenção à saúde da população negra em seus diferentes aspectos passou a ser regulamentada via lei federal, como estratégia de provocar respostas necessárias. No entanto, além do rechaço mais ou menos explícito por parte de muitos, verificou-se, também, uma profunda ignorância acerca dos diferentes elementos envolvidos nos processos de realização de ações e estratégias necessárias, que explicam o porquê da PNSIPN não ter sido adequadamente implementada após esses anos.*

(Werneck, 2016)

Ao pensar nesses planos como sendo ferramentas de apoio a gestão e que necessitam estarem conectados com o planejamento, Silva, (2009), nos chama a atenção para conformar o que defendemos, referente ao fato de que a implementação de uma política pública é o momento em que o planejamento e a escolha são transformados em atos. Assim podemos concluir que justamente na fase da prática, é que deveria ser continua, no caso da PNSIPN, ir avançando nos Estados e Municípios.

O planejamento ligado à organização é transformado em ação, são direcionados recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos para executar a política. Observa-se que, nesse processo, as políticas públicas sofrem influências das circunstâncias externas aos agentes planejadores e implementador, as quais tornarão possíveis ou não a implementação. Arrethe, (2001) afirma que o monitoramento da implementação de uma política é complexo e contínuo, influenciado tanto por seu conteúdo quanto pelo contexto, bem como pela relação entre os meios sociais, econômico e político e o próprio governo. Esses fatores podem interferir na implementação, alterando os rumos inicialmente previstos, podendo impactar em planos concretos a fim de alcançar o efeito proposto.

Muito embora consideramos que a PNSIPN desencadeou um processo de maior produtividade na gestão do SUS nas três esferas, a exemplo de elaborações de documentos técnicos, normas, portarias, ou ainda por ter mobilizado recursos financeiros e tecnológicos, capacitando lideranças da sociedade civil, fomentando a mobilização social, entre outras questões, como registrado em trabalhos que se dedicaram a este fim, salienta-se que todos esses fatores e contextos mencionados, houve um trabalho árduo realizado, que merece ser reconhecido por nós.

A capacidade e dedicação de pesquisadores, lideranças sociais, gestores, técnicos do Ministério da Saúde, possibilitou a elaboração da PNSIPN, que ainda não sucumbiu pela força da responsabilidade dessas pessoas, que a partir dos seus espaços dão sentido, e continuam o seu percurso, por acreditarem que essa é a estratégia que possui a maior capacidade de resposta ao Racismo Institucional.

Salientamos que não esgotamos aqui todo o contexto que envolve a não implementação de uma política e o não cumprimento de uma Lei, que sob o ponto de vista da legalidade é passível de improbabilidade administrativa por má gestão, muito embora o

texto não tenha a pretensão de versar sobre a temática, é fundamental registrar.

Ao analisar o acesso e qualidade de saúde da população negra no Brasil, percebemos o quanto estamos longe de efetivar o direito à saúde a esta população. A melhoria da qualidade da atenção à saúde implica eliminação de iniquidades raciais, no entanto, alcançar esse feito exige um esforço de todos os entes envolvidos na efetivação de uma política pública de saúde.

Importa lembrar que o Ministério da Saúde, reconhece as desigualdades étnicas raciais e sobretudo enfatiza que o Racismo Institucional é um dos determinantes sociais das condições de saúde, já superamos essa discussão. Contudo, dentre esses fatores apontamos neste artigo, um dos maiores obstáculos a ser superado para a efetiva implementação da política é o “negacionismo” e a irresponsabilidade de quem estacionou na história e se reveste com as insígnias do Racismo Institucional, moldando as práticas baseadas nos “equívocos e na perversidade da não compreensão de quem são os “sujeitos”, e seguem perpetuando preconceitos que impactam diretamente na implementação da PNSIPN.

Os desafios estão postos e mantendo o que discutimos durante a construção desse capítulo, cabe aqui enfatizar que um dos maiores obstáculos a ser superado para a efetiva implementação da política é o Racismo Institucional, uma vez que a manutenção de práticas de cuidado em saúde discriminatórias, que se sustenta no racismo enraizado nas instâncias do SUS impacta diretamente na implementação da PNSIPN, e causa danos na saúde da população negra.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formulação de uma Política Pública, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) busca ao longo de mais de 20 anos romper um dos elos que garantem a persistência de uma situação de iniquidades sociais, que ainda não responde a necessidade da população e muito menos aos diferentes avanços que vivenciamos no SUS.

É fato registrado e constatado que a política não está implementada na maioria dos estados e municípios brasileiros, apesar dos esforços e mobilização da sociedade civil, bem como de alguns poucos gestores, ainda persiste um real desconhecimento desta tecnologia, tanto por parte de gestores, trabalhadores, quanto dos usuários que buscam atendimento no SUS.

Sua implementação é uma estratégia que vislumbra a quebra de paradigmas, vislumbra romper com modelo que não mais se admite, assim como reafirmaria a universalidade, a integralidade e a equidade que são os princípios basilares do SUS, requerendo, nos três níveis de governo, uma abordagem integrada às rotinas dos serviços de saúde, desde que observadas as especificidades da população negra, entre elas o

respeito a sua identidade, sua história, diversidade, situação socioeconômica, entre outros aspectos.

Assim, dentre as reflexões finais, que resultam de todas as narrativas expressadas neste conteúdo, a partir de releituras, nossas impressões não se diferem muito do que outros autores têm afirmado ao longo desses anos, o que nos faz reconhecer entre outros aspectos que a PNSIPN sobrevive ao desmonte ao longo dos últimos 6 anos , embora com a constante intenção por parte de poucos gestores e das lideranças do movimento negro que pauta saúde e enfrentamento dos racismos, e em razão desses racismos ela não efetivada (implantada e implementada) territórios, enquanto uma política nacional.

Política baseada em componentes interdependentes, interligados e complementares, ainda não se tornou uma realidade, enquanto direito garantido na Constituição Federal, que é o direto a saúde, a partir de estratégias com uso de tecnologias da política.

Os elementos aqui abordados se convergem em tecnologias que deveriam ser ofertadas, a partir do que consagra o conceito de atenção integral à saúde, entre as quais enfatizamos:

**Produção do conhecimento científico**– organização do saber disponível e produção de conhecimentos novos, de modo a responder a dúvidas persistentes e dar sequência à tomada de decisões no campo da saúde da população negra.

**Capacitação dos profissionais de saúde** – promoção de mudanças de comportamento de todos os profissionais da área de saúde, através da formação e capacitação adequados para lidar com a diversidade da sociedade brasileira e com as peculiaridades do processo saúde/doença da população negra. Início de processo continuo e urgente desde a graduação que altere os currículos do ensino médio a graduação.

**Informação da população** – disseminação de informação e conhecimento sobre potencialidades e suscetibilidades em termos de saúde, de modo a capacitar os afrodescendentes a conhecer seus riscos de adoecer e morrer, e facilitar a adoção de hábitos de vida saudável e a prevenção de doenças.

**Atenção à saúde** – inclusão de práticas de promoção e educação em saúde da população negra nas rotinas assistenciais e facilitação do acesso em todos os níveis do sistema de saúde. Incluindo os conhecimentos ancestrais da população negra, a exemplo dos conhecimentos e práticas do povo de terreiro e povos tradicionais.

Para concluir, acreditamos que no âmbito desse debate, que abarcou as tecnologias em saúde, como fundante para qualificar a atenção integral e ampliar o acesso, se faz relevante investir em mecanismos que correspondam a novas configurações dos processos de trabalho nas três esferas de gestão, para que de fato possamos responder as demandas e as iniquidades. Prioritariamente compreender que ofertar insumos e tecnologias não exclui o aporte de um cuidado baseado em práticas antirracistas, galgadas no respeito as diferenças, onde possa existir a percepção de que tecnologia em saúde se restringe a ideia de “equipamentos físicos” desconsiderando o fator “humano”, mas sim estão presentes

nas políticas de Equidade, como estratégias que contribuem para que o atendimento em saúde, considere as subjetividades e vivencias inerentes ao estilo de vida e ao perfil da população atendida, cujo o resultado possa expressar uma maior efetividade nas respostas diagnósticas, que defenda a vida, o bem viver, onde ninguém fique para trás ou que seja mais um registro de óbito em razão da cor da pele.

Não é admissível seguir com esse resquício de violações na população negra!

Não há possibilidade de trabalhar com tecnológicas na saúde sem apresentar propostas e estratégias para o enfrentamento dos racismos, o que somente se faz a partir do uso das análises de raça/cor em todos os Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde, afinal não é ausência de dados e pesquisas, mas sim resultado de racismos que perpetuam a cultura de quem está nos espaços da gestão, nos espaços de poder.

Se não houver ações concretas que respondam a essas variáveis, continuaremos a fazer mais do mesmo.

O racismo de gestores resulta na negação dos dados/informações, invizibilização, silenciamento e mortes.

E se torna assim responsável por isso, pois a tecnologia está disponível, mas não acessível a população que tem a cor do SUS, preta.

## REFERENCIAS

ARRETHE, M. T. S. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (Org.). Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais São Paulo: IEE-PUCSP, 2001. p. 44-55.

BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L.; DAL SASSO, G. T. M. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 378-85, abr./jun. 2010.

BRASIL (2004) Ministério da Saúde. Portaria nº 1678/GM, 13 de agosto de 2004. Cria Comitê Técnico para subsidiar o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra, e dá outras providências. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1678\\_13\\_08\\_2004.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1678_13_08_2004.html) Acesso 24/6/2021

BRASIL (2009) Ministério da Saúde. Portaria nº 992/GM, 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html) Acesso em 24/6/2021

<https://revistajuridica.presidencia.gov.br/index.php/saj/article/view/354> Acesso em: 23/7/2021

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da União. Brasília: Congresso Nacional, 05 out 1988. <http://www.imprensaoficial.com.br> Acesso em 23 de maio de 2021.

BURGARD, S.A.; TREIMAN, D.J. Trends and racial differences in infant mortality in South Africa. Social Science and medicine 62(5): 1126-1137, 2006.

Carmichael, S. e Hamilton, C. Black power: the politics of liberation in America. New York, Vintage, 1967, p. 4.

LEWIS, T.T. et al. Self-reported experiences of discrimination and health: scientific advances, ongoing controversies, and emerging issues. Annual Review of Clinical Psychology, 11: 407-440, 2015.

MERHY, E. E. Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

OLIVEIRA NETO, Damiana Bernardo de. Fatores associados à tuberculose/HIV no Brasil: uma análise de dados secundários com ênfase nas variáveis raça/cor. 2015. 65 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Universidade de Brasília, Brasília, 2015. [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/20495/1/2015\\_DamianaBernardodeOliveiraNeto.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/20495/1/2015_DamianaBernardodeOliveiraNeto.pdf) Acesso em 23/7/2021

OSORIO, R. G. (2003). O Sistema Classificatório de “Cor Ou Raça” do IBGE. Texto para Discussão nº 996. [http://www.ipea.gov.br/pub/td/td\\_0996.pdf](http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_0996.pdf) Acesso em 27/7/2021

PONTES, Ana Paula Munhen de; CESSO, Rachel Garcia Dantas; OLIVEIRA, Denize Cristina de; GOMES, Antônio Marcos Tosoli. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: O que pensam os usuários? Esc. Anna Nery: Rev Enf. 2009, v.13, n. 3.

SEPPIR - Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial- (2004). A Saúde da População Negra: Ações Afirmativas para Avançar na Equidade. Seminário Nacional Saúde da População Negra. [http://dtr2002.saude.gov.br/saudenegra/02\\_Caderno\\_de\\_Textos\\_Basicos\\_SNPN\\_12\\_a\\_20\\_Agost\\_2004.pdf](http://dtr2002.saude.gov.br/saudenegra/02_Caderno_de_Textos_Basicos_SNPN_12_a_20_Agost_2004.pdf) Acesso em 22/6/2021.

SILVA, Luiz Fernando Martins da. Políticas de Ação Afirmativas para negros no Brasil: Considerações sobre a compatibilidades com o ordenamento jurídico nacional e internacional. Rev. Jur., Brasília, v. 8, n. 82, p.64-83, dez. /jan., 2007

SILVA, P.L.B. & MELO, M.A.B. O Processo de Implementação de políticas públicas no Brasil: Características e Determinantes da Avaliação de Programas e Projetos. Campinas: Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NEPP. Caderno nº 48. 2009

SUBRAMANIAN, S.V. et al. Indigenous Health and Socioeconomic Status in India. PLoS medicine, 3(10): e421, 2006.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. Cadernos de Saúde soc., São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, set. 2016. <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?lang=pt> Acesso em 24/7/2021

WILLIAMS, DAVID R.; PRIEST, NAOMI. Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional. Sociologias, vol. 17, núm. 40, septiembre-diciembre, 2015, pp. 124-174Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre, Brasil (7) (PDF) *Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional*. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/293011641\\_Racismo\\_e\\_Saude\\_um\\_corpus\\_crescente\\_de\\_evidencia\\_internacional](https://www.researchgate.net/publication/293011641_Racismo_e_Saude_um_corpus_crescente_de_evidencia_internacional) accessed Jul 19 2021.

## CAPÍTULO 8

# RISCOS À SEGURANÇA DO PACIENTE DO SERVIÇO DE HOME CARE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

---

*Data de submissão: 18/11/2022*

*Data de aceite: 01/02/2023*

**Rafael Mondego Fontenele**

Faculdade Edufor  
São Luís – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/1922989035411602>

**Pedro Werbens Garcia de Andrade**

Instituto de Ensino Superior Franciscano  
Paço do Lumiar – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/9207207274475709>

**Walkíria Jéssica Araújo Silveira**

Instituto de Ensino Superior Franciscano  
<http://lattes.cnpq.br/7397511247130068>

**RESUMO:** O cuidado de enfermagem no domicílio envolve um cuidado centrado no fortalecimento de vínculos com o paciente e família. O objetivo do presente estudo foi destacar os riscos presentes no ambiente assistencial do profissional de enfermagem do serviço de home care. Tratou-se de uma pesquisa-ação com análise qualitativa dos dados obtidos por meio da observação participante com registro em diário de campo e grupo focal através do relato da experiência de técnicos de enfermagem que atuavam na assistência domiciliar. Os principais riscos evidenciados na trajetória da pesquisa foram falhas em

dispositivos respiratórios, exteriorização de sondas de gastrostomia e de cateteres centrais de inserção periférica, bem como realização de curativos de feridas extensas por profissional de nível médio cuja capacitação profissional não atende estes cuidados de maior complexidade, além do atendimento de emergências respiratórias ou metabólicas Concluiu-se que o ambiente assistencial da atenção domiciliar é permeado de riscos para o paciente devido maior exposição a fatores que necessitam de reconhecimento e intervenção imediata por diversos profissionais de uma equipe multiprofissional.

**PALAVRAS-CHAVE:** Agências de Assistência Domiciliar. Modelos de Assistência à Saúde. Qualidade da Assistência à Saúde.

**RISKS TO PATIENT SAFETY OF  
THE HOME CARE AGENCIES:  
EXPERIENCE REPORT**

**ABSTRACT:** Nursing care at home involves care centered on strengthening bonds with the patient and family. The objective of the present study was to highlight the risks present in the care environment of the nursing professional in the home care

service. This was an action research with qualitative analysis of the data obtained through participant observation with a field diary record and focus group through the report of the experience of nursing technicians who worked in home care. The main risks highlighted in the research trajectory were failures in respiratory devices, exteriorization of gastrostomy tubes and peripherally inserted central catheters, as well as the performance of dressing extensive wounds by a mid-level professional whose professional training does not address these more complex care , in addition to respiratory or metabolic emergencies It was concluded that the care environment of home care is permeated with risks for the patient due to greater exposure to factors that require recognition and immediate intervention by several professionals from a multidisciplinary team.

**KEYWORDS:** Home Care Agencies. Healthcare Models. Quality of Health Care.

## INTRODUÇÃO

A assistência domiciliar é uma modalidade de assistência mediada por ações educacionais e técnicas que se baseiam no plano de cuidados no domicílio (ANDRADE et al., 2017), que atende pacientes que apresentam dificuldades para o autocuidado, atividades básicas e diárias de vida com necessidade de atenção profissional (SILVA et al., 2021).

A assistência médica em internações domiciliares por meio de serviços de home care deve ser feita por uma equipe multiprofissional em visitas diárias e, em algumas situações, pode haver a necessidade da permanência de um profissional de enfermagem em períodos pré-estabelecidos (SOUSA; SOUSA, 2019).

O cuidado de enfermagem no domicílio envolve um cuidado centrado no fortalecimento de vínculos com o paciente e família para o estabelecimento da relação de confiança, bem como o apoio para o desenvolvimento das atividades de vida diária e implementação do plano terapêutico, além de agravos imprevisíveis, uma vez que os pacientes com necessidade de home care possuem demandas que por vezes são fundamentais para a garantia da perspectiva de vida (ANDRADE et al., 2019).

Logo, a prática profissional na assistência domiciliar pode exigir tomada de decisões imediatas, que por vezes podem expor os profissionais de nível médio, a exemplo dos técnicos de enfermagem, à prática do cuidado inseguro por falta de habilidade ou competência técnica para a realização de determinados procedimentos no contexto das situações de urgência ou emergência (XAVIER; NASCIMENTO; CARNEIRO JUNIOR, 2019).

Dentre os procedimentos realizados em pacientes domiciliares destacam-se trocas diárias de curativo em feridas crônicas com difícil cicatrização, úlceras vasculogênicas com feridas cuja extensão compromete a epiderme/derme, presença de exsudato de aspecto purulento/seropurulento. Os pacientes cuidados neste cenário, geralmente, tendem a ter a idade mais avançada e por consequência um maior número de comorbidades, em uso de ventilação mecânica, mobilidade reduzida ou nenhuma mobilidade, impactando em

maiores possibilidades de erros e eventos adversos (OLIVEIRA et al., 2019).

De modo geral, os programas de atenção domiciliar são desenhados, preferencialmente, para atender pacientes com agravos e doenças crônicas, distrofias neuromusculares, comprometimento neurológico, com doenças crônicas degenerativas, doenças pulmonares com dependência de auxílio respiratório, dentre outros que requerem cuidados específicos com grande possibilidade de iatrogenias (SILVA et al., 2013a).

Um panorama sobre a notificação de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde foi realizado através do sistema de notificações da Vigilância Sanitária no Brasil, analisando os 417 pacientes que tiveram o óbito como desfecho em decorrência do evento adverso entre 2014 e 2016, dos quais 7,4% das mortes ocorreram em internações fora do âmbito hospitalar e no período entre noite e amanhecer (MAIA et al., 2018).

Nesta perspectiva, a assistência domiciliar deve garantir critérios mínimos de oferta dos serviços, bem como recursos humanos altamente qualificados para o atendimento das intercorrências diversas que permeiam o cuidado em casa (SILVA et al., 2013b).

Considerando a importância de recursos humanos qualificados para a assistência domiciliar, faz-se necessária a realização da presente reflexão comparando a teoria com a prática para viabilizar discussões que possam resultar na implementação de maior acompanhamento e medidas de segurança que visam minimizar os riscos assistenciais de pacientes em acompanhamento com o serviço de home care. Desta forma, o objetivo deste estudo foi destacar os riscos presentes no ambiente assistencial do profissional de enfermagem do serviço de home care.

## MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo descritivo na perspectiva da pesquisa-ação, com análise qualitativa dos dados obtidos a partir do relato da experiência de profissionais do nível médio na prestação de serviços de enfermagem no home care.

A fonte primária para obtenção de dados foi a elaboração de um portfólio contendo itens da observação participante. Nesta etapa, além do registro o investigador pôde modificar a relação do objeto de pesquisa com o contexto observado, garantindo a fluidez e a segurança nos processos avaliados, registrando anotações sobre riscos percebidos no campo da assistência domiciliar, destacando a importância do relato de experiência na associação das vivências nos campos de prática com as teorias da área de enfermagem.

A fonte secundária de obtenção de informações se deu a partir da realização de grupos focais, cuja técnica permitiu a obtenção de dados de natureza qualitativa mediante formação de grupos de técnicos de enfermagem contendo no mínimo seis participantes que compartilharam suas experiências, preocupações e percepções comuns sobre uma dada situação de risco identificada na observação participante anteriormente registrada em diário de campo (KINALSKI et al., 2017).

A amostra por conveniência foi constituída por dez pacientes de média e alta dependência da atenção domiciliar, necessitando de acompanhamento profissional 24 horas por dia. Os pacientes foram selecionados aleatoriamente no banco de dados da agência de saúde garantindo as mesmas características quanto ao perfil de dependência.

Foram incluídos os pacientes com dependência em decorrência de comprometimentos como mobilidade reduzida, pouca capacidade neurológica, dependência de ventilação mecânica, terapias invasivas para garantia da nutrição, presença de lesões de diversas naturezas com aplicação de terapias especiais ou uso de medicações intermitentes por vias gástrica e parenteral.

A observação participante foi realizada em unidades domiciliares da responsabilidade de um serviço de home care situado em São Luís – Maranhão. Após a autorização para a elaboração do diário de campo, os fenômenos observados nesta etapa foram destacados na Tabela 1.

| TEMAS REGISTRADOS  | CATEGORIAS                                |
|--|---|
| Problemas respiratórios<br>Falhas na ventilação mecânica<br>Queda da saturação de oxigênio<br>Perda accidental de traqueostomia                | Desconforto respiratório                  |
| Obstrução de vias aéreas<br>Interrupção da infusão de dieta enteral<br>Hipoglicemias<br>Obstrução de sonda enteral                             | Exteriorização de sondas para alimentação |
| Extravasamento de medicamentos<br>Infiltração de drogas<br>Edemas em membros punctionados<br>Perdas de acessos centrais de inserção periférica | Perdas de dispositivos venosos            |
| Lesões profundas decorrentes de pressão<br>Infecção de pele<br>Curativos complexos<br>Sangramentos<br>Mobilidade reduzida                      | Feridas complexas                         |

Tabela 1 – Relação de temas e categorias provenientes da observação participante. São Luís - MA, Brasil, 2020.

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2020.

Para a coleta de dados utilizou-se o portfólio com anotações em diário de campo sobre agravos à saúde do paciente, situações de urgência e emergência, necessidade de suporte do enfermeiro e demais situações que implicaram em risco iminente de óbito na ausência de tomadas de decisões e habilidades técnicas imediatas para a garantia da segurança do paciente.

O diário de campo constituiu registros em trinta dias consecutivos, no período de 01 de julho a 01 de agosto de 2020, com um total de 360 horas de observação em todos os turnos dos plantões do técnico de enfermagem nas unidades domiciliares pesquisadas,

considerando 12 horas por plantão.

A análise qualitativa de dados foi consistiu em compreender os fenômenos e variáveis importantes vivenciados durante o cuidado dispensado ao indivíduo ou a seus problemas, sendo o pesquisador um observador passivo ou ativo, cujos relatos foram estruturados, gravados e transcritos com o objetivo de relatar de forma clara as respectivas observações.

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade CEUMA sob o Parecer Consustanciado de nº 4.005.794 de 04 de maio de 2020.

## RESULTADOS

Os problemas evidenciados durante a coleta de dados, sua respectiva ação imediata realizada pelo técnico de enfermagem e o risco envolvido no procedimento, estão apresentados na Tabela 2.

| PROBLEMAS  | AÇÃO IMEDIATA  | RISCO ENVOLVIDO  |
|--|--|--|
| Agravos respiratórios em pacientes com suporte ventilatório invasivo com queda da saturação de oxigênio. | Ajuste de parâmetros ventilatórios e aumento da oferta de oxigênio.                                | Risco de hiperventilar o paciente com oferta de oxigênio maior que a demanda.  |
| Perda accidental de traqueostomia.   | Acionar o suporte de emergência e iniciar ventilação com respirador manual                         | Riscos como hipoventilação, hiperventilação, barotrauma e parada cardiorrespiratória.  |
| Obstrução de sonda nasoenteral ou gastrostomia.  | Suspender dieta enteral, promover medidas de desobstrução das sondas com infusão de água filtrada. | Broncoaspiração com infusão acidental de dieta nos pulmões e possibilidade de parada cardiorrespiratória. Risco de hipoglicemias por dieta zero forçada. |
| Extravasamento de medicamentos e perdas de acessos centrais de inserção periférica.                      | Suspensão da infusão medicamentosa. Puncionar novo acesso venoso periférico.                       | Ocorrência de flebites e danos vasculares.   |
| Feridas complexas com sangramento.   | Realizar curativo compressivo.   | Risco de comprometimento tecidual extenso.   |

Tabela 2 – Ações imediatas para a minimização de danos na assistência domiciliar. São Luís - MA, Brasil, 2020.

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, 2020.

Para melhor compreensão dos resultados, optou-se por trabalhar em categorias que estão baseadas nos relatos da experiência dos participantes dos grupos focais, sendo:

## DESCONFORTO RESPIRATÓRIO

O desconforto respiratório foi identificado na apresentação de utilização de

musculatura acessória, esforço contínuo para manter as vias aéreas périvas e funcionantes, bem como a apresentação de queda da saturação de oxigênio por oximetria de pulso ou cianose de extremidades superiores e/ou inferiores.

No contexto do home care, o paciente em uso de suporte ventilatório por mecanismos invasivos ou não invasivos sofreu emergências respiratórias por queda de energia e insuficiência de bateria em equipamentos portáteis falta de atenção do profissional. Além disso, obstruções por secreções sanguinolentas foram comumente observadas. Nestas ocasiões, o técnico de enfermagem precisou realizar sozinho, as manobras de emergência até o comparecimento do suporte adequado.

Em relação à traqueostomia que consiste na incisão cirúrgica para abertura da parede anterior da traqueia cujo objetivo é a comunicação com o meio externo com o objetivo de tornar a via aérea pérvia para garantir a possibilidade de respiração em pacientes com insuficiência respiratória, frequentemente observou-se a necessidade de realização de aspirações para retirada de secreções pulmonares. Identificou-se também a decanulação, que é a perda da traqueostomia sendo um dos eventos adversos com pior prognóstico na atenção domiciliar, o que pode possibilitou a ocorrência de hipóxia e parada cardiorrespiratória.

## **EXTERIORIZAÇÃO DE SONDAS PARA ALIMENTAÇÃO**

As sondas de alimentação foram indicadas ao paciente com incapacidade de nutrição por via oral ou devido longa permanência em uso de sonda nasoenteral ou oroenteral, sendo confeccionada a gastrostomia, que consiste na inserção cirúrgica da sonda sobre o estômago pela cavidade abdominal, quando o paciente apresentou contraindicações para a passagem tradicional da sonda para alimentação.

Na prática, observou-se que devido à má manutenção da permeabilidade da sonda, a mesma apresentou-se obstruída e impediu a nutrição do paciente com consequente apresentação de episódios de hipoglicemia.

Na ausência do profissional médico para atuação imediata ou da prescrição antecipada de soluções glicosadas para administração e reversão de quadros hipoglicêmicos ou de insulina para quadros hiper-glicêmicos, o técnico ou auxiliar de enfermagem no contexto do serviço de atenção domiciliar vivenciou o agravamento do quadro do paciente. Tanto na hipoglicemia quanto na hiper-glicemia o paciente foi exposto ao risco de complicações graves, necessitando de transferência para o suporte de internação em ambiente hospitalar da terapia intensiva.

## **PERDA DE DISPOSITIVOS VENOSOS**

Pacientes internados em seu próprio domicílio por vezes necessitaram de infusões

medicamentosas intermitentes por via venosa. As vias periféricas em membros superiores demonstraram-se de fácil acesso e potencializaram o efeito de medicações, tendo em vista que neste tipo de acesso há uma maior possibilidade de ação sistêmica.

Os acessos venosos periféricos com inserção central são punctionados por enfermeiros, mas podem ser manipulados na implementação de cuidados realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem. A centralização do acesso se dá a partir de confirmação por exame de imagem no ato da punção, contudo, há possibilidade de exteriorização do cateter durante o manuseio do paciente, nesta ocasião, o técnico de enfermagem precisou suspender a infusão de medicamentos até que houvesse a punção de um novo acesso periférico.

Também foram identificadas ocorrências de registros de febre que posteriormente foram relacionadas à infecção com cateteres venosos.

## FALHAS NO EQUIPAMENTO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA

A subutilização de recursos de ventilação mecânica foi relatada, bem como a ausência destes recursos ou a má utilização dos mesmos. As situações que comprometeram a assistência ventilatória foram o principal indicador de risco para a piora do quadro de pacientes domiciliares.

O reconhecimento precoce para a detecção de falhas em equipamentos estava associado à capacidade de identificar as alterações vitais como a presença de cianose de extremidades e o comprometimento da perfusão tissular periférica, que por vezes os profissionais relataram que faltou habilidade.

## FERIDAS COMPLEXAS

As lesões por pressão foram os eventos adversos mais identificados em pacientes acamados em decorrência de ausência de mobilidade no leito, fatores nutricionais e presença de umidade na pele. Foram mais incidentes em regiões de proeminências ósseas como região occipital, sacral, joelhos, trocantéricas, calcâneos, dentre outros, e observou-se o acometimento da epiderme, derme, hipoderme com ou sem exsudato.

Foram observadas lesões profundas e com presença de material infectado, com saturação por fluidos e necessidade de trocas frequentes de curativos. Estes procedimentos exigiram a utilização de coberturas primárias e secundárias adequadas para a promoção do tecido de granulação no tecido lesionado. Com a ausência de profissional de nível superior, muitos curativos foram realizados com insumos inadequados ou mesmo não foram trocados por a visita de enfermeiro.

## DISCUSSÃO

As infecções em cateteres venosos frequentemente são associadas à falta de higienização das mãos dos profissionais de saúde dado que evidencia em estudo realizado no hospital universitário de Mato Grosso do Sul com 25 profissionais de enfermagem, onde apenas 72% dos profissionais respeitavam as técnicas assépticas como higienização das mãos antes do manuseio de vias aéreas. Este dado é significativamente relevante para a presente pesquisa, pois evidencia a incidência de profissionais expondo pacientes ao risco de pneumonia associada à ventilação mecânica mesmo no contexto hospitalar onde os recursos materiais são mais presentes e a vigilância para o cumprimento de normas e rotinas é mais constante (FROTA; LOUREIRO; FERREIRA, 2014).

No contexto da vigilância aos agravos, um ensaio clínico randomizado identificou que as alterações glicêmicas são fatores potencialmente modificáveis mediante atenção do profissional de saúde que pode diminuir os impactos de sua ocorrência, sobretudo por representar danos significativos e risco iminente de óbito (SANTOS et al., 2019).

Sobre os dispositivos venosos, uma pesquisa realizada entre fevereiro de 2015 e janeiro de 2016 pelo Jornal Vascular Brasileiro identificou que ocorreram 14 complicações relacionadas a acessos centrais, dentre os quais evidenciaram fraturas com cateteres valvulados distais (0,8%), obstruções de cateter (2,7%), e cinco infecções por Klebsiella pneumoniae, Candida Glabrata e Staphylococcus hominis (DI SANTO et al., 2017). A incidência de infecções em dispositivos médicos geralmente está associada a não higienização das mãos antes e após o manuseio de dispositivos invasivos, comprometendo assim a saúde do paciente.

Um estudo realizado com profissionais da equipe de enfermagem no Rio de Janeiro destacou a falha de equipamentos de ventilação mecânica e com bombas infusoras de fluidos. A maior incidência das falhas foi problemas com baterias em ambos os dispositivos, bem como o manuseio inadequado do equipamento (RIBEIRO et al., 2018). Estas falhas podem repercutir na parada da oferta de oxigênio aos pacientes, bem como na oferta de medicamentos que inviabilizam a manutenção da estabilidade hemodinâmica, expondo os pacientes da atenção domiciliar ao risco iminente de óbito.

Uma revisão sistemática que avaliou protocolos com critérios para decanulação identificou que a presença de um fonoaudiólogo é extremamente importante no processo de decanulação programada, pois este fará avaliação da capacidade de deglutição e incluiu a orientação de manter beira-leito de pacientes traqueostomizados, pelo menos um dos profissionais como médico, enfermeiro, fisioterapeuta e fonoaudiólogo (MEDEIROS et al., 2019). Esta realidade não condiz com o contexto investigado em que profissionais de nível superior realizam visitas em horários predeterminados na atenção domiciliar ou só retornam depois de chamados em intercorrências, o que expõe sobremaneira a vida de pacientes ao risco de óbito por imprudência, imperícia e negligência.

No que diz respeito à avaliação do risco de lesão por pressão, em pesquisa realizada no Maranhão, evidenciou-se que cerca de 8 dias de internação foi suficiente para abertura de lesões por pressão, especialmente em pacientes idosos e acamados. Trata-se de um dado relevante por discutir os métodos de avaliação do risco de lesão por pressão bem como as medidas realizadas para minimização dos danos com a mudança de decúbito (JANSEN; SILVA; MOURA, 2020). A mudança de decúbito na presente investigação é um fator comprometido, pois é realizado somente por um técnico de enfermagem e induz aos eventos adversos anteriormente citados como perdas de sondas, cateteres e vias respiratórias.

Na perspectiva da habilidade técnica com situações de risco como em sangramentos, um estudo realizado com enfermeiros e médicos em uma unidade de pronto atendimento no Centro-Sul do Ceará evidenciou a fragilidade no conhecimento destes profissionais diante de hemorragias em pacientes hemofílicos (NOBRE et al., 2020), fato que pode expor pacientes domiciliares a danos irreversíveis na ausência de protocolos que norteiam ocorrências desta natureza.

A principal limitação do presente estudo foi analisar o fenômeno da segurança do paciente sob a perspectiva de um pequeno grupo de profissionais, no entanto, a pesquisa contribuiu para a reflexão da segurança do paciente em diversos contextos da atenção à saúde e para o fortalecimento de políticas que possam garantir a qualidade na prestação do serviço de atenção domiciliar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

São incontestáveis os benefícios do tratamento domiciliar para os pacientes, pois promove a desospitalização dos mesmos. No entanto, a formatação atual do serviço de home care apresenta fragilidades que podem comprometer a segurança de pacientes dependentes de assistência médica, podendo submetê-los a iatrogenias associadas à imprudência, imperícia e negligência.

Quanto à experiência dos técnicos de enfermagem do serviço de home care, concluiu-se que o ambiente assistencial da atenção domiciliar é permeado de riscos para o paciente devido maior exposição a fatores que necessitam de reconhecimento e intervenção imediata de uma rede de apoio formada por profissionais da equipe multiprofissional.

Sendo assim, sugere-se a ampliação dos espaços para a discussão da atenção domiciliar com o objetivo de formar profissionais cada vez mais capacitados para promover a segurança do paciente nestes espaços, bem como cursos de formação para os familiares, para que estes possam ser importantes barreiras no cuidado de pacientes na atenção domiciliar.

## **REFERÊNCIAS**

- ANDRADE AM, SILVA KL, SEIXAS CT, BRAGA PP. Nursing practice in home care: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2017;70(1):199-208. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0214>.
- ANDRADE MA, CASTRO EAB, BRITO MJM, BRAGA PP, SILVA KL. Prática de enfermagem no cuidado domiciliar: a mediação do cuidado pela reflexividade. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2019; 72 (4): 956-963. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0431>.
- DI SANTO MK, TAKEMOTO D, NASCIMENTO RG et al. Cateteres venosos centrais de inserção periférica: alternativa ou primeira escolha em acesso vascular? *J Vasc Bras.* [Internet]. 2017;Apr-Jun; 16(2): 104–112. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.011516>.
- FROTA OP, LOUREIRO MDR, FERREIRA AM. Aspiração endotraqueal por sistema aberto: práticas de profissionais de enfermagem em terapia intensiva. *Esc Anna Nery.* [Internet]. 2014;18(2):296-302. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140043>.
- JANSEN RCS, SILVA KBA, MOURA MES. Braden Scale in pressure ulcer risk assessment. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2020;73(6):e20190413. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0413>.
- KINALSKI DDF, PAULA CC, PADOIN SMM, NEVES ET, KLEINUBING RE, CORTES LF. Focus group on qualitative research: experience report. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2017;70(2):424-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0091>.
- MAIA CS, FREITAS DRC, GALLO LG, ARAÚJO WN. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. *Epidemiol. Serv. Saude.* [Internet]. 2018; 27 (2):e2017320. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200004>.
- MEDEIROS GC, SASSI FC, LIRANI-SILVA et al. Critérios para decanulação da traqueostomia: revisão de literatura. *CodAS.* [Internet]. 2019; 31(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018228>.
- NOBRE SV, SILVA FILHO JA, TAVARES NBF, TEIXEIRA LR, PINTO AGA. Performance of doctors and nurses in emergency care for hemophiliac patients. *Rev Enferm UFPI.* [Internet]. 2020;9:e11056 . Disponível em: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v9i0.11056>.
- OLIVEIRA AC, ROCHA DM, BEZERRA SMG, ANDRADE EMLR, SANTOS AMRS; NOGUEIRA LT. Qualidade de vida de pessoas com feridas crônicas. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2019;32(2): 194-201. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900027>.
- RIBEIRO GSR, SILVA RC, FERREIRA MA, SILVA GR, CAMPOS JF, ANDRADE BRP. Equipment failure: conducts of nurses and implications for patient safety. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2018;71(4):1832-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0547>.
- SANTOS SE, KANKE PH, VIEIRA RCA et al. Impacto do controle glicêmico intensivo na lesão renal aguda: ensaio clínico randomizado. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2019; 32(6):02. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900083>.

SILVA KL, SENA RR, FEUERWERKER LCM, SOUZA CG, SILVA PM, RODRIGUES AT. O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar. *Saúde Soc.* São Paulo. [Internet]. 2013;22(3):773-784, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000300011>.

SILVA YC, SILVA KLV, VELLOSO ISC. Practices used by a home care team: implications for caregivers. *Rev. bras. enfermagem* [Internet]. 2021;74(2): e20190794. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0794>.

SOUZA CRS, SOUSA MS. Atenção domiciliar em saúde no brasil: visão dessa política por uma revisão integrativa. *Rev Bras Promoç Saúde.* [Internet]. 2019;32(92):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.9250>.

XAVIER GTO, NASCIMENTO VB, CARNEIRO JUNIOR N. A contribuição da Atenção Domiciliar à construção de redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais de saúde e usuários idosos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2019;22(2): e180151, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180151>.

## CAPÍTULO 9

# A MORTE E O MORRER EM PACIENTES ONCOLÓGICOS: A PERCEPÇÃO DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

---

*Data de aceite: 01/02/2023*

**Aline Aparecida da Silva Cunha**

**Andressa Cintra Ferreira**

<https://lattes.cnpq.br/9527526382108837>

**Heloise Paranaíba Almeida Drummond**

<http://lattes.cnpq.br/5532470604989527>

**RESUMO:** O contexto oncológico invariavelmente é atrelado ao estigma da morte e do processo de morrer como objetos de sofrimento e angústia aos personagens envolvidos no cenário da doença. O diagnóstico de câncer evoca a pacientes e familiares a percepção da terminalidade da vida, evidenciando a finitude do tempo e a brevidade da presença humana, que muitas vezes é confrontada de forma dolorosa e como instrumento de martírio ao paciente oncológico. Destarte, este trabalho objetiva desmistificar o processo de morrer e salientar que a compreensão das dimensões que compõem o ser humano faz-se essencial para construção de uma rede de cuidado que permite reconhecer a morte como parte integrante da vida e oferecer dignidade a pacientes e familiares envolvidos na conjuntura da terminalidade. O presente estudo é uma revisão narrativa, cujos dados

foram levantados na base de pesquisa SciELO e na revista de Enfermagem da Universidade de São Paulo, nos meses de abril e maio de 2019, acerca da temática das percepções sociais do processo de morte e morrer em pacientes oncológicos, utilizando os seguinte descritores: morte e morrer e terminalidade oncológica. Desestigmatizar e conceber a morte como um processo natural da existência humana permite que pacientes portadores de doenças crônicas graves, como o câncer, e seus familiares arrostem de forma esperançosa a doença e descontinem a finitude do tempo como oportunidade para valorização da vida e legitimação da dignidade humana.

**PALAVRAS-CHAVE:** “Morte”, “Atitude Frente a Morte”, “Assistência Terminal”, “Luto”.

**DEATH AND DYING IN ONCOLOGIC PATIENTS: THE PERCEPTION OF THE CHARACTERS INVOLVED**

**ABSTRACT:** The oncologic context is invariably linked to the stigma of death and the dying process as objects of suffering and anguish for the characters involved in the scenario of the disease. The diagnosis of cancer evokes in patients and family

members the perception of the terminality of life, showing the finitude of time and the brevity of the human presence, which is often confronted in a painful way and as an instrument of martyrdom to the oncologic patient. Thus, this work aims to demystify the dying process and stress that the understanding of the dimensions that make up the human being is essential to build a network of care that allows the recognition of death as an integral part of life and to offer dignity to patients and families involved in the juncture of terminality. The present study is a narrative review, whose data were collected in the SciELO research base and in the Nursing Journal of the University of São Paulo, in the months of April and May 2019, about the theme of social perceptions of the process of death and dying in cancer patients, using the following descriptors: death and dying and cancer terminality. To destigmatize and conceive death as a natural process of human existence allows patients with serious chronic diseases, such as cancer, and their families to bear the disease in a hopeful manner and to unveil the finitude of time as an opportunity to value life and legitimize human dignity.

**KEYWORDS:** “Death”, “Attitude to Death”, “Terminal Care”, “Bereavement”.

## INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, a morte e o processo de morrer assumem o papel de principal tabu social, embora sejam fenômenos naturais da vida. No cuidado em saúde, doenças como o câncer estão atreladas a contextos de sofrimento, mutilação e à morte. Não raro, o sofrimento se expande a familiares e amigos, explicitando-se em medo, angústia e insegurança, mediante a falta de controle sobre a enfermidade e a incerteza sobre a vida e a morte. Nesta perspectiva, são necessárias abordagens terapêuticas biopsicossociais, que compreendam o ser humano como um ser dual e subjetivo, contrapondo-se com a atual medicina tecnicista, assim como equipes de saúde capacitadas para lidar com todas as nuances que envolvem doenças que são acompanhadas, por vezes, da terminalidade. Diante disso, esse trabalho objetiva analisar as expressões da morte no contexto oncológico sob a ótica dos diversos personagens envolvidos no processo de morrer, buscando, por meio da humanização, desmistificar esta experiência.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa, cujo levantamento bibliográfico foi realizado através de pesquisa na base de dados virtuais SciELO, nos meses de abril e maio de 2019, acerca da temática das percepções sociais do processo de morte e morrer em pacientes oncológicos, utilizando os seguintes descritores: morte, atitude frente a morte, assistência terminal, luto.

## DISCUSSÃO

Historicamente, o câncer é estigmatizado como uma doença que leva à morte. Tal fato predispõe os pacientes oncológicos a lidarem com as questões sobre a morte e o

morrer, uma vez que começam a sentir medo e angústia decorrentes da possibilidade de uma interrupção da vida e, consequentemente, de seus planos e laços afetivos. Nessa perspectiva, é importante ressaltar que a percepção individual do paciente oncológico sobre a morte nem sempre é a mesma durante todas as fases da vida, sofrendo variações em cada época: infância, adolescência, idade adulta e velhice.

Quando se trata de um paciente terminal na fase infantil, a morte não é assimilada em sua totalidade, uma vez que esse conceito é desenvolvido por volta dos 5 a 7 anos de idade. Dessa maneira, as crianças tendem a associar o processo de morte à lembrança de uma pessoa próxima, de um bichinho de estimação, pelas imagens da TV e jogos infantis.

A adolescência é um período de descobertas, planos e sonhos, em que o jovem busca a sua identidade. Dessa maneira, a morte decorrente de um câncer passa a ser vista como uma adversidade a ser desafiada, por meio de esportes radicais, uso abusivo de drogas ilícitas e atitudes de irresponsabilidade. Essa situação, por sua vez, confere um caráter de revolta acerca da iminente morte resultante do câncer, já que não era vista como um acontecimento passível de se tornar realidade nesta etapa juvenil da vida.

No adulto, a concepção da morte depende muito da experiência física e psicológica pela qual está-se passando. Em geral, a percepção da morte é vista como algo que os seres humanos vivem continuamente em situações cotidianas, como perda de emprego, separações, entre outras, e não apenas no fim da vida física neste mundo.

No idoso, por sua vez, a morte é melhor aceita e sua percepção depende, sobretudo, das boas experiências vivenciadas ao longo da vida, ou seja, um idoso com uma trajetória de vida satisfatória poderia ter um medo menor da morte do que um adulto que está começando sua vida.

Logo, têm-se que a percepção da morte e morrer é uma experiência acima de tudo individual, devendo, portanto, ser considerada a percepção subjetiva intrínseca a cada paciente oncológico.

Outra vertente de análise, consiste na dualidade vida-morte na vivência dos pacientes com metástase. A presença da metástase coloca o paciente oncológico perante uma nova realidade gerada pelo câncer, a da morte como certeza da vida. De um lado, encontra-se o presente e o passado, marcados pela vida, pelas frustrações, pelo desejo de viver o que não foi vivido; do outro lado, o futuro, regido pela incerteza da cura e pela certeza da morte. Neste cenário dual, a morte ganha conotação impessoal, ganha ares de destino ou acidente final de todo ser humano, porém, ela assume contextos e promove impactos diferentes na vida de cada doente. A possibilidade da morte faz com que os pacientes oncológicos passem a definir prioridades em suas vidas, sonhos ainda a serem realizados, que por vezes são limitados pela debilidade física causada pela doença.

É importante considerar que a vida transparece a ideia de que o homem é um ser dual, que sofre a dor física e a dor da alma causada pelo câncer, nesta perspectiva, a terapêutica tecnicista aplicada pela equipe de saúde, por vezes, não supre as necessidades do sujeito

doente, uma vez que visa a cura física, esquecendo-se das feridas psicoemocionais deixadas no enfermo, assim, o acolhimento exercido pela equipe médica deve levar- além de autonomia, qualidade e conforto de vida- o paciente a assumir seus próprios caminhos e o protagonismo na sua vida em meio ao processo de morrer e do reconhecimento da finitude da vida.

Outro âmbito de percepção da morte se refere ao olhar do familiar cuidador, sobretudo no ambiente hospitalar, tendo em vista que o processo de morrer é marcado pelo desafio de lidar com a finitude de si e do outro. No que tange às inter-relações desse processo no ambiente hospitalar, o cuidado e o diálogo se tornam ainda mais relevantes. Todavia, persiste a noção do hospital como um local para a cura física, afastando, assim, as possibilidades de diálogo sobre despedidas, dores e perdas que marcam o processo da morte, tanto para a pessoa enferma, quanto para o familiar cuidador, sobretudo que se refere a dor psicológica que envolve uma doença incurável ou um paciente terminal. Desse modo, a cura se configura como prioridade, evita-se falar sobre a morte e ao não encará-la se afasta o indivíduo enfermo do direito de ter a vida que lhe resta o mais confortável e digna possível.

Nesse contexto permeado de incertezas, fragilidades, desordens e culpa, o familiar cuidador tende a buscar ferramentas de enfrentamento, a fim de conseguir proporcionar bem-estar ao familiar enfermo. Nota-se, em contrapartida, uma tendência de alguns familiares enfermos adotarem uma postura mais introspectiva, afastando-se de um diálogo aberto com o familiar cuidador- manifestando, inclusive, irritabilidade- que por sua vez, fica angustiado com a incerteza de como o doente se sente e como pensa na sua situação de terminalidade.

Cabe salientar que indivíduos em processo de morrer, tendem a vivenciar as fases do luto, definidas por Elisabeth Kubler Ross, durante a progressão da doença, sendo elas: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. A vivência dessas fases atua como mecanismos de defesa, com duração variável, simultâneas ou não, e modificam as necessidades de cuidado, refletindo nos desafios da relação entre enfermo e familiar cuidador.

Em vista disso, é comum que familiares cuidadores enfatizem a necessidade de ter mais paciência enquanto cuidam, evidenciando o desafio de se manterem estáveis durante a internação hospitalar, ao buscar cuidar do outro e de si. Tal cenário acaba convergindo para um quadro de exaustão, em que o sofrimento envolvido no cuidado de uma pessoa no fim da vida, culmina na dicotomia entre o desejo de vê-lo descansar e a culpa frente a esse desejo, como destaca o seguinte trecho do artigo “Inter- relações no processo de morrer no hospital: olhar do familiar cuidador”:

A morte, mesmo dolorosa, passa a ser uma promessa de alívio, de libertação e conforto tanto para o indivíduo enfermo que está, muitas vezes, em sofrimento, quanto para o familiar cuidador que está vivenciando esse processo; isso

contrapõe e complementa sentimentos de forma complexa . A culpa é um sentimento recorrente para quem cuida desses indivíduos; a dor psíquica é imensa quando o início do fim se torna nítido. A fase de aceitação do fim da vida de seu ente querido é o estágio em que o familiar cuidador se aquietá e se isola; a vontade de lutar vai cessando gradualmente, e a necessidade de descanso sobrepuja a essa luta.( VASQUES et al, 2017)

Ademais, surge nesse contexto, desejos dos indivíduos enfermos em situação de finitude. Desejos de experimentar sabores, cheiros, verem, ouvirem alguém, isto é, de viver a vida que não viveu. O familiar cuidador tende a se ver como um dos responsáveis pela realização de tais desejos, ainda que com muitas dúvidas acerca de como proceder diante do atendimento dos mesmos, sentindo-se vitorioso e consolado ao conseguir reduzir o sofrimento do familiar enfermo. Têm-se ainda a possibilidade de reaproximação, fortalecimento das relações e resolução das desavenças, resgatando afetos e vínculos perdidos no decorrer da vida do enfermo.

Quanto às relações com os membros da equipe de enfermagem, que podem ser estendidas a todos que prestam a assistência, os familiares cuidadores reforçam a ausência e o afastamento tanto dos enfermos quanto de si. Tal afastamento, se configura como uma conduta para evitar o sofrimento de confrontar, além da própria finitude, o despreparo e a falta de discussão e reflexão da equipe frente a morte e a sua possível falha enquanto profissional de saúde. Por outro lado, mediante uma postura de proximidade da equipe, os familiares cuidadores demonstram sentimentos de amparo e segurança, tendo na equipe um fortalecimento de suas redes de apoio, assim como nos demais indivíduos enfermos e seus familiares presentes no mesmo ambiente hospitalar. Na concepção da família a presença física da equipe e a maneira como os procedimentos são realizados no familiar enfermo reforçam o cuidado.

As representações da morte para o profissional de saúde estão bastante interligadas com o modelo curativo, que forja a ideia do poder de salvar vidas. Sendo assim, o médico é visto como um ser salvador e essa realidade faz com que a sociedade e ele próprio se cobre muito. Dessa maneira, no molde de formação vigente, uma situação de morte em geral é interpretada como um teste à competência do profissional, fato gerador de sofrimento quando se perde uma vida, constituindo um sentimento de fracasso. Esses fatores podem levar ao aparecimento da Síndrome de Burnout, caracterizada pela exaustão emocional, a despersonalização e a falta de comprometimento com o trabalho.

O modelo biomédico não ensina a cuidar das pessoas, apenas a tratar a doença, de modo que o estudante não compreenda ou refute o fato de que o ser humano, geneticamente, está programado para morrer e que as doenças apenas aceleram esse processo. E, devido à falta de preparação dos acadêmicos da área da saúde para lidar com a morte e refletir sobre a mesma, muitos chegam ao campo profissional totalmente despreparados para lidar com essa situação, o que interfere no exercício da profissão e na relação médico-paciente.

Outro fator que interfere nas representações da morte para o profissional da saúde

são suas crenças religiosas. Tendo em vista que muitas religiões acreditam em uma vida após a morte, a devoção a alguma delas faz com que ocorra uma construção de sentido para o processo de morrer, amenizando a dor e o sentimento de fracasso na prática profissional.

Para o ser humano, a morte representa o nada, algo que não pode ser antecipado e nem imaginado, se tornando insuportável. Por esse motivo, a mente elabora estratégias para torná-la suportável, elaborando, assim, mecanismos de defesa, esses que são utilizados para negar fatos angustiantes. Assim, muitos profissionais evitam ao máximo contato emocional com pacientes para se distanciar de um sofrimento futuro. Como consequência, é constituída uma barreira à prática do cuidado humanizado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da morte fazer parte da existência humana, proporciona para as pessoas, em geral, muita angústia e temor, tornando difícil a relação com pacientes em estado terminal. Discutir e aceitar a finitude da vida é um processo árduo na cultura da sociedade ocidental e, por esse motivo, são criados mecanismos de defesa para tornar essa situação suportável. A pessoa portadora de uma doença crônica grave, como o câncer, coloca em pauta sua própria existência, precisando lidar com a doença, com o tratamento e com a chance de morrer. Diante desse fato, cada indivíduo vê a morte de acordo com perspectivas diferentes, as quais são moldadas de acordo com as crenças religiosas, a visão de mundo do indivíduo.

Esse processo revela ao olhar, dos personagens envolvidos no contexto oncológico, as frustrações humanas, os erros, os fracassos, encarar, por vezes, a morte diária pela não capacidade do homem em viver em si. Desse modo, no contexto oncológico, uma rede humanizada pautada pelo acolhimento e desestigmatização do processo de morrer ofertada a pacientes e familiares é fundamental para amenizar o sofrimento desencadeado pela doença, para que, em meio à angústia da terminalidade, renasça a esperança da vida. Pois, desmistificar a morte é antes de tudo, revelar a vida. Cabe salientar a importância da realização de mais estudos acerca da temática em questão, a fim de compreender de maneira mais ampla como essas representações afetam as relações sociais entre os indivíduos inseridos nesse processo, aprimorando as possibilidades de apoio aos personagens envolvidos no processo de morte e morrer.

## REFERÊNCIAS

- BORGES, Alini Daniéli Viana Sabino et al . **Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento.** Psicologia em Estudo, Maringá , v. 11, n. 2, p. 361-369, ago. 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000200015>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722006000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000200015&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 24 novembro 2022.

BORGES, Moema da Silva; MENDES, Nayara. **Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer.** Revista Brasileira de **Enfermagem**, Brasília , v. 65, n. 2, p. 324-331, abr. 2012 . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200019>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000200019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200019&lng=en&nrm=iso). Acesso em 24 novembro 2022.

TRINCAUS, Maria Regiane; CORREA, Adriana Katia. **A dualidade vida-morte na vivenciados pacientes com metástase.** Revista da Escola de Enfermagem da **USP**, São Paulo , v. 41, n. 1, p. 44-51, mar. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000100006>. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342007000100006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000100006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 25 novembro 2022.

VASQUES, T. C. S.; LUNARDI, V. L.; SILVEIRA, R. S. da; AVILA, L. I.; DALMOLIN, G. D. L.; CARVALHO, K. K. de; PINTANEL, A. C. **Inter-relações no processo de morrer no hospital: olhar do familiar cuidador.** *Avances en Enfermería*, [S. I.], v. 35, n. 3, p. 266–274, 2017. DOI: 10.15446/av.enferm.v35n3.62825. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/62825>. Acesso em: 5ene. 2023. Acesso em: 25 novembro 2022.

## CAPÍTULO 10

# A MELHOR ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA NA DOR AGUDA PÓS COLESCISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: REVISÃO SISTEMÁTICA

---

*Data de submissão: 21/11/2022*

*Data de aceite: 01/02/2023*

### **Leonardo Vaz Barros**

Universidade Federal do Maranhão, curso  
de Medicina  
Imperatriz-MA  
<http://lattes.cnpq.br/0385294735074261>

### **Jorge Soares Lyra**

Universidade Federal do Maranhão, curso  
de Medicina  
Imperatriz-MA  
<http://lattes.cnpq.br/7545196480694666>

### **Nathalia de Oliveira Santana**

Universidade Federal do Maranhão, curso  
de Medicina  
Imperatriz-MA  
<http://lattes.cnpq.br/2198408246960320>

### **Mariana Alves Ribeiro**

Universidade Federal do Maranhão, curso  
de Medicina  
Imperatriz-MA  
<http://lattes.cnpq.br/1505108847545245>

### **Leonardo de Campos Castro**

Universidade Federal do Maranhão, curso  
de Medicina  
Imperatriz-MA  
<http://lattes.cnpq.br/8034017731413118>

### **Thales Ramos Pizzoli**

Universidade Federal do Maranhão, curso  
de Medicina  
Imperatriz-MA  
<http://lattes.cnpq.br/4470677719356969>

**RESUMO:** Introdução: A mobilização tardia, atraso na alta, desenvolvimento de dor crônica e aumento dos custos do tratamento constituem consequências negativas relacionadas à terapêutica inadequada da dor pós-operatória de colecistectomia videolaparoscópica. Diversos estudos propõem estratégias terapêuticas para a resolutividade da dor aguda pós-colecistectomia videolaparoscópica. Objetivo: identificar a melhor estratégia terapêutica na dor aguda pós-colecistectomia videolaparoscópica, dentre as técnicas disponíveis. Metodologia: Esta é uma revisão sistemática que incluiu 13 artigos completos indexados nas bases de dados Medline, Scopus, Web of Science e LILACS. Revisão de literatura: Em uma proposta de analgesia multimodal, como apresentado na analgesia pós-operatória de colecistectomia videolaparoscópica, é importante considerar as interações

medicamentosas, efeitos colaterais, contraindicações, dosagem e o momento ideal das intervenções. Atualmente utilizam-se, principalmente, opioides, anti-inflamatórios não esteroides, inibidores seletivos da ciclo-oxigenase-2 (COX-2), antagonistas dos receptores N-methyl-D-aspartato e o uso da gabapentina/pregabalina. As particularidades das interações e a heterogeneidade das apresentações possibilitam fragilidade na discussão, porém o estudo individualizado de cada caso deve ser enaltecido. Sabe-se que os opioides são boas alternativas para a analgesia e estudos recentes demonstram que o uso da oxicodeona tem se mostrado promissor, com a dose de 0,08mg/kg IV 20 minutos antes do final da cirurgia. Conclusão: Apesar de não haver consenso sobre qual a melhor estratégia terapêutica, a aplicabilidade da terapêutica deve ser de forma individualizada com base em evidências científicas. Deve-se levar em consideração para a escolha da terapêutica os efeitos adversos dos medicamentos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dor. Pós-operatório. Colecistectomia.

### THE BEST THERAPEUTIC STRATEGY FOR ACUTE PAIN AFTER VIDEOLAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY: SYSTEMATIC REVIEW

**ABSTRACT:** Introduction: Late arrival, delay in discharge, development of chronic pain and increased treatment costs are negative consequences related to therapeutic therapy for postoperative pain after laparoscopic cholecystectomy. Several studies propose therapeutic strategies to solve acute pain after laparoscopic cholecystectomy. Objective: to identify the best therapeutic strategy for acute pain after laparoscopic cholecystectomy, among the available techniques. Methodology: This is a systematic review that included 13 full articles indexed in Medline, Scopus, Web of Science and LILACS databases. Literature review: In a proposal for multimodal analgesia, as presented in the postoperative analgesia of videolaparoscopic cholecystectomy, it is important to consider relaxing drugs, side effects, contraindications, dosage and the ideal moment of effectiveness. Currently, non-steroidal anti-inflammatory drugs, selective cyclooxygenase-2 (COX-2) inhibitors, N-methyl-D-aspartate receptor antagonists and the use of gabapentin/pregabalin are used. The particularities of the painful ones and the heterogeneity of the presentations make possible the protection in the discussion, however the individualized study of each case must be praised. It is known that opioids are good alternatives for analgesia and recent studies show that the use of oxycodone has shown promise, with a dose of 0.08mg/kg IV 20 minutes before the end of surgery. Conclusion: Although there is no consensus on the best therapeutic strategy, the applicability of the therapy should be individualized based on scientific evidence. Consideration should be given to the choice of therapy for adverse drug effects.

**KEYWORDS:** Pain. Postoperative. Cholecystectomy.

## INTRODUÇÃO

A terapêutica inadequada da dor pós-operatória em colecistectomia videolaparoscópica pode levar à mobilização tardia, insatisfação do paciente, atraso na alta hospitalar e desenvolvimento de dor crônica, considerações que geram consequências negativas ao paciente. Com o advento da videolaparoscopia e aprimoração de propostas

em protocolos para minimizar o desconforto em pacientes de pós-operatório, como os projetos ERAS e ACERTO, diversos estudos propõem estratégias terapêuticas para a resolutividade da dor aguda pós-colecistectomia videolaparoscópica. A analgesia multimodal tem sido recomendada como base para o seguimento dos pacientes em pós-operatório de Colecistectomia Videolaparoscópica. A revisão a seguir objetivou identificar, dentre as principais opções de fármacos utilizados no controle de dor pós-operatória, a melhor estratégia terapêutica na dor aguda pós-colecistectomia.

## MÉTODOS

Esta revisão sistemática foi realizada pelo pesquisador principal e quatro coautores, à época da revisão discentes do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão *campus Imperatriz*, com orientação de um membro docente desta mesma Universidade, identificado como co-autor desta. A produção científica seguiu etapas de delineamento de uma revisão sistemática após ampla pesquisa, com a utilização artigos completos indexados nas bases de dados LILACS, Medline, Web of Science e Scopus, selecionados após critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. Para as pesquisas foram utilizados descritores em Ciências da Saúde (DeCS) a partir dos cruzamentos: colecistectomia videolaparoscópica, anestesiologia e terapia de dor pós-operatória. Como critérios de inclusão estabeleceram-se artigos completos indexados nas bases de dados do Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Scopus, Web of Science e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), em um recorte temporal de 10 anos entre 1996 e 2006, baseados em estudos controlados, randomizados e considerando revisões sistemáticas e estudos tipo Coorte, publicados em português e inglês. Foram incluídos os principais fármacos das classes dos opioides, AINES/inibidores da COX-2, antagonistas do receptor NMDA e análogos do GABA. Como critérios de exclusão foram usados relatos de caso, abordagem convencional (ou aberta), pós-operatório com evolução para óbito, uso de anestésicos obsoletos. As referências foram organizadas de modo a excluir duplicações. Após critérios de elegibilidade e revisões, 13 (treze) artigos foram avaliados quanto à metodologia individual aplicada, minimizando vieses e buscando qualidade de randomização.

## RESULTADOS

Com a modernização dos cuidados em Saúde e o advento da videolaparoscopia, a analgesia multimodal tem sido recomendada por cirurgiões e anestesistas objetivando a combinação de efeitos aditivos de analgésicos, considerando cuidados pós-operatórios eficazes e diminuindo os efeitos adversos das medicações empregadas. Em uma proposta de analgesia multimodal, como apresentado na analgesia pós-operatória de colecistectomia videolaparoscópica, é importante considerar as interações medicamentosas, efeitos

colaterais, contraindicações, dosagem e o momento ideal das intervenções.

Com base nisto e considerando a literatura atual, equipes de saúde utilizam em terapia de dor pós-operatória medicamentos como analgésicos simples, corticoides, Anti-Inflamatórios Não-Esteroides (AINES), inibidores seletivos da ciclo-oxigenase-2 (COX-2), opioides e análogos de GABA ( gabapentina e pregabalina). Suas particularidades, interações e sensibilidades formulam apresentações heterogêneas, motivando discussões amplas de eficácia e efetividade que são consideradas em amplos níveis de evidência, desde opiniões de especialistas a estudos de ensaios clínicos randomizados. Observou-se que a individualização deve ser enaltecida e em grande parte dos casos a analgesia multimodal tem sido amplamente defendida por garantir melhor recuperação de cirurgias como a colecistectomia videolaparoscópica.

## Opioides

Os fármacos desta classe estão entre as melhores opções para analgesia no geral. No entanto, devido aos seus efeitos adversos e considerando dependência química após sua administração, alternativas eficazes ao seu uso são propostas em terapia multimodal para otimizar a sua indicação para real necessidade do paciente. Diante da necessidade da administração dos opioides após individualização, a literatura atual demonstra a Oxicodona como promissora em controle de dor pós-operatória em pacientes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica. Seu uso é recomendado na dose de 0,08mg/kg endovenoso 20 minutos antes do término da cirurgia com menor dor pós operatória quando comparado ao fentanil, por exemplo, porém, a depender da dose administrada, esse medicamento pode causar maior incidência de náuseas e vômitos no pós-operatório imediato.

## Anti-inflamatórios não-esteroides/Inibidores da COX-2.

A aplicabilidade da terapia multimodal considera fundamental o uso dos AINES/inibidores da COX-2 como analgesia em pós-operatório, ponderando baixos índices de efeitos adversos e alta eficácia em grande parte dos pacientes. Com relação aos analgésicos simples, a utilização do paracetamol 1g endovenoso imediatamente após a indução anestésica reduziu substancialmente a dor comparado ao placebo, sem mostrar redução no consumo de opioide após cirurgias videolaparoscópicas de vesícula.

Os estudos incluindo a utilização de AINES/inibidores da COX-2 em pós-operatório de colecistectomia videolaparoscópica evidenciaram redução de associação de opioides no tratamento dos pacientes, sem identificar superioridade entre as opções disponíveis, cabendo ao médico e anestesiologista a melhor decisão disponível considerando individualidades do paciente, experiência, eficiência, eficácia e considerando o custo do tratamento proposto, características que são particularizadas de acordo com a região.

Sobre as demais opções de AINES disponíveis destaca-se o parecoxib endovenoso

na dose de 40mg 30 minutos antes da indução anestésica e como via de administração oral, o lornoxicam na dose de 8mg 30 minutos antes da cirurgia seguido de doses adicionais 12 horas e 24 horas após o procedimento. Ambas demonstraram efeitos positivos ao controle pós-operatório quando comparados ao placebo. Quanto aos piores escores de controle de dor pós-operatória, evidencia-se o uso do cеторолако com posologia de 1mg/kg endovenoso na indução anestésica, com maior necessidade de associação de opioides no seguimento. Comparativamente, grupos com AINES/inibidores da COX-2 com infusão contínua destacaram-se por superioridade ao cеторолако. Esses grupos incluíram o cetoprofeno 100mg endovenoso em associação ao cloridrato de tramadol 50mg endovenoso em bolus com doses adicionais de 1mg/kg e 0,1mg/kg em 24h, respectivamente e cetoprofeno 100mg endovenoso iniciais seguido de 2mg/kg/24h, com menores necessidades de uso de opioide em pós-operatório.

A administração de dose única de dextroprofeno trometamol 50mg endovenoso 30 minutos antes do final da cirurgia teve resultado semelhante à administração de diclofenaco de sódio 75mg endovenoso em pacientes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica, porém o consumo de opioides foi maior na utilização do trometamol comparado ao diclofenaco. Em associação com o tramadol na dose de 600mg endovenoso, o dextroprofeno trometamol mostrou menor consumo de analgésicos em pós-operatório quando comparado ao uso isolado de tramadol.

## Corticoide

A administração associada de corticoide, no estudo pesquisado com a utilização de metilprednisolona 125mg endovenoso associado ao etoricoxib 120mg via oral 1 hora antes da cirurgia foi mais eficaz na redução do consumo de opioides, sem que houvesse maior incidência de efeitos adversos. É importante considerar que

## Antagonistas dos receptores N-methyl-D-aspartato

O uso desta classe de medicamentos demonstrou maior controle de dor aguda e menor necessidade de opioides no pós-operatório de colecistectomias laparoscópicas, porém, seu uso demonstrou maior índice de efeitos adversos significativos, a depender da dose com aumento de frequência cardíaca e alucinações, fator que deve ser levado em consideração na sua escolha aliada à terapia multimodal. A administração de cetamina na dose de 1mg/kg endovenoso na indução anestésica seguido de 25mcg/kg/min endovenoso até o fim da cirurgia demonstrou menor dor pós-operatória e menor consumo de opioides comparado ao placebo, porém aumentou o tempo de extubação e alta da recuperação anestésica. O mesmo medicamento em doses alternativas de acordo com a hemodinâmica do paciente não alterou a intensidade da dor após o procedimento cirúrgico. Após revisão de escores anestésicos, esse medicamento pode prejudicar a resposta verbal e orientação após a intubação, fatores que devem ser levados em consideração na escolha deste na

terapia multimodal.

### Gabapentina/Pregabalina

Em geral, os análogos do GABA como a gabapentina/pregabalina podem ser utilizados em pacientes submetidos à colecistectomia por vídeo. Em pacientes que receberam esses medicamentos houve menor índice de dor aguda e necessidade de opioides pós-operatório, porém a proporção de efeitos adversos advindos dessas medicações, como sedação em demasia, tontura e atraso na extubação também reforçam a individualização do seu uso. Houve diminuição de uso de opioides no pós operatório com uso de pregabalina 150mg ou 300mg via oral 1 hora antes da cirurgia comparada com placebo, bem como a diminuição de dor aguda no pós-operatório. Doses inferiores de pregabalina foram estudadas em associação ao celecoxib, esta sem efeito considerável na redução de dor aguda ou diminuição da necessidade de opioides, com maior índice de efeitos colaterais. Em contrapartida, doses acima de 1200mg via oral de gabapentina 2 horas antes da cirurgia seguido da mesma dose 12 horas após demonstrou melhor controle de dor pós-operatória e menor necessidade de opioides em pacientes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica, quando comparados com o placebo.

## DISCUSSÃO

Diante da ampla disponibilidade de medicamentos e interações, considerando particularidades dos pacientes e sensibilidade destes, bem como efeitos adversos variáveis, diversas estratégias de terapia multimodal são utilizadas atualmente no controle de dor pós-operatória, incluindo procedimentos como colecistectomias videolaparoscópicas.

Nesse cenário, a maioria dos estudos disponíveis visam a investigação das medicações para aplicabilidade das intervenções, baseando-se fundamentalmente na eficácia da analgesia proposta e da necessidade de uso de opioides. Porém, a ampla possibilidade de efeitos adversos característicos de cada fármaco não é caracterizada na maioria dos estudos, por serem considerados eventos raros, contudo, a existência desses efeitos deve ser levada em consideração na escolha da melhor indicação medicamentosa aos pacientes.

Em adição, o cenário heterogêneo considerando especialistas e abordagens particulares de cuidados ao paciente possibilitam discussões amplas sobre uma mesma indicação terapêutica, sem definição exata da melhor proposta de terapia multimodal aplicada a pacientes em recuperação pós-operatória. O estudo individualizado persiste a melhor abordagem ao paciente sem estabelecer consenso sobre qual a melhor abordagem terapêutica.

## **CONCLUSÃO**

Apesar de não haver consenso sobre qual a melhor estratégia terapêutica, a aplicabilidade da terapêutica deve ser de forma individualizada com base em evidências científicas. Deve-se levar em consideração para a escolha da terapêutica os efeitos adversos dos medicamentos.

## **REFERÊNCIAS**

- Ahn Y, Woods J, Connor S. **A systematic review of interventions to facilitate ambulatory laparoscopic cholecystectomy.** HPB (Oxford). 2011;13(10):677-86.
- Anil A, Kaya FN, Yavascaoglu B, Mercanoğlu Efe E, Türker G, Demirci A. **Comparison of postoperative analgesic efficacy of intraoperative single-dose intravenous administration of dexketoprofen trometamol and diclofenac sodium in laparoscopic cholecystectomy.** J Clin Anesth. 2016;32:127-33.
- Bakan M, Umutoglu T, Topuz U, Uysal H, Bayram M, Kadioglu H, et al. **Opioid-free total intravenous anesthesia with propofol, dexmedetomidine and lidocaine infusions for laparoscopic cholecystectomy: a prospective, randomized, double-blinded study.** Rev Bras Anestesiol. 2015;65(3):191-9. Portuguese.
- Bisgaard T, Klarskov B, Rosenberg J, Kehlet H: **Characteristics and prediction of early pain after laparoscopic cholecystectomy.** Pain 2001; 90:261–9
- Bisgaard T. **Analgesic treatment after laparoscopic cholecystectomy: a critical assessment of the evidence.** Anesthesiology. 2006;104(4):835-46.
- Bisgaard T. **Analgesic treatment after laparoscopic cholecystectomy: a critical assessment of the evidence.** Anesthesiology. 2006 Apr;104(4):835-46. doi: 10.1097/00000542-200604000-00030. PMID: 16571981.
- Brescia A, Gasparini M, Nigri G, Cosenza UM, Dall’Oglio A, Pancaldi A, et al. **Laparoscopic cholecystectomy in day surgery: feasibility and outcomes of the first 400 patients.** Surgeon. 2013;11:S14-8.
- Downs SH, Black NA, Devlin HB, Royston CMS, Russell RCG: **Systematic review of the effectiveness and safety of laparoscopic cholecystectomy.** Ann R Coll Surg Engl 1996; 78:241–323
- Galvão TF, Pansani TSA, Harrad D. **Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA.** Epidemiol Serv Saúde. 2015;24(2):335-42.
- Gousheh SM, Nesioonpour S, Javaher Foroosh F, Akhondzadeh R, Sahafi SA, Alizadeh Z. **Intravenous paracetamol for postoperative analgesia in laparoscopic cholecystectomy.** Anesth Pain Med. 2013;3(1):214-8.
- Leal PC, Sakata RK, Salomão R, Sadatsune EJ, Issy AM. **Assessment of the effect of ketamine in combination with remifentanil on postoperative pain.** Braz J Anestesiol. 2013;63(2):178-82.

Planells Roig M, Garcia Espinosa R, Cervera Delgado M, Navarro Vicente F, Carrau Giner M, Sanahuja Santafé A, et al. **Ambulatory laparoscopic cholecystectomy. A cohort study of 1,600 consecutive cases.** Cir Esp. 2013;91:156-62.

Rosenquist RW, Rosenberg J: **Postoperative pain guidelines.** Reg Anesth Pain Med 2003; 28:279–88

Vieira, N V, Jesus R, Leite A, Leite S, Vieira M. **Terapêutica anestésica para o alívio da dor aguda pós-colecistectomia: videolaparoscópica: revisão sistemática.** Rev Col Bras Cir. 2018;45(4):e1885. DOI: 10.1590/0100-6991e-20181885

## CAPÍTULO 11

# INFLUÊNCIA DA ALIMENTAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER

*Data de aceite: 01/02/2023*

### **Geovana Vicentini Fazolo da Silva**

Graduanda em Medicina Veterinária, curso do Instituto de Ciências da Saúde, localizado na Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Universitário de

Sinop

Sinop, MT, Brasil

ORCID: 0000-0002-0885-5797

<http://lattes.cnpq.br/0025296792260275>

### **Valéria Dornelles Gindri Sinhorin**

Docente da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Universitário de Sinop e lotada no Instituto de Ciências Naturais, Humanas e Sociais. Docente do Programa

de Pós-graduação em Biotecnologia e Biodiversidade da rede Pró Centro-Oeste Sinop, MT, Brasil

ORCID: 0000-0002-5070-0043

<http://lattes.cnpq.br/3818211604255549>

**RESUMO:** A nutrição é parte fundamental do desenvolvimento e manutenção da qualidade de vida e, levando em consideração predisposições genéticas e as diferentes fases da vida, cada indivíduo possui demandas nutricionais específicas para manutenção da homeostase corporal. Dessa forma, a interação saúde-nutrição vem sendo cada vez mais objeto de estudo

no desenvolvimento de diversas doenças, especialmente as neurológicas. Nutrientes como zinco e selênio, vitaminas do complexo B, vitaminas C, D e E e, o ômega 3, são substâncias essenciais para a manutenção da integridade física e fisiológica dos seres humanos, entretanto, tais substâncias podem não estar presentes em número ou configurações adequadas na dieta dos mesmos. Em muitos casos, a desinformação é o maior impasse para que as pessoas realmente começem a adotar novos hábitos e estilos de vida. Dessa maneira, este capítulo tem como objetivo, através de uma revisão bibliográfica, elucidar e apresentar os benefícios da implementação de diferentes nutrientes na dieta e exibir como os mesmos podem ser capazes de auxiliar na prevenção e tratamento de diversas doenças neurológicas, especialmente na doença de Alzheimer.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doença de Alzheimer. Alimentação. Neurofisiologia.

## **INTRODUÇÃO**

A doença de Alzheimer é caracterizada por manifestações cognitivas e neuropsiquiátricas que resultam em uma deficiência progressiva e eventual

incapacitação, sendo hoje, a patologia neurodegenerativa mais frequente associada à idade (SERENIKI; VITAL, 2008). Em geral, o primeiro aspecto clínico é a deficiência da memória recente, além das dificuldades de atenção e fluência verbal, outras funções cognitivas deterioram à medida que a patologia evolui. O grau de vigília e a lucidez do paciente não são afetados até a doença estar muito avançada. A fraqueza motora também não é observada, embora as contraturas musculares sejam uma característica quase universal nos estágios avançados da patologia (LINDEBOOM; WEINSTEIN, 2004).

A doença ocorre pela ausência das ações sinápticas nas áreas do cérebro que são responsáveis pelas funções cognitivas, entre as quais estão o hipocampo, córtex entorrinal, córtex cerebral e estriado ventral. Esta perda de funções ocorre devido aos portadores da DA (doença de Alzheimer) apresentarem no parênquima cerebral, reservatórios fibrilares amiloidais, localizados nas paredes dos vasos sanguíneos juntos a uma diversidade de diferentes placas senis. Dessa forma, gera-se acúmulo de filamentos anormais da proteína tau e como consequência, pode-se observar nos pacientes portadores da DA, a formação de novelos neurofibrilares (NFT), estímulo da glia, inflamação e perda neural (BIGUETI; LELLIS; DIAS, 2018; SERENIKI; VITAL, 2008).

Na atualidade, são desconhecidos meios clínicos que possam prevenir o aparecimento da DA, assim como não existe cura para a doença. Entretanto, já foram realizados estudos e pesquisas capazes de identificarem alguns fatores de risco relacionados à doença, entre os quais estão: o nível de escolaridade, idade, fatores genéticos, prática de atividade física, hábitos alimentares e estado nutricional (BIGUETI; LELLIS; DIAS, 2018).

Algumas pesquisas levantam a hipótese de uma possível relação entre a diabetes tipo 2 e a doença de Alzheimer, isso acontece pela quantidade de glicose necessária de glicose que o cérebro apresenta para seu pleno funcionamento e proteção das sinapses. A metanálise de Beydoun; Beydoun e Wang (2008) avaliou a força de associação entre fatores de risco selecionados, como obesidade e sobrepeso, à incidência de desenvolvimento de Doença de Alzheimer e demência. Nesta análise, as medidas de efeito relatadas foram agrupadas usando modelos de efeitos aleatórios quando havia homogeneidade significativa entre os estudos e modelos de efeito fixo quando apresentados de outra forma. A conclusão deste estudo foi de que, mulheres e homens entre 30 e 45 anos, que apresentaram algum ganho de peso durante o tempo analisado, obtiveram maior incidência de Alzheimer.

As doenças neurodegenerativas no geral, podem apresentar inúmeras causas, especialmente, causas de cunho genético, um dos principais mecanismos de formação de doenças neurodegenerativas é o desequilíbrio entre a ação de antioxidantes e de radicais livres. Dessa forma é implícito concluir que uma dieta rica em antioxidantes é capaz de retardar o aparecimento de sinais clínicos da doença (CLETO, 2020).

As ações oxidantes prejudicam o organismo em diversos aspectos, mas principalmente na massa neural, pois o tecido nervoso não é capaz de realizar o processo de regeneração. Assim, nota-se que uma dieta com níveis adequados de antioxidantes é

essencial para a prevenção de doenças neurodegenerativas e manutenção de funções cognitivas ao longo da vida, já que estas doenças não possuem tratamentos eficazes quando atingem níveis mais avançados (JESUS, 2015).

Os efeitos metabólicos dos alimentos estão intimamente relacionados às alterações de saúde à longo prazo. Desta maneira, uma alimentação de qualidade garante um bom desenvolvimento e manutenção da homeostase corporal, podendo ser ponto chave quando se trata de doenças neurológicas. Assim, este capítulo busca trazer um compilado de informações sobre a influência dos hábitos alimentares na prevenção da doença de Alzheimer.

## METODOLOGIA

Este capítulo foi produzido por meio de uma revisão bibliográfica sobre o desenvolvimento da doença de Alzheimer em indivíduos com alimentação saudável e balanceada, analisando a prevenção, estabilidade e progressão da doença nos mesmos. Foram utilizadas as plataformas Periódico CAPES, Google Acadêmico, PubMed, Scielo e Science Direct com buscas por: doença de Alzheimer, alimentação saudável, influência alimentar, nutrição, vitaminas, doenças neurológicas e neurofisiologia. A partir da leitura dos artigos que incluíam títulos semelhantes às buscas, a análise de refinamento foi feita utilizando a técnica de exclusão, onde foram selecionados aqueles que melhor atenderam ao contexto almejado para esta revisão.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A doença de Alzheimer não é uma patologia que se manifesta de forma individual apenas, na atualidade, a DA é considerada a principal causa de demência nos idosos (CLETO, 2020). Em 2011, estudos apontaram que cerca de 24 milhões de pessoas ao redor do mundo sofriam com a DA e, as perspectivas são de que esse número se aproxime de 72 milhões de casos até 2030. No Brasil, ainda que de forma incerta, é estimado que cerca de um milhão de pessoas sofram da doença (FALCO et al., 2016).

Foi a partir de 1907 que a doença de Alzheimer começou a ter seus primeiros focos de atenção e esta patologia levou o nome de Alois Alzheimer, neuropatologista alemão responsável pela sua caracterização. Alois a descreveu como uma afecção neurodegenerativa progressiva e irreversível, que gera sintomas como perda de memória e distúrbios cognitivos (CÔRREA, 1996). É possível realizar o diagnóstico da doença de Alzheimer através de marcadores biológicos, pelo fato de portadores da doença apresentarem alterações no peptídeo beta-amiloide, podendo ser a sua identificação em tecidos cerebrais ou sua concentração reduzida no líquor, o que pode ser notado de maneira precoce, até 10 anos antes da apresentação de sintomas iniciais (FROTA et al., 2011).

## Zinco

O zinco (Zn) é o segundo micronutriente mais abundante no Sistema Nervoso Central (XIE; WU; ZHAO, 2020), é um metal de transição que possui importantes propriedades químicas e biológicas (NARAYANAN et al., 2020). O Zn apresenta também a capacidade de formar complexos com a matéria orgânica, influenciando as estruturas tridimensionais dos ácidos nucleicos, a sinalização intracelular e as reações catalíticas enzimáticas (NARAYANAN et al., 2020).

Existem múltiplos reservatórios de Zn no organismo humano, tais como os músculos-esqueléticos, os ossos, o fígado e o cérebro (SQUITTI et al., 2020). O zinco é considerado um elemento essencial para a espermatogênese e a sua maturação, a integridade genômica do esperma, a organogênese, o desenvolvimento adequado do timo e o funcionamento regular dos neurotransmissores. Este metal desempenha funções importantes a nível celular e tecidos dependentes, bem como em metaloproteinases associadas ao sistema dérmico, nervoso e imune (ATTAR, 2020). Na Doença de Alzheimer, os níveis de Zn sofrem alterações não apenas no sistema nervoso central, mas também no soro e no plasma e a maioria dos estudos revelam que a concentração de Zn diminui no soro de humanos e ratos portadores dessa patologia (XIE; WU; ZHAO, 2020).

A presença de zinco no organismo reduz significativamente em pessoas a partir dos 75 anos de idade (CLETO, 2020). Leal et al. (2012) apontaram que níveis adequados de zinco no organismo humano, podem evitar o desenvolvimento de DA e isso acontece pois a enzima responsável pela degradação da insulina e a neprilisina, são proteases dependentes deste mineral e apresentam uma capacidade de degradação do peptídeo beta-amiloide, podendo reduzir então a formação de placas senis e seu acúmulo.

De forma a garantir que este mineral exerça suas diversas funções da maneira esperada no organismo, se faz necessário uma ingestão diária em torno de 0,011 mg para homens acima de 50 anos de idade e 0,008 mg para mulheres na mesma faixa etária. Entretanto, cuidados são necessários, uma vez que o consumo prolongado acima de 0,04 mg por dia, pode causar malefícios ao organismo, como náuseas, diarreia e vômitos, em ambos os sexos (PADOVANI et al., 2006).

## Vitaminas do complexo B

Os estudos realizados por Carvalho e Real (2015) com modelo animal, demonstraram o resultado de que as cobaias com deficiência de vitamina B1 (tiamina) apresentavam estresse oxidativo em seus neurônios, situação essa, que muito se assemelha ao que ocorre na DA em humanos. Quando esta vitamina foi suplementada, os animais apresentaram diminuição das placas senis, diminuição da fosforilação da proteína tau e as deficiências na memória regrediram. Bigueti, Lelis & Dias (2018) sugerem que isso pode ser explicado já que a tiamina e acetilcolina estão fisiologicamente ligadas, e algumas funções intelectuais como a memória, são intercedidas pela acetilcolina.

A vitamina B1 pode ser encontrada em oleaginosas como soja e amendoim, e em leguminosas como ervilha, grão de bico e lentilha. A tiamina está intimamente relacionada com a liberação pré-sináptica de acetilcolina, ligando-se aos receptores nicotínicos e levando à atividade anticolinesterásica (CARVALHO; REAL, 2015). Para efeitos eficazes na prevenção da DA, a recomendação de consumo diário desta vitamina é de 1,2 mg (PADOVANI et al., 2006).

A piridoxina (vitamina B6) está relacionada com a diminuição da homocisteína (homocisteinemia), que em altas concentrações no organismo aumenta o risco de desenvolvimento da DA (COVAS, 2009). A vitamina B6 pode ser encontrada em vísceras, carnes, batatas, peixes e bananas (CARVALHO; REAL, 2015) e para bom aproveitamento dessa vitamina no organismo a recomendação de consumo diário é de 1,3 mg (PADOVANI et al., 2006).

Em função do papel do folato (vitamina B9) junto à ação de neurotransmissores, a relação da ingestão desta vitamina e a diminuição do risco da DA tem sido muito estudada. Covas (2009) direcionou uma pesquisa prospectiva observacional relacionando o consumo de vitamina B9 e o desenvolvimento da DA. Em suas conclusões, pôde-se observar que, pessoas que ingeriram a vitamina B9 em quantidades maiores ou iguais as da dieta recomendada, apresentaram 60% menos chance de desenvolverem a Doença de Alzheimer, comparadas aos outros participantes do estudo que não alcançaram a ingestão recomendada da vitamina.

Almeida et al. (2012) realizou um estudo que verificou a diminuição dos níveis de vitamina B9 em pacientes portadores da DA, comparados a indivíduos da mesma idade que não eram portadores da doença. Os contribuintes do estudo relacionaram níveis mais baixos de folato com uma piora da função cognitiva, especialmente quando se trata de tópicos como velocidade psicomotora e memória. Outros pontos do estudo elucidam que os níveis diminuídos de vitamina B9 em portadores da DA se mostraram maiores que o menor intervalo de referência, incitando que estes indivíduos não apresentavam deficiência clínica da vitamina. Por fim, os resultados do estudo sugeriram que, diminuições dos níveis de folato nos portadores da doença fazem parte de alterações metabólicas associadas à fisiopatologia da DA, trazendo como principal consequência, o déficit cognitivo de maneira ampla.

A vitamina B9 pode ser encontrada em fígado, vegetais de cor verde-escura, leguminosas e cereais enriquecidos (COVAS, 2009). O folato está relacionado com o funcionamento dos neurotransmissores (BATIROLLA, 2010) e para efeitos eficazes na prevenção da DA, a recomendação de consumo diário desta vitamina é de 0,4 µg (PADOVANI et al., 2006).

Vias metabólicas que são controladas pelos níveis de vitamina B9 e vitamina B12 no organismo, associam implicitamente a prevenção da Doença de Alzheimer através do controle da homocisteinemia (ALMEIDA et al., 2012). Ainda segundo Almeida et al.

(2012), é possível relacionar hiperhomocisteinemia com metilação do DNA, apoptose e estresse oxidativo de forma geral, assim, essa condição se torna um fator de risco ao desenvolvimento de doenças neurodegenerativas como a DA e demência, além de ter a capacidade de desenvolver problemas cardiovasculares nos indivíduos portadores.

A falta de vitamina B12 no organismo humano pode resultar em danos cerebrais, distúrbios nervosos e também maiores chances de desenvolvimento de DA, por diminuição da homocisteinemia (COVAS, 2009). É possível encontrar facilmente a vitamina B12 em produtos de origem animal como peixes, carnes suínas, bovinas e ovos (CLETO, 2020). Com o intuito de contribuir com a prevenção de neuropatologias, a ingestão diária recomendada desta vitamina é de 0,024 mg para homens e mulheres acima de 50 anos de idade (CORREIA et al., 2015).

## Vitamina C

O organismo humano protege-se naturalmente utilizando antioxidantes para neutralizar os efeitos nocivos dos radicais livres. A vitamina C é o antioxidante mais abundante no organismo, especialmente na pele e seu uso tópico na forma do ácido L-ascórbico é um eficiente neutralizador dos radicais livres (PINNELL, 2003).

No estudo de Gackowski et al. (2008), com 18 portadores de demência mista (associação entre Doença de Alzheimer e demência vascular), foram observados que os níveis de vitamina C estavam reduzidos no grupo de portadores da doença em relação ao grupo controle, sugerindo a utilização desta vitamina no combate às espécies reativas de oxigênio (EROS).

Da mesma maneira, a revisão de literatura de Harrison (2012) mostrou que as pessoas com DA normalmente apresentam baixos níveis plasmáticos de vitamina C e que a manutenção de valores normais desta vitamina pode ter uma função protetora contra o declínio cognitivo relacionado com a idade e com a doença, mostrando ser uma vitamina importante tanto na prevenção, como após o diagnóstico.

No estudo de Rinaldi et al. (2003), foram observados baixos níveis de antioxidantes (vitamina C e E) no plasma de indivíduos com declínio cognitivo e Doença de Alzheimer quando comparados ao grupo controle de indivíduos não portadores da doença. A vitamina C é um excelente antioxidante e sua suplementação se faz necessária em quantidades adequadas para suprir as demandas do organismo. A maneira mais eficiente de se aportar ácido ascórbico (vitamina C) no organismo, é pela dieta, principalmente através de frutas como laranja, tangerina, mamão, goiaba, e também hortaliças e vegetais como tomate, pimentão verde, couve e salsa (CLETO, 2020)

Para indivíduos acima de 50 anos, o aporte de vitamina C é útil não só para prevenção da DA mas também para retardar o aparecimento dos sinais clínicos de pacientes já diagnosticados, os níveis adequados de consumo equivalem a 90 mg diários para homens e 75 mg diários para mulheres e apresentam o mesmo limite máximo de consumo para

ambos os sexos, sendo 2000 mg (PADOVANI et al., 2006).

## Vitamina D

O termo vitamina D é usado para caracterizar um grupo de moléculas secosteroides derivadas do 7-deidrocolesterol (7-DHC) que estão interligadas através de uma série de reações enzimáticas e fotolíticas, que acontecem em células de diferentes tecidos em todo o organismo. Pode-se usar o termo vitamina D para designar tanto o metabólito ativo (1 $\alpha$ ,25-dihidroxivitamina D ou calcitriol) como seus precursores (entre eles a vitamina D<sub>3</sub>, vitamina D<sub>2</sub> e 25-hidroxivitamina D) e os produtos de degradação do metabolismo da vitamina, os quais possuem a capacidade de manter certa atividade metabólica (CASTRO, 2011).

A vitamina D, em especial, tem sido constantemente associada à prevenção de distúrbios neurológicos, bem como sua deficiência tem relação com o comprometimento da função neuro cognitiva em idosos (HU et al., 2013). Essa possível associação vem sendo melhor investigada em idosos devido à alta prevalência de hipovitaminose D na faixa etária acima de 65 anos. Tal prevalência deve-se a diversos mecanismos que levam à deficiência dessa vitamina, como a redução da síntese cutânea, a alteração do metabolismo da vitamina D, consequência de doenças associadas advindas com a idade, ingestão alimentar inadequada, redução da biodisponibilidade e aumento do catabolismo, devido ao uso de glicocorticoïdes e imunossupressores (ANNWEILER; LLEWELLYN; BEAUCHET, 2013).

Estudos têm demonstrado que a vitamina D e seus metabólitos, a exemplo da 1,25-dihidroxivitamina D, parecem contribuir para a neuroproteção, modulando a produção do crescimento nervoso, diminuindo a expressão do canal de cálcio do tipo L e regulando a toxicidade das espécies reativas de oxigênio. Além disso, estão envolvidos em outros mecanismos neuroprotetores, incluindo fagocitose amiloide, depuração e vasoproteção (MIZWICKI et al., 2013; SCHLÖGL; HOLICK, 2014).

Uma meta-análise de Etgen et al. (2012) observou que os participantes da análise com baixo nível de vitamina D apresentaram um risco aumentado de comprometimento cognitivo em comparação com os participantes com status normal de vitamina D. Da mesma forma, Balion et al. (2012) descobriram que os pacientes com Doença de Alzheimer tinham uma concentração mais baixa de vitamina D em comparação com os controles e os participantes com concentrações mais altas de vitamina D obtiveram uma pontuação média maior, no mini exame de estado mental realizado através de metanálises.

Annweiler, Llewellyn e Beauchet (2013), em um estudo com 498 mulheres idosas com 75 anos ou mais, verificaram que a ingestão dietética mais elevada de vitamina D pôde reduzir o risco de desenvolver a doença após um seguimento de 7 anos. Quanto aos possíveis efeitos da suplementação de vitamina D na prevenção da Doença de Alzheimer ou demência, os resultados ainda que prósperos, permanecem inconclusivos, de maneira geral.

## Vitamina E

A vitamina E é um importante antioxidante não enzimático que age no organismo humano e além disso, é um dos antioxidantes mais importantes a serem aportados pela dieta, o que é um fato importante a ser lembrado, pois a maioria dos pacientes com DA podem enfrentar problemas de subnutrição (WALLERT et al., 2014).

As principais fontes desta vitamina são os óleos vegetais, nozes, sementes (por exemplo as de girassol) e frutas. Processos de refinação dos óleos, exposição destes e das restantes fontes alimentares ao calor e luz solar podem determinar perdas substanciais desta vitamina (USORO; MOUSA, 2010).

De forma resumida, a vitamina E elimina os radicais livres, tem efeitos anti-inflamatórios e o congênere  $\alpha$ -tocotrienol da vitamina protege os neurônios corticais e o hipocampo de processos como apoptose (JOSHI; PRATICÒ, 2012).

O déficit de vitamina E, se manifesta primeiramente sob formas de neuropatias sensoriais periféricas, tal informação elucida o importante papel desta vitamina na composição e manutenção da atividade sistêmica nervosa central. Assim, a literatura de forma geral, sustenta o potencial uso de vitamina E através da suplementação, contribuindo assim na melhora da qualidade de vida de pacientes portadores de doenças neurodegenerativas (SANTOS, 2014).

Mangialasche e colaboradores (2010) desenvolveram vários estudos para avaliar os níveis basais sanguíneos dos congêneres da vitamina E em vários indivíduos e a sua relação com o desenvolvimento de DA. Este estudo foi realizado numa população Sueca (232 indivíduos com mais de 80 anos), com um seguimento de 6 anos. O objetivo era avaliar os níveis basais de vitamina E sérica nestes indivíduos e a sua relação com o aparecimento da DA. Pacientes com valores do terço superior em relação ao total de tocoferóis, total de tocotrienóis e total de vitamina E tiveram risco reduzido de desenvolver DA. Considerando os vários congêneres de forma individual, o risco de desenvolver DA foi menor na presença de níveis elevados de  $\beta$ -tocoferol, enquanto o  $\alpha$ -tocoferol,  $\alpha$ -tocotrienol e  $\beta$ -tocotrienol mostraram pequeno efeito significativo. Portanto, o efeito neuroprotetor da vitamina E parece estar relacionado com a combinação de vários congêneres e não só com a forma de  $\alpha$ -tocoferol.

Uma outra pesquisa realizada na Holanda, acompanhou 5395 indivíduos com idades a partir de 55 anos, ao longo de um período de 6 anos. Os resultados finais mostraram que 197 pacientes adquiriram demência, sendo que 146 apresentaram Alzheimer, logo, o estudo concluiu que dietas ricas em vitamina C e E, podem reduzir significativamente as chances e riscos de surgimento de DA. (ENGELHART et al., 2002).

Por fim, de acordo com as recomendações do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos a dose diária recomendada de vitamina E para um adulto, com objetivo de aproveitamento de todos os benefícios da vitamina, incluindo a prevenção da DA, é de 15

mg diários (TRABER; STEVENS, 2011).

### Ômega 3

O ômega 3 ( $\Omega$ -3), ácido eicosapentaenoico (EPA) e docosaeaxenoico (DHA) são nutrientes importantes na constituição das membranas cerebrais e na fluidez das mesmas, sendo o DHA o mais sintetizado pelo organismo através da ingestão de ômega-3 ou ácido  $\alpha$ -linolênico (QUINN et al., 2010).

Pacientes portadores da doença de Alzheimer apresentam baixas concentrações plasmáticas e cerebrais de DHA, o que predispõe lesões na membrana cerebral (TASCOME et al., 2008). A deficiência de DHA é ocasionada pelo estresse oxidativo através dos radicais livres que lesam as células do sistema nervoso pelos processos de peroxidação lipídica, oxidação proteica e de DNA e aumento da produção do peptídeo amiloide  $\beta$  (A $\beta$ ) (GREEN et al., 2007; ZARROUK et al., 2012). O consumo de DHA evita a produção de A $\beta$ , inibindo a desorganização deste peptídeo, toxicidade, o estresse oxidativo e o declínio nas capacidades cognitivas, com melhora do raciocínio e aprendizagem (HASHIMOTO et al., 2005; MIGLIORE et al., 2005).

De acordo com as características das membranas cerebrais, o DHA representa a maior parte da massa cinzenta comparada ao EPA e influencia diretamente nas transmissões sinápticas, e em pacientes com DA as concentrações de DHA são significativamente mais inferiores comparadas com o EPA (SÁ et al., 2012). Diante disso, indivíduos que consomem alimentos fontes de ômega-3 possuem menor probabilidade de desenvolver a doença e maior probabilidade de minimizar os sintomas da doença (VALENZUELA et al., 2009).

Em 2003 foi publicado um estudo com acompanhamento de 3 a 9 anos de 815 pessoas com idade de aproximadamente entre 65 e 94 anos, onde verificou-se que 131 desencadearam a DA e que a ingestão semanal de peixe teve redução de 60% no risco de DA (MORRIS et al., 2003).

Em um outro estudo que perdurou por 9 anos, investigou-se a relação entre o desenvolvimento da doença de Alzheimer e o consumo de óleo de peixe, e pode ser observado que o consumo de óleo de peixe duas vezes ou mais por semana diminuiu em 50% a probabilidade de desencadear a DA (SCHAEFER et al., 2006).

Em suma, EPA e DHA possuem a capacidade de ampliar a fluidez da membrana plasmática, que intervém na neurotransmissão e nas sinapses (COVAS, 2009). Pode ser encontrado em salmão, sardinhas, atum, mariscos, truta, óleos vegetais e nozes (CARVALHO; REAL, 2015). A ingestão recomendada de Ômega 3 é de 1,6 g diários (PADOVANI et al., 2006).

### Selênio

O selênio é um importante nutriente nos portadores da DA devido às suas múltiplas funções. O selênio age como um poderoso antioxidante, protegendo o dano celular mediado pelo estresse oxidativo. Essa proteção é mediada por uma série de selenoproteínas,

principalmente glutatona peroxidase (GSH-Px) e selenoproteína P, as quais impedem a formação de radicais livres, protegendo o organismo da agressão oxidativa (REDDY et al., 2017).

Essas proteínas parecem estar em concentrações menores nos diferentes compartimentos orgânicos (plasma, eritrócitos, líquido cefalorraquidiano e tecidos cerebrais) de idosos com declínio cognitivo quando comparados a idosos saudáveis (VARIKASUVU et al., 2019).

Os estudos de Vincenti et al. (2017) observaram uma correlação positiva entre as concentrações tóxicas de selênio inorgânico presentes em alguns compartimentos corporais com o desenvolvimento da doença, diferindo-se da forma apresentada como selênio orgânico.

Nas análises de comparação formuladas por Becker (2006), pôde ser observado que os indivíduos portadores de Doença de Alzheimer, apresentaram uma concentração de selênio no encéfalo 60% menor, quando comparados aos indivíduos do grupo controle, que não eram portadores da patologia. O autor ressaltou em seu trabalho que a progressão da idade tendo em vista que a DA costuma acometer idosos, também é um fator importante que determina baixas concentrações de selênio no plasma. Segundo Nascimento et al. (2021) as baixas concentrações de micronutrientes estão relacionadas com a perda cognitiva conforme a idade, junto com transformações metabólicas que prejudicam a absorção de selênio, por exemplo, contribuindo com o risco de sofrer estresse oxidativo e promovendo o aparecimento de doenças como a DA. Para isso, a ingestão recomendada de selênio na alimentação é de 0,05 mg por dia (PADOVANI et al., 2006).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante ao que foi exposto neste capítulo, é possível observar a importância da doença de Alzheimer na sociedade atual, especialmente na população idosa, sendo de extrema importância análises e estudos que busquem tratamentos alternativos que ajudem a combater os mecanismos patológicos da doença. Dentre esses, é válido salientar que grande parte dos portadores da doença de Alzheimer desenvolvem a doença por danos, tais como o estresse oxidativo sofrido pelas células do tecido nervoso ao longo do tempo, durante a vida. Por fim é importante ressaltar o impacto dessa doença neurodegenerativa, tendo em mente o fato de que esse tipo de tecido não apresenta capacidade regenerativa.

Como observado ao longo da revisão, uma alimentação de qualidade, contendo os nutrientes adequados é indispensável para manutenção da saúde como um todo, especialmente da saúde cerebral. Pôde-se observar que algumas vitaminas como C, D e E e as vitaminas do complexo B exercem um papel antioxidante no organismo, o que é imprescindível para tratamento do estresse oxidativo sofrido pelas células. Além disso, minerais como o selênio e o zinco participam de processos enzimáticos que, ao longo

da vida, de forma constante, tornam o organismo menos favorável para o surgimento de doenças neurodegenerativas, além de participarem de funções de neurotransmissão, mitocondriais, e também interferirem em funções de aprendizado e memorização.

Entretanto, para um resultado mais eficaz em usar a alimentação como prevenção e auxílio na doença de Alzheimer, o consumo desses nutrientes deve acontecer de forma constante ao longo da vida e deve estar associado a hábitos saudáveis como um todo.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. C.; BRENTANI, H. P.; FORLENZA, O. V.; DINIZ, B. S. Redução dos níveis séricos de ácido fólico em pacientes com a doença de Alzheimer. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 3, n. 3, p. 90-93, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000300004>. Acesso em 28 abr. 2022.
- ANNWEILER, C.; LLEWELLYN, D. J.; BEAUCHET, O. C. Low serum vitamin D concentrations in Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, v. 33, n. 3, p. 659-674, 2013. <https://doi.org/10.3233/JAD-2012-121432>. Acesso em 09 jun. 2022.
- ATTAR, T. A. Mini-review on importance and role of trace elements in the human organism. *Chemical Review and Letters*, v. 3, n. 3, p. 117-130, 2020. <https://dx.doi.org/10.22034/crl.2020.229025.1058>. Acesso em 19 abr. 2022.
- BALION, C.; GRIFFITH, L. E.; STRIFLER, L.; HENDERSON, M.; PATTERSON, C.; HECKMAN, G.; RAINA, P. Vitamin D, cognition, and dementia: a systematic review and meta-analysis. *Neurology*, v. 79, n. 13, p. 1397-1405, 2012. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31826c197f>. Acesso em 09 jun. 2022.
- BATIROLLA, M. R. Nutrição e seus efeitos na Doença de Alzheimer. *Seminário Científico de Nutrição*, Foz do Iguaçu, v. 1, n. 2, p. 1-24, 2010. <https://pleiade.uniamerica.br/index.php/secnutri/article/view/113>. Acesso em 28 abr. 2022.
- BECKER, E. M. **Estudo da distribuição de selênio em animais experimentais em função da espécie de selênio ingerida e da via de administração.** Tese (Doutorado em química). Universidade Federal de Santa Maria. Centro de ciências sociais e exatas, Programa de pós-graduação em química. Santa Maria, 2006. <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/4306/EMILENEBECKER.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 27 mar. 2022.
- Beydoun, M. A., Beydoun, H. A., & Wang, Y. **Obesity and central obesity as risk factors for incident dementia and its subtypes: a systematic review and meta-analysis.** *Obesity reviews*, v. 9, n. 3, p. 204-218, 2008. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2008.00473.x>. Acesso em 16 set. 2022.
- BIGUETI, B. C. P.; LELLIS, J. Z.; DIAS, J. C. R. Nutrientes essenciais na prevenção da doença de Alzheimer, *Revista Ciências Nutricionais Online*, v. 2, n. 2, p. 18-25, 2018. <http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/cienciasnutricionaisonline/sumario/62/13042018180525.pdf>. Acesso em 20 jan. 2022.
- BOUILLOU, R.; OKAMURA, W. H.; NORMAN, A. W. Structure-function relationships in the vitamin D endocrine system. *Endocrine Reviews*, v. 16, n. 2, p. 200-257, 1995. <https://doi.org/10.1210/edrv-16-200>. Acesso em 09 jun. 2022.

CARVALHO, T.; REAL, H. Papel da tiamina presente nas leguminosas na prevenção e progressão da Doença de Alzheimer. **Revista Nutrícias**, v. 1, n. 24, p. 18-23, 2015. [https://www.researchgate.net/publication/317469690\\_Papel\\_da\\_Tiamina\\_Presente\\_nas\\_Leguminosas\\_na\\_Prevencao\\_e\\_Progressao\\_da\\_Doenca\\_de\\_Alzheimer](https://www.researchgate.net/publication/317469690_Papel_da_Tiamina_Presente_nas_Leguminosas_na_Prevencao_e_Progressao_da_Doenca_de_Alzheimer). Acesso em 28 abr. 2022.

CASTRO, L. C. G. **O sistema endocrinológico vitamina D**. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 55, n. 8 p. 566-575, 2011. <https://www.scielo.br/j/abem/a/MTXBWgkFtspJDGWNNJbmQzC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 16 set. 2022.

CLETO, L. E. S. **A influência da dieta no tratamento e prevenção de doenças neurodegenerativas**. 2020. 16 f. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Nutrição) - Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). Faculdade de Ciências da Saúde e Educação. Brasília, 2020. <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/14787/1/TCC%20-%20Luiz%20Eduardo%20Cleto.pdf>. Acesso em 16 set. 2022

CORRÊA, A. C. O. **Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer**. Belo Horizonte: Editora Health, 1996.

CORREIA, A.; FILIPE, J.; SANTOS, A.; GRAÇA, P. Programa nacional para promoção da alimentação saudável nutrição e doença de Alzheimer. In: Centro virtual sobre o envelhecimento, Anais eletrônicos. Lisboa, 2015. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82649/2/116241.pdf>. Acesso em 19 mai. 2022.

COVAS, S. M. L. C. **Importância das Vitaminas, Antioxidantes e Ômega-3 na Doença de Alzheimer**. 2009. 71p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição). Universidade do Porto. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Porto, 2009. <http://hdl.handle.net/10216/54603>. Acesso em 28 abr. 2022.

ENGELHART, M. J.; GEERLINGS, M. I.; RUITENBERG, A.; VAN SWIETEN, J. C.; HOFMAN, A.; WITTEMAN, J. C.; BRETELIER, M. M. Dietary intake of antioxidants and risk of Alzheimer disease. **Jama**, v. 287, n. 24, p. 3223-3229, 2002. <https://doi:10.1001/jama.287.24.3223>. Acesso em 22 jun. 2022.

ETGEN, T.; SANDER, D.; BICKEL, H.; SANDER K.; FÖRSTL, H. Vitamin D deficiency, cognitive impairment and dementia: a systematic review and meta-analysis. **Dementia and Geriatric Cognitive Disorders**, v. 33, n. 5, p. 297-305, 2012. <https://doi.org/10.1159/000339702>. Acesso em 09 jun. 2022.

FALCO, A. D.; CUKIERMAN, D. S.; HAUSER-DAVIS, R. A.; REY, N. A. Doença de Alzheimer: hipóteses etiológicas e perspectivas de tratamento. **Química Nova**, v. 39, p. 63-80, 2016. <https://doi.org/10.5935/0100-4042.20150152>. Acesso em 14 abr. 2022.

FROTA, N. A. F.; NITRINI, R.; DAMASCENO, B. P.; FORLENZA, O.; DIASTOSTA, E.; DA SILVA, A. B.; MAGALDI, R. M. Critérios para o diagnóstico de doença de Alzheimer. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 5, n. 1, p. 5-10, 2011. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339529025002>. Acesso em 19 abr. 2022

GACKOWSKI, D.; ROZALSKI, R.; SIOMEK, A.; DZIAMAN, T.; NICPON, K.; KLIMARCZYK, M.; OLINSKI, R. Oxidative stress and oxidative DNA damage is characteristic for mixed Alzheimer disease/vascular dementia. **Journal of the Neurological Sciences**, v. 266, n. 1-2, p. 57-62, 2008. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2007.08.041>. Acesso em 02 jun. 2022.

GREEN, K. N.; MARTINEZ-CORIA, H.; KHASHWJI, H.; HALL, E. B.; YURKO-MAURO, K. A.; ELLIS, L.; LAFERLA, F. M. Dietary docosahexaenoic acid and docosapentaenoic acid ameliorate amyloid- $\beta$  and tau pathology via a mechanism involving presenilin 1 levels. *Journal of Neuroscience*, v. 27, n. 16, p. 4385-4395, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0055-07>. Acesso em 26 jun. 2022.

HARRISON, F. E. A critical review of vitamin C for the prevention of age-related cognitive decline and Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, v. 29, n. 4, p. 711-726, 2012. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3727637/>. Acesso em 02 jun. 2022.

HASHIMOTO, M.; TANABE, Y.; FUJII, Y.; KIKUTA, T.; SHIBATA, H.; SHIDO, O. Chronic administration of docosahexaenoic acid ameliorates the impairment of spatial cognition learning ability in amyloid  $\beta$ -infused rats. *The Journal of Nutrition*, v. 135, n. 3, p. 549-555, 2005. <https://doi.org/10.1093/jn/135.3.549>. Acesso em 27 jun. 2022.

HU, Y.; LIU, X.; BAI, J.; SHIH, K.; ZENG, E. Y.; CHENG, H. Assessing heavy metal pollution in the surface soils of a region that had undergone three decades of intense industrialization and urbanization. *Environmental Science and Pollution Research*, v. 20, n. 9, p. 6150-6159, 2013. <https://doi.org/10.1007/s11356-013-1668-z>. Acesso em 09 jun. 2022.

JESUS, B. R. T. de. **Micronutrientes na Prevenção da Doença no Idoso**. 2015. 80 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Geriatria) - Universidade de Coimbra. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Portugal, 2015. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/30515>. Acesso em 14 abr. 2022.

JOSHI, Y. B.; PRATICÒ, D. Vitamin E in aging, dementia, and Alzheimer's disease. *Biofactors*, v. 38, n. 2, p. 90-97, 2012. <https://doi.org/10.1002/biof.195>. Acesso em 22 jun. 2022.

LEAL, M. F. C.; CATARINO, R. I.; PIMENTA, A. M.; SOUTO, M. R. S.; Pinheiro, T. S. Especiação de cobre e zinco em urina: importância dos metais em doenças neurodegenerativas. *Química Nova*, v. 35, n. 10, p. 1985-1990, 2012. <https://www.scielo.br/j/qna/trZwNnNFc6XCW7fgNQcdf7s/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 19 abr. 2022.

LINDEBOOM, J.; WEINSTEIN, H. Neuropsychology of cognitive ageing, minimal cognitive impairment, Alzheimer's disease, and vascular cognitive impairment. *European Journal of Pharmacology*, v. 490, n. 1-3, p. 83-86, 2004. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2004.02.046>. Acesso em 15 fev. 2022.

MANGIALASCHE, F.; KIVIPELTO, M.; MECOCCI, P.; RIZZUTO, D.; PALMER, K. WINBLAD, B.; FRATIGLIONI, L. High plasma levels of vitamin E forms and reduced Alzheimer's disease risk in advanced age. *Journal of Alzheimer's Disease*, v. 20, n. 4, p. 1029-1037, 2010. <https://doi.org/10.3233/JAD-2010-091450>. Acesso em 22 jun. 2022.

MIGLIORE, L.; FONTANA, I.; COLOGNATO, R.; COPPEDÈ, F.; SICILIANO, G.; MURRI, L. Searching for the role and the most suitable biomarkers of oxidative stress in Alzheimer's disease and in other neurodegenerative diseases. *Neurobiology of Aging*, v. 26, n. 5, p. 587-595, 2005. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2004.10.002>. Acesso em 27 jun. 2022.

MIZWICKI, M. T.; LIU, G.; FIALA, M.; MAGPANTAY, L.; SAYRE, J.; SIANI, A.; TEPLOW, D. B. 1 $\alpha$ , 25-dihydroxyvitamin D3 and resolving D1 retune the balance between amyloid- $\beta$  phagocytosis and inflammation in Alzheimer's disease patients. *Journal of Alzheimer's Disease*, v. 34, n. 1, p. 155-170, 2013. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4040018/>. Acesso em 09 jun. 2022.

MORRIS, M. C.; EVANS, D. A.; BIENIAS, J. L.; TANGNEY, C. C.; BENNETT, D. A.; WILSON, R. S.; SCHNEIDER, J. Consumption of fish and n-3 fatty acids and risk of incident Alzheimer disease. **Archives of Neurology**, v. 60, n. 7, p. 940-946, 2003. <https://doi.org/10.1001/archneur.60.7.940>. Acesso em 27 jun. 2022

NARAYANAN, S. E.; REHUMAN, N. A.; HARILAL, S.; VINCENT, A.; RAJAMMA, R. G.; BEHL, T.; MATHEW, B. Molecular mechanism of zinc neurotoxicity in Alzheimer's disease. **Environmental Science and Pollution Research**, v. 27, n. 35, p. 43542-43552, 2020. <https://doi.org/10.1007/s11356-020-10477-w>. Acesso em 19 abr. 2022.

NASCIMENTO, C. Q. D.; BARROS-NETO, J. A.; VIEIRA, N. F. L.; MENEZES-FILHO, J. A.; NEVES, S. J. F.; LIMA, S. O. Concentrações de selênio em idosos com doença de Alzheimer: um estudo transversal com grupo controle. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, Suppl. 2, e20200984, 2021. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0984>. Acesso em 02 jul. 2022.

PADOVANI, R. M.; AMAYA-FARFÁN, J.; COLUGNATI, F. A. B.; DOMENE, S. M. Á. Dietary reference intakes: aplicabilidade das tabelas em estudos nutricionais. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 6, p. 741-760, 2006. <https://www.scielo.br/j/rn/a/YPLSxWFtJFR8bbGvBgGzdcM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 19 abr. 2022.

PINNELL, S. R. Cutaneous photodamage, oxidative stress, and topical antioxidant protection. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 48, n. 1, p. 1-22, 2003. <https://doi.org/10.1067/mjd.2003.16>. Acesso em 02 jun. 2022.

QUINN, J. F.; RAMAN, R.; THOMAS, R. G.; YURKO-MAURO, K.; NELSON, E. B.; VAN DYCK, C.; AISEN, P. S. Docosahexaenoic acid supplementation and cognitive decline in Alzheimer disease: a randomized trial. **Jama**, v. 304, n. 17, p. 1903-1911, 2010. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1510>. Acesso em 26 jun. 2022.

REDDY, V. S.; BUKKE, S.; DUTT, N.; RANA, P.; PANDEY, A. K. A systematic review and meta-analysis of the circulatory, erythrocellular and CSF selenium levels in Alzheimer's disease: A metal meta-analysis (AMMA study-I). **Journal of Trace Elements in Medicine and Biology**, v. 42, p. 68-75, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.jtemb.2017.04.005>. Acesso em 02 jul. 2022.

RINALDI, P.; POLIDORI, M. C.; METASTASIO, A.; MARIANI, E.; MATTIOLI, P.; CHERUBINI, A.; MECOCCI, P. Plasma antioxidants are similarly depleted in mild cognitive impairment and in Alzheimer's disease. **Neurobiology of Aging**, v. 24, n. 7, p. 915-919, 2003. [https://doi.org/10.1016/S0197-4580\(03\)00031-9](https://doi.org/10.1016/S0197-4580(03)00031-9). Acesso em 02 jun. 2022.

SÁ, F.; PINTO, P.; CUNHA, C.; LEMOS, R.; LETRA, L.; SIMÕES, M.; SANTANA, I. Differences between early and late-onset Alzheimer's disease in neuropsychological tests. **Frontiers in Neurology**, v. 3, p. 81, 2012. <https://doi.org/10.3389/fneur.2012.00081>. Acesso em 27 jun. 2022.

SANTOS, A. R. P. dos. **A Vitamina E na Doença de Alzheimer**. Tese de Doutorado. Universidade da Beira Interior. Faculdade de Ciências da Saúde. Departamento de Ciências Médicas. Portugal, 2014. <http://hdl.handle.net/10400.6/5028>. Acesso em 22 jun. 2022

SCHAEFER, E. J.; BONGARD, V.; BEISER, A. S.; LAMON-FAVA, S.; ROBINS, S. J.; AU, R.; WOLF, P. A. Plasma phosphatidylcholine docosahexaenoic acid content and risk of dementia and Alzheimer disease: the Framingham Heart Study. **Archives of Neurology**, v. 63, n. 11, p. 1545-1550, 2006. <https://doi.org/10.1001/archneur.63.11.1545>. Acesso em 27 jun. 2022.

SCHLÖGL, M.; HOLICK, M. F. Vitamin D and neurocognitive function. **Clinical Interventions in Aging**, v. 9, p. 559-568, 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3979692/>. Acesso em 09 de jun. 2022.

SERENIKI, A.; VITAL, M. A B. F. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n.1, p. 1-17, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000200002>. Acesso em 15 fev. 2022.

SQUITTI, R.; PAL, A.; PICOZZA, M.; AVAN, A.; VENTRIGLIA, M.; RONGIOLETTI, M. C.; HOOGENRAAD, T. Zinc therapy in early Alzheimer's disease: safety and potential therapeutic efficacy. **Biomolecules**, v. 10, n. 8, p. 1164, 2020. <https://doi.org/10.3390/biom10081164>. Acesso em 19 abr. 2022.

TASCOME, L. D. S.; MARQUES, R. D. C. G.; PEREIRA, E. C.; BOTTINO, C. Characteristics of patients assisted at an ambulatory of dementia from a university hospital. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 66 (3b), p. 631-635, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2008000500005>. Acesso em 26 jun. 2022.

TRABER, M. G.; STEVENS, J. F. Vitamins C and E: beneficial effects from a mechanistic perspective. **Free Radical Biology and Medicine**, v. 51, n. 5, p. 1000-1013, 2011. <https://doi.org/10.1016/j.freeradbiomed.2011.05.017>. Acesso em 22 jun. 2022.

USORO, B.; MOUSA, S. A. Vitamin E forms in Alzheimer's disease: a review of controversial and clinical experiences. **Critical Reviews in Food Science and Nutrition**, v. 50, n. 5, p. 414-419, 2010. <https://doi.org/10.1080/10408390802304222>. Acesso em 22 jun. 2022.

VALENZUELA, R.; BASCUÑAN, K.; VALENZUELA, A.; CHAMORRO, R. Acidos grasos omega-3, enfermedades psiquiátricas y neurodegenerativas: un nuevo enfoque preventivo y terapéutico. **Revista Chilena de Nutrición**, v. 36, n. 4, p. 1120-1128, 2009. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182009000400009>. Acesso em 27 jun. 2022.

VARIKASUVU, S. R.; PRASAD V, S.; KOTHAPALLI, J.; MANNE, M. Brain selenium in Alzheimer's disease (BRAIN SEAD Study): a systematic review and meta-analysis. **Biological Trace Element Research**, v. 189, n. 2, p. 361-369, 2019. <https://doi.org/10.1007/s12011-018-1492-x>. Acesso em 02 jul. 2022.

VINCETI, M.; CHIARI, A.; EICHMÜLLER, M.; ROTHMAN, K. J.; FILIPPINI, T.; MALAGOLI, C.; MICHALKE, B. A selenium species in cerebrospinal fluid predicts conversion to Alzheimer's dementia in persons with mild cognitive impairment. **Alzheimer's Research & Therapy**, v. 9, n. 1, p. 1-11, 2017. <https://doi.org/10.1186/s13195-017-0323-1>. Acesso em 02 jul. 2022.

WALLERT, M.; SCHMÖLZ, L.; GALLI, F.; BIRRINGER, M.; LORKOWSKI, S. Regulatory metabolites of vitamin E and their putative relevance for atherogenesis. **Redox Biology**, v. 2, p. 495-503, 2014. <https://doi.org/10.1016/j.redox.2014.02.002>. Acesso em 22 jun. 2022.

XIE, Z.; WU, H.; ZHAO, J. Multifunctional roles of zinc in Alzheimer's disease. **Neurotoxicology**, v. 80, p. 112-123, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.neuro.2020.07.003>. Acesso em 19 abr. 2022.

ZARROUK, A.; VEJUX, A.; NURY, T.; EL HAJJ, H. I.; HADDAD, M.; CHERKAOUI-MALKI, M.; LIZARD, G. Induction of mitochondrial changes associated with oxidative stress on very long chain fatty acids (C22: 0, C24: 0, or C26: 0)-treated human neuronal cells (SK-NB-E). **Oxidative Medicine and Cellular Longevity**, 2012. <https://doi.org/10.1155/2012/623257>. Acesso em 27 jun. 2022.

ZHAO, Q.; TANG, X. Effects of huperzine A on acetylcholinesterase isoforms in vitro: comparison with tacrine, donepezil, rivastigmine and physostigmine. **European Journal of Pharmacology**, v. 455, n. 2-3, p. 101-107, 2002. [https://doi.org/10.1016/S0014-2999\(02\)02589-X](https://doi.org/10.1016/S0014-2999(02)02589-X). Acesso em 18 fev. 2022.

## CAPÍTULO 12

# ERGONOMIA APLICADA À ATIVIDADE DE MANICURE/PEDICURE: AVALIAÇÃO DE RISCOS PARA A SAÚDE

---

*Data de aceite: 01/02/2023*

**Isadora Toledo Herrmann**

**Jacinta Sidegum Renner**

**RESUMO:** O mercado da estética cresce cada vez mais no Brasil. A atividade exercida por manicures e pedicures, embora tenha o caráter de promover o bem-estar e o embelezamento dos seus clientes, por vezes, tem implícito para os profissionais, dor/desconforto em função das características da atividade, configuração dos postos de trabalho e ferramentas manuais. Este estudo tem como objetivo geral, identificar os riscos ergonômicos presentes na atividade de manicure e pedicure e as implicações na saúde destes profissionais. A pesquisa se caracteriza como estudo de caso, realizado com dois profissionais que atuam em um salão de beleza na cidade de Gramado-RS. Os instrumentos de pesquisa consistiram em observação direta da atividade, diário de campo, entrevista semiestruturada e aplicação da escala de Borg para identificar o nível de dor/desconforto. Foram utilizados recursos de vídeo e fotografias para a análise da atividade. Os resultados indicaram que

a jornada muito extensa e as pausas, por vezes inexistentes e/ou muito curtas, não recuperam a fadiga muscular causada pelas atividades repetitivas, principalmente das mãos e punhos ao manusear o alicate. Além dos postos de trabalho estarem mal projetados, verificou-se que os profissionais se adaptam ao trabalho, o que implica em posturas inadequadas, tendo como consequência dor na coluna vertebral. Outro fator importante identificado é a falta de conformação anatômica do alicate, que é a ferramenta mais utilizada nesta atividade, o que causa dor/desconforto quase que constante em mãos e punhos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Ergonomia. Trabalho. Mercado da beleza. Manicure. Pedicure.

### 1 | INTRODUÇÃO

É inegável que o ser humano passa a maior parte da sua vida em seu ambiente de trabalho, e nesta condição, não se pode negar a influência na saúde do trabalhador. Há uma constante preocupação quanto à segurança, conforto e eficiência do sistema, visando proporcionar melhorias em qualidade e produtividade.

(MASSAMBANI, 2011).

A fim de contextualizar a dimensão do mercado de beleza no Brasil, vale colocar que o país é o quarto maior mercado de beleza e cuidados pessoais do mundo (WEBER, 2020), e é um dos países mais preocupados com a estética no mundo todo. Uma pesquisa do instituto GfK (Gesellschaft für Konsumforschung, atualmente Growth from Knowledge), da Alemanha, realizada em 22 países, identificou os brasileiros como estando em segundo lugar no *ranking* dos que mais gastam tempo em cuidados com a aparência (SISTEMA FECOMÉRCIO, 2022). Com a expansão do setor de beleza, cresce a preocupação com a saúde, qualidade de vida do trabalhador que atua neste ramo de serviços, sendo que não temos tido a mesma proporção de avanço na infraestrutura. Tendo em vista a repercussão e dimensão do segmento de serviços que é o mercado de beleza no país, é importante que se tenha os cuidados necessários com os trabalhadores que atuam nessa área, mais especificamente com a segurança, ergonomia e saúde. Na sua maioria, esses trabalhadores atuam de modo informal, ou seja, não estão registrados em regime de Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT, o que tem implícito a necessidade de um cuidado maior em relação à manutenção da saúde nestes ambientes de trabalho.

Entre os riscos mais comuns da atividade exercida da manicure e pedicure, estão a permanência em postura estática e inadequada de forma prolongada, execução de movimentos repetitivos, posto de trabalho ergonomicamente inadequado, jornada de trabalho extensa, além de poucas pausas para descanso e alongamentos. Estes riscos podem contribuir para o surgimento de Lesões por Esforço Repetitivo/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - LER/DORTs (COUTO, 1998).

A ergonomia, a partir de sua intervenção, tem beneficiado a interação ser humano/ambiente de trabalho, aumentando significativamente a eficiência do sistema produtivo. Neste sentido, a partir de pesquisas e de intervenções em ergonomia, pretende-se contribuir para a saúde dos trabalhadores, para o desenvolvimento do setor de beleza, que cresce fortemente no país.

A ergonomia estuda diversos fatores que influenciam no desempenho do sistema produtivo, tendo como principais objetivos reduzir consequências nocivas, como a fadiga, sobre os trabalhadores e proporcionar maior segurança, satisfação e saúde, aumentando a eficiência. A ergonomia abrange a identificação dos fatores de risco no trabalho, adequação dos postos de trabalho, ferramentas, mobílias, intervalos e prevenção de doenças ocupacionais através de uma orientação da postura (IIDA, 2016).

Levando essas questões em consideração, o presente estudo tem como objetivo, identificar os riscos ergonômicos presentes na atividade de manicure e pedicure e as implicações na saúde dos profissionais do ramo. Para tanto, os objetivos específicos estão focados em: descrição da atividade de trabalho de manicure e pedicure, identificar os segmentos corporais com dor e desconforto, perceber os riscos ergonômicos a partir da percepção dos profissionais e da análise da atividade.

## 2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo se caracteriza como sendo um estudo de caso e pesquisa participante. O estudo de caso é um tipo de pesquisa que consiste em coletar e analisar informações sobre determinado indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade, a fim de estudar aspectos variados da sua vida, de acordo com a pesquisa (Prodanov e Freitas, 2013). A pesquisa participante, quando se desenvolve a partir da interação entre pesquisadores e membros da situação estudada. A pesquisadora em questão já frequenta o local desde 2012, durante estes 10 anos, com frequência e de forma recorrente, ouvia queixas de dor/desconforto da manicure, o que passou a motivar para no seu TCC realizar um estudo mais aprofundado, para auxiliá-la na resolução e /ou amenização das queixas.

Sob o ponto de vista dos objetivos, a pesquisa se classifica como observacional descritiva com análise de dados no âmbito qualitativo. Na pesquisa qualitativa, segundo Prodanov e Freitas (2013), considera-se que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. O pesquisador mantém contato direto com o ambiente e o objeto de estudo em questão, necessitando de um trabalho mais intensivo de campo. Nesse caso, as questões são estudadas no ambiente em que elas se apresentam sem qualquer manipulação intencional do pesquisador.

Ainda segundo Prodanov e Freitas (2013), o método observacional é um dos mais utilizados nas ciências sociais e apresenta alguns aspectos interessantes. Destacamos que o método observacional difere do experimental em apenas alguns aspectos na relação entre eles. Em termos de procedimentos, foram realizadas visitas de campo a um salão de beleza, localizado no centro da cidade de Gramado. O espaço conta com os seguintes colaboradores: dois manicures/pedicure, dois maquiadores, quatro cabeleireiros e um recepcionista. O estudo foi realizado com dois colaboradores, da área de manicure e pedicure, sendo uma colaboradora do sexo feminino e outro do sexo masculino.

Nesta pesquisa, foram utilizados os seguintes instrumentos de pesquisa: o método de entrevista não padronizada ou não estruturada, onde não se segue um roteiro específico, mas com perguntas pré-estabelecidas para que a conversa flua da forma mais natural possível. Questionou-se sobre as dores, desconfortos e melhorias para o posto de trabalho. Foi utilizada a Escala de Borg que é constituída de 10 pontos referenciais que indicam dor, sendo que é solicitado ao sujeito que dimensione sua dor entre 0 a 10, onde 0 representa nenhuma dor e 10 representa o máximo de dor.

Para análise e discussão de dados, foi utilizado o método de triangulação que é um processo de comparação entre dados oriundos de diferentes fontes no intuito de tornar mais convincentes e precisas as informações obtidas (Prodanov e Freitas, 2013).

### 3 | RESULTADOS

Neste capítulo, a autora desta presente pesquisa abordou as principais funções dos profissionais de manicure e pedicure que foram analisados. Descreveu-se as suas atividades realizadas no decorrer de um atendimento, incluindo a sua carga horária, quantidade de atendimentos realizados na sua jornada diária e semanal, períodos de pausa, descanso e intervalos.

Mesmo sendo uma profissão que na maioria dos casos se caracteriza por ser um trabalho autônomo, ou seja, não é regida pela CLT sendo que atuam muitos profissionais autônomos, os preceitos da ergonomia precisam ser aplicados, pois as atividades de trabalho são realizadas em longas jornadas, frequentemente em posições desconfortáveis (MACHADO et al., 2010). Este trabalho tende a requerer profissionais polivalentes capazes de executar diversas tarefas. Geralmente trabalham em equipe, exceto esteticistas. Trabalham em horários irregulares e em posições desconfortáveis, durante longos períodos. As atividades, geralmente, são executadas sem supervisão. Na figura 1, segue o fluxograma da atividade desses profissionais conforme a CBO (2003).

#### Atividade

##### EMBELEZAR MÃOS E PÉS

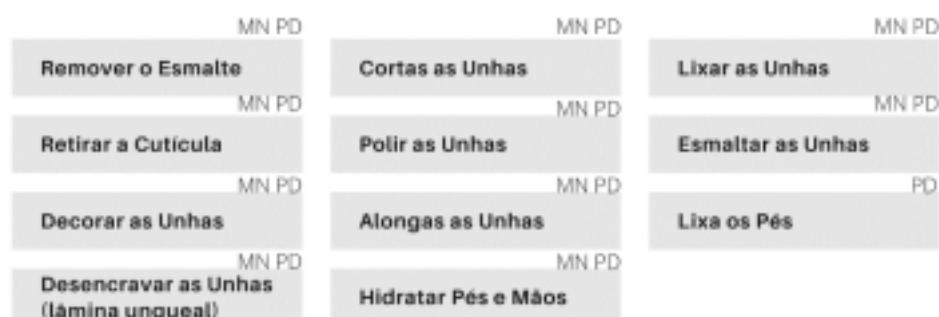


Figura 1 – atividade de manicure e pedicure conforme a CBO.

Fonte: CBO (2003).

Os profissionais de manicure/pedicure, possuem uma carga horária de trabalho, de modo geral, extensa e exaustiva, tendo poucos intervalos para descanso. Os dois colaboradores que integram esta pesquisa, possuem uma carga horária de trabalho de terça-feira a sábado, geralmente iniciando às 7h30min e encerrando às 19h30min. Ocionalmente, o expediente encerra às 20h, implicando em aproximadamente 12 a 15 atendimentos diários, incorrendo em média, em 60 atendimentos semanais. Com relação

à carga horária, foi mencionado pelo trabalhador A da seguinte forma: “trabalho 5 dias na semana, carga horária varia do dia e demanda de trabalho e clientes, podendo variar de 7 horas a 12 horas de trabalho por dia.” Verifica-se a partir da fala do trabalhador que por vezes, a carga excede às 8 horas diárias previstas em lei.

De modo geral, não há uma rotina preestabelecida para descanso, pausas/intervalos, sendo que o almoço ocorre rapidamente entre um atendimento e outro, ou até mesmo quando uma cliente se atrasa, mas são refeições rápidas, de modo que por vezes, é negligenciada a alimentação correta que necessita de tempo e tranquilidade para haja uma boa mastigação.

O trabalho é iniciado na chegada do cliente ao estabelecimento, o cliente senta-se na sua poltrona para realizar o atendimento, e o profissional, se for realizar o processo de pedicure, pega o hidromassageador com água quente, e senta-se no seu posto de trabalho, onde dá inicio ao processo. As etapas do trabalho podem ser definidas conforme figuras 2 e 3.

O trabalho de manicure tem uma duração de aproximadamente 20 a 35 minutos e segue o passo a passo: verifica se ainda tem esmalte nas unhas, caso tenha, é feita a remoção dele, corta-se e lixa-se as unhas, molha-se as cutículas com borrifador e passa-se o creme. Logo após começa-se a empurrar a cutícula e em seguida a sua retirada. Faz-se a esmaltação e limpeza dos excessos, finalizando o atendimento.

O trabalho de pedicure, tem uma duração de aproximadamente 30 a 45 minutos e segue o passo a passo: verifica se ainda tem esmalte nas unhas, caso tenha é feita a remoção, coloca-se os pés de molho por 5 minutos, em um hidromassageador (no caso específico deste salão), corta-se e lixa-se as unhas, passa-se o creme e coloca-se novamente os pés de molho. Em seguida começa-se a empurrar a cutícula para a retirada do mesmo, lixa-se o pé, passa-se o creme esfoliante e molha-se o pé novamente, faz a esmaltação com a base e em seguida com a cor escolhida pelo cliente, limpeza dos excessos e a finalização do atendimento.

Durante a observação do passo a passo, a profissional B fez comentários sobre a importância do seu trabalho e o quanto gosta dele. Isso foi narrado da seguinte forma: “Trabalho com o que amo, sou manicure há 10 anos e sou muito feliz fazendo o que faço.” Seguiu ainda mencionando que: “Poderia dizer que é uma relação de amor, estando em contato direto com clientes para disponibilizar um trabalho de qualidade.” Estas narrativas da manicure são demonstrativas de grande esmero e dedicação ao trabalho, o que vem ao encontro do crescimento pessoal e profissional. Nestes casos, percebe-se que o fato de gostar do que se faz, ameniza por vezes, a dor/desconforto sentidos em função das características do trabalho e extensa carga horária.

Os profissionais realizam os processos por meio de técnicas de uso de instrumentos específicos da área, como alicates, cortadores, espátulas e lixas. A maioria respeita os critérios de higiene e estética estabelecidos, esterilizando os objetos para evitar a transmissão

de doenças, e conservando-os para o uso. Durante a esmaltação, os profissionais alternam o uso do pincel com o palito de madeira para ir removendo o excesso do canto das unhas. Por sua vez, no atendimento de pedicure, a única diferença ocorre durante o ato de lixar e esfoliar os pés. Na sequência é apresentado o fluxograma da atividade que é realizada pela manicure (figura 2).



Figura 2 - Fluxograma de atividade de manicure.

Fonte: Elaborada pela autora (2022).

Na sequência é apresentado o fluxograma da atividade que é realizada pela manicure (figura 3).

## PEDICURE



Figura 3 - Fluxograma de atividade de pedicure.

Fonte: Elaborada pela autora (2022).

Geralmente, nos dias de semana, a rotina de trabalho é um pouco mais moderada, com menos atendimentos, enquanto nos finais de semana, de sexta-feira a sábado, acaba sendo mais intenso, pois é quando a maioria da clientela tem maior disponibilidade e flexibilidade para ir ao salão de beleza.

Em dias de eventos, normalmente o salão abre mais cedo, por volta das 6 horas, para dar conta de realizar os atendimentos e ainda as suas demais clientes que possuem horário fixo. Ocorre com bastante frequência, de clientes pedirem para marcar um horário de última hora. Quando se consegue este encaixe na agenda, a grande maioria desses atendimentos são realizados ao meio-dia, o que acarreta num período a menos de descanso, ou quando algum cliente desmarca o seu horário.

Os profissionais que integram a pesquisa, tem o seu posto de trabalho composto por uma cadeira giratória e uma bancada, utilizada para fazer o atendimento de manicure. Não se utiliza esta bancada para o atendimento de pedicure, neste modo ela pode ser movida para que este atendimento seja realizado, pois neste processo o profissional faz da sua perna, um apoio para o pé do cliente, como podemos visualizar na figura 4. Podemos ver o quanto a pedicure acaba tendo que adotar uma postura em flexão e leve rotação de tronco para conseguir realizar o procedimento.

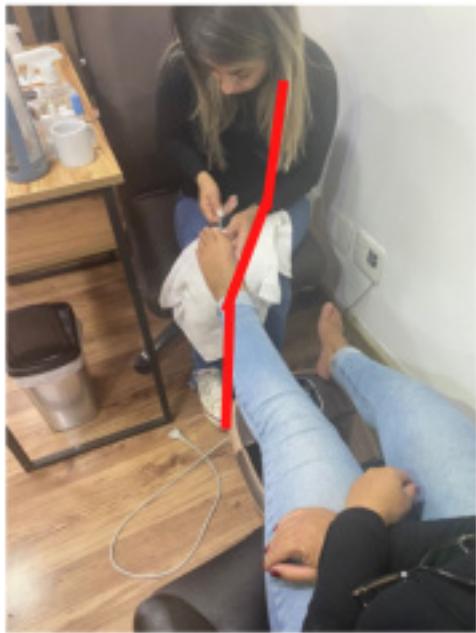


Figura 4 - Demonstra como a pedicure atende seu cliente, usando as pernas como apoio.

Fonte: Elaborada pela autora (2022).

Em alguns casos, os atendimentos acontecem em conjunto para otimizar o tempo. Ou seja, enquanto o cliente lava os cabelos, faz uma escova, ou sobrancelha, o profissional de pedicure/manicure se desloca para o atendimento apenas com a sua cadeira. Para isso, ambos ficam sem uma infraestrutura adequada.

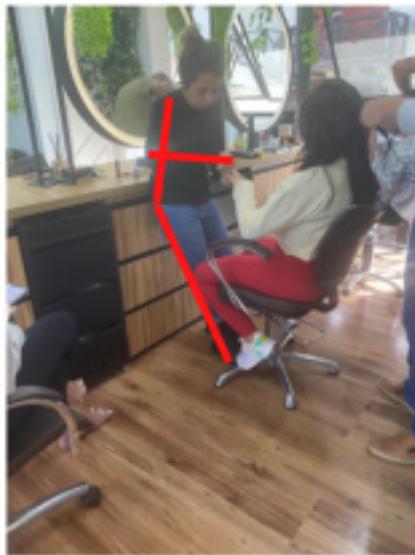
A manicure/pedicure, quando se desloca para o atendimento em conjunto com outro profissional, não possui uma mesa para apoiar os seus materiais. Sendo assim é preciso usar as suas pernas como um apoio, isso faz com que a postura fique inadequada, os braços sem apoio e sem uma estabilidade para trabalhar, a falta de uma iluminação direcionada dificultando a sua visão.



A figura 5 - Ilustra o momento em que a cliente está em um atendimento para fazer a sobrancelha e a manicure faz o seu atendimento em conjunto.

Fonte: Elaborada pela autora (2022).

Algumas vezes, como visto anteriormente, a manicure faz um atendimento enquanto a cliente está fazendo a sobrancelha, mas em outros casos, o atendimento é realizado concomitante ao do penteado, fazendo com que a manicure fique sem uma infraestrutura adequada para posicionar o seu corpo enquanto realiza a atividade, ficando apoiada na bancada do cabeleireiro, com uma postura inadequada e curvada, conforme vemos na figura 4.



A figura 4 - Ilustra o momento em que a cliente está em um atendimento com cabeleireiro e a manicure faz o seu atendimento em conjunto em pé.

Fonte: Elaborada pela autora (2022).

Na figura 4, com a profissional recostada na bancada e trabalhando em pé, gera desconforto e dor pelo posicionamento inadequado por tempo prolongado.

Conforme os resultados da entrevista e da aplicação da escala de Borg, os segmentos corporais com maior frequência e intensidade de dor foram: dedos, mão, punho, braço, costas, pescoço, pernas e joelhos. A profissional A, tem dores em todas estas partes do corpo, no entanto, nos punhos e nas costas, o resultado conforme a escala de Borg foi 10 (intensidade de dor máxima), e em especial em dias mais agitados, a entrevistada relatou dores fortes e constantes. Em dias mais calmos, relatou que sente ainda dores, mas que é uma dor suportável, pois consegue-se ter intervalos maiores e com mais frequência, entre uma cliente e outra.

O profissional B, tem dores em todos os pontos, mas relato maior intensidade nas costas e pescoço (intensidade na escala 9 e 6 respectivamente), indicando dor forte (6) e muito forte (9). Já nos demais pontos corporais, as escalas são mais baixas, de 2 a 4, uma dor com incômodos, sendo considerada fraca e moderada conforme a escala.

Ainda contextualizando as características do trabalho de modo geral, aos sábados, como mencionado anteriormente, é dia de maior movimento no salão, portanto, optou-se em realizar uma visita para acompanhar as atividades realizadas no local, em específico, as de manicure/pedicure. A manicure já estava presente no local desde às 8h:30min, mas sem atendimento. Seu primeiro cliente chegou às 9h:15min, o atendimento ocorreu, no seu próprio posto de trabalho, tinha 3 clientes em seguida.

A manicure chegou às 9:30 e foi direto ao seu atendimento enquanto a cliente estava no lavatório, em seguida a levou para a sua mesa, quando finalizou este atendimento já emendou outro e finalizou às 10:50, até a chegada da sua próxima cliente se levantou para tomar um café e esticar as pernas e ficou um pouco em pé. Ela prefere realizar muitos atendimentos de pernas cruzadas para tentar melhorar o seu posicionamento e ter menos dores.

Neste período da visita, os profissionais integrantes da nossa pesquisa, não tiveram intervalos para almoço, apenas tomaram um café, durante os atendimentos, e fizeram um lanche com salgados, para não ficarem sem comer. Isso tudo ocorre muito rápido para não se atrasarem, pois a agenda na parte da tarde estava lotada, e o salão ia encerrar as atividades em torno das 20h.

### 3.1 Riscos Ergonômicos da Atividade: Ergodesign

Neste capítulo, foram descritos os principais riscos ergonômicos avaliados durante a execução das atividades. É importante mencionar que neste caso, a avaliação das atividades ocorreu a partir do olhar da ergonomia associada ao design, que em termos de nomenclatura é mencionada como Ergodesign. Neste contexto, Yap et al. (1997) propuseram uma definição para ergodesign e afirmaram que essa nova tecnologia aperfeiçoa a integração das duas disciplinas no processo criativo: o “ergodesign é um importante conceito desenvolvido para construir uma ponte e tornar mais eficiente uma interação entre as duas disciplinas. Ergodesign apaga efetivamente as barreiras artificiais entre duas disciplinas e, consequentemente, melhora sua aplicabilidade no processo de design. A sinergia e simbiose dessa união resultarão numa significante melhoria da tecnologia da interdisciplinaridade para a criação de produtos, equipamentos e ambientes, em sistemas complexos”. Além de ser uma abordagem sem barreiras, interativa e interdisciplinar, o ergodesign garante uma transformação direta de dados ergonômicos no processo de projeto e estimula a suave interação da teoria com a prática.

Oportuniza-se, assim, a satisfação dos requisitos ergonômicos nos projetos de design:

- Conforto postural;
- Adequação dimensional;
- Segurança no uso;
- Facilidade de manipulação;
- Compatibilidade de movimentação;
- Minimização de esforços adicionais; racionalização e funcionalidade do arranjo físico dos componentes;

Ivergard, desde 1976 tem ressaltado que eram poucas as pesquisas publicadas

sobre ergonomia de produtos de consumo. Embora estejam ocorrendo mudanças, já há um aumento sobre aspectos físicos do uso de produtos.

No entanto, para a ergonomia, a satisfação do usuário não está baseada na ideia do produto ergonômico “ter valor agregado”, mas em considerar a satisfação do usuário como um resultado de um produto bem projetado. Um bom design respeita as recomendações ergonômicas e princípios como a usabilidade. (CAYOL & BONHOURE, 2004).

Chaffin (2001) alega que apesar de as dores lombares prevalecerem e frequentemente resultam em incapacidade do trabalhador, estudos realizados nos últimos 40 anos indicam que os esforços repetitivos manuais causam traumas cumulativos nos punhos de muitos trabalhadores. Os distúrbios a seguir são os de maior preocupação:

1. Tendinite ou tenossinovite do punho, na qual os tendões flexores ou extensores dos dedos e ou sua bainha sinovial tornam-se inflamados e dolorosos à movimentação.
2. Cistos ganglionicos que se desenvolvem sob a forma de nódulos edemaciados e frequentemente dolorosos sobre os tendões do punho ou de outra articulação adjacente como nos dedos.
3. Síndrome do túnel do carpo, na qual o nervo mediano é comprimido ao passar pelo túnel do carpo na base palmar do punho, resultando em inflação, perda da sensibilidade, dor, ressecamento da pele e atrofia dos músculos da sua área de inervação.

Grande parte dos ortopedistas e especialistas da área da saúde ocupacional admitem que a utilização inadequada das mãos precipita os distúrbios, e alguns acreditam que padrões específicos de atividades manuais são a causa principal (CHAFFIN, 2001).

### **3.2 Ferramentas Manuais**

Neste capítulo, encontram-se em discussão e foram descritas as ferramentas manuais e considerações sobre sua utilização, sob o ponto de vista da funcionalidade orgânica.

Os trabalhadores, ao realizarem tarefas no ambiente de trabalho, ficam expostos à aplicação de força repetitiva necessária para segurar a ferramenta (RADWIN et. Al., 1989; CEDERQVIST e LINDBERG, 1993). Inúmeras pesquisas indicam que há relação entre o projeto das ferramentas manuais e os traumas cumulativos que elas provocam nas mãos e antebraços de seus usuários (IIDA; BUARQUE, 2016).

Na escolha adequada para a ferramenta, deve-se considerar a sua funcionalidade e qualidade ergonômica, sua usabilidade. Isto depende das suas características da pega, do centro de gravidade e condições de uso.

Iida e Buarque (2016) alegam que o desenho das ferramentas manuais tem uma influência sobre a postura do trabalho, ângulo de flexão do punho, distribuição da pressão sobre a mão, carga muscular, fadiga e risco de lesões. Em grande parte, algumas mudanças nos detalhes no desenho podem ocasionar efeitos fartos, considerando-se que

muitos profissionais usam estas ferramentas de forma contínua, durante anos seguidos.

Se o formato da ferramenta exigir um desvio nítido no punho, o indivíduo frequentemente irá elevar o braço para reduzir o estresse causado no punho. Fellows e Freivalds (1991) observaram que o acolchoamento dos cabos de diversas ferramentas comuns causa menos esforço e maior força de pressão. Devido a anatomia da mão, ferramentas que precisam ser seguradas com força, deveriam ser projetadas com cabos que evitem a concentração das forças de preensão em alguns dedos ou no centro da palma da mão. Contextualizando esta questão, o entrevistado B, mencionou o desconforto e dor devido ao uso do alicate quase que constantemente durante a atividade de trabalho da seguinte forma “*o alicate é duro para manusear e dói a minha mão*”.

Os profissionais da pesquisa, passam muito tempo com alicates na mão, fazendo uma pressão para abri-lo e fechá-lo, sendo assim, como visto anteriormente, é ideal que seja utilizado um material mais maleável, por isso, a mola de silicone de alicates de manicure, tem importância, amenizando os danos nos tendões, menos atrito e menor desgaste. Desta forma, além de prolongar a vida útil do material, tem-se um produto mais adequado e confortável ao toque e ao manuseio, tornando-o mais agradável e com menor possibilidade de causar constrangimento biomecânicos na relação produto/trabalhador.

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das observações feitas neste estudo, pudemos retratar as dores e desconfortos citados pelos nossos integrantes da pesquisa, através de um estudo com procedimentos técnicos que nos levaram a algumas considerações na relação profissional/trabalho/materiais e posto.

Os resultados indicaram que, além dos aspectos ergonômicos na relação profissional/posto de trabalho e características das atividades, está muito evidente o sentimento de gostar do seu trabalho, o que os impulsiona pela qualidade do atendimento prestado. A importância de utilizar os materiais com fatores ergonômicos adequados, com um design anatômico e funcional, o que proporciona maior conforto durante o exercício do trabalho. Estas características dos produtos tendem a amenizar os riscos biomecânicos implícitos na atividade, assim como, proporcionar maior durabilidade do produto.

Tanto a atividade de manicure quanto a de pedicure necessitam de mudanças imediatas como na postura dos trabalhadores, quanto nos próprios postos de trabalho. Considerando que os profissionais atuam no posto de trabalho em média 10 horas, os investimentos em mobiliário e produtos não beneficiam a manutenção e promoção da saúde dos trabalhadores. A carga horária extensa sem intervalos, causa um desgaste físico e emocional nos profissionais. As dores relatadas necessitam de uma atenção para que os distúrbios musculares, não venham a acarretar maiores problemas futuramente, como a incapacitação dos profissionais para o trabalho.

Sendo assim, sugere-se maior esclarecimento sobre a organização do trabalho, assim como, a implementação de pausas programadas entre um atendimento e outro. Sugere-se que sejam realizados exercícios para amenização da tensão muscular e desta forma, melhorar a qualidade de vida do profissional e do atendimento prestado ao cliente.

## REFERÊNCIAS

- MASSAMBANI, E. M. Incidência de distúrbios músculo esqueléticos em profissionais de estética: suas repercussões sobre a qualidade de vida e de trabalho. Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR, Umuarama, v. 15, n. 1, p. 51-62, jan./abr. 2011
- CORLETT, E. N.; BISHOP, R. P. A Technique for assessing postural discomfort. Ergonomics, v. 19, n. 2, p. 175-182, 1976.
- COUTO, Hudson de Araújo; NICOLETTI, Sérgio José; LECH, Osvandré. Como gerenciar a questão das LER/DORT: lesões por esforços repetitivos, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. Belo Horizonte: Ergo, p. 17-19, 1998.
- MACHADO, D. C.; SANTOS, M. M. A.; BACHIEGA, J. C.; CORRÊA, J. C. F.; FERRARI, R. A. M.; FERNANDES, K. P. S.; BUSSADORI, S. K. Avaliação do desconforto postural em manicures. Conscientia e Saúde, v. 9, n. 3, p. 375-380, 2010.
- KROEMER, K. H. E. Manual de ergonomia: adaptando o trabalho ao homem / K. H. Kroemer e E. Grandjean; trad. Lia Buarque de Macedo Guimarães. - 5.ed.- Porto Alegre: Bookman, 2005. v.5. p 117, 2005.
- IIDA, Itiro; BUARQUE, Lia. Ergonomia: Projeto e Produção. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Edgar Blucher, 2005.
- ANDRADE, Maria. Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação. 10. ED. SÃO PAULO: ATLAS, 2010.
- PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2 ed. Novo Hamburgo, RS: Feevale, 2013.
- CLAUDIA, Mont'Alvão; DAMAZIO, Vera. Design, ergonomia e emoção. Rio de Janeiro: Mauad X: FAPERJ, 2008.
- CHAFFIN, Don B. Biomecânica Ocupacional./ Don B. Chaffin, Gunnar B. J. Andersson e Bernard J. Martin. Tradução por Fernanda Saltiel Barbosa da Silva. Belo Horizonte: Ergo, 2001.
- IIDA, Itiro. Ergonomia: projeto e produção/ Itiro, Iida, Lia Buarque de Macedo Guimarães. - 3. ed. - São Paulo: Blucher, 2016.
- <https://forbes.com.br/principal/2020/07/brasil-e-o-quarto-maior-mercado-de-beleza-e-cuidados-pessoais-do-mundo/> ACESSO EM: 17 de março de 2022, às 16:28
- <https://www.pontotel.com.br/carga-horaria-semanal-comercio/#:~:text=Segundo%20a%20Consolidada%C3%A7%C3%A3o%20das%20Leis,extraordin%C3%A1rias%2C%20ou%2C%20horas%20extras.> ACESSO EM: 12 de abril de 2022 às 10:43

<https://g1.globo.com/ce/ceara/especial-publicitario/sistema-fecomercio/radar-do-comercio/noticia/2022/01/25/mercado-da-beleza-e-oportunidade-para-quem-busca-profissao-veja-opcoes.ghtml>  
ACESSO EM: 13 de abril de 2022, às 14:01

<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/ResultadoFamiliaParticipantes.jsf> ACESSO EM: 14 de abril de 2022, às 11:47

<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf;jsessionid=vloNoAlCntYFsPViA3palSfr.slave> 13:mtecbo  
ACESSO EM: 12 de maio de 2022, às 10:27

## CAPÍTULO 13

# GESTÃO DE RISCOS E ERGONOMIA: UMA INTERFACE COMPLEXA ENTRE NORMAS QUE TEM SOLUÇÃO

---

Data de aceite: 01/02/2023

**Lailah Vasconcelos de Oliveira Vilela**

Ministério do Trabalho e Previdência

**Gabriela Cristina Cardoso Silva**

Iveco Group

**Ronaldo Sola da Silva**

ErgoPoint

**Gleiciane Cristina dos Santos**

F&A Ergonomia

**Rosane Costa da Silva**

Reeducar Reabilitação e Ergonomia

**Luis Batista Faria**

FF Assessoria em Ergonomia

**Ricardo Braga Senra**

Ricardo Braga Consultoria

**Gustavo Simão de Lima**

Avivar Alimentos

**PALAVRAS-CHAVE:** Ergonomia da atividade; Gestão de Riscos; AEP, Perigos Ergonômicos, Programa de Gerenciamento de Riscos ou GRO.

## INTRODUÇÃO

Sempre se soube que a Ergonomia é um campo de ciência complexo, com múltiplas possibilidades de abordagens e em constante evolução, conforme Daniellou e vários autores franceses discutem na obra “A Ergonomia em busca de seus princípios – Debates Epistemológicos, publicada na frança em 1996. (DANIELLOU et al. 2004),

Desde o dia 03 de janeiro de 2022, uma nova forma de lidar com Ergonomia nos ambientes de trabalho se impõe, em virtude da entrada em vigor das Novas Normas Regulamentadoras nº1 e nº 17 (NR1 e NR17), que tratam de “Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais” e “Ergonomia”. A principal mudança é a exigência de realizar a Gestão de todos os riscos de forma integrada, ou seja, manter um sistema de controle global que trate de forma equivalente os riscos químicos, físicos, biológicos e também aqueles advindos de situações de trabalho não adaptadas ao ser humano, ou seja, não ergonômicas. respectivamente (BRASIL,

2021a e BRASIL 2021b)

Até então, o cuidado com as situações de trabalho não ergonômicas era feito de modo dissociado, com gestão própria, ficando a critério de cada avaliador ou de cada organização a definição do melhor meio de inserir os riscos referentes a situações não ergonômicas no processo de controle de riscos.

A Análise Ergonômica do Trabalho (AET), realizada por demandas pré-estabelecidas, conforme preconizado pela literatura técnica (Guérin et al, 2001), geravam recomendações e propostas tratadas em um cronograma separado dos demais riscos, ou ainda muitas vezes esquecidos e arquivados, gerando frequentemente grande acúmulo de documentos.

A Ergonomia da Atividade pressupõe que “Transformar o trabalho é a finalidade primeira da ação ergonômica”, conforme explicitam Guérin et al. (2001), na referência primordial da Ergonomia, o livro “Compreender o Trabalho para Transformá-lo”.

A NR1 atual dispõe que “O gerenciamento de riscos ocupacionais deve constituir um Programa de Gerenciamento de Riscos – PGR”. Tal programa deve seguir diretrizes previstas no item 1.5.3.2 da NR1 como obrigações das organizações:

- a) evitar os riscos ocupacionais que possam ser originados no trabalho;
- b) identificar os perigos e possíveis lesões ou agravos à saúde;
- c) avaliar os riscos ocupacionais indicando o nível de risco;
- d) classificar os riscos ocupacionais para determinar a necessidade de adoção de medidas de prevenção;
- e) implementar medidas de prevenção, de acordo com a classificação de risco e na ordem de prioridade estabelecida na alínea “g” do subitem 1.4.1; e
- f) acompanhar o controle dos riscos ocupacionais.

O item 1.5.3.2.1 da NR1 informa que: “a organização deve considerar as condições de trabalho, nos termos da NR-17, mostrando a importância do estudo ergonômico em todas as formas necessárias, seja em um Levantamento Preliminar do Risco, seja em uma Análise Ergonômica do Trabalho” (BRASIL, 2021a)

Ocorre que, identificar perigos sempre foi parte das avaliações em Ergonomia. No entanto, avaliar e classificar os riscos em níveis não era um hábito dentre os ergonomistas. Mesmo para a maioria dos engenheiros de segurança, a sistematização da avaliação de riscos em matrizes de risco, ou outra forma de se avaliar os níveis, não era uma rotina.

Além disso, a nova NR17 trouxe um elemento até então não conhecido, não presente na literatura com esta nomenclatura: A Avaliação Ergonômica Preliminar. Esse elemento se destina a realizar uma avaliação mais simplificada em um primeiro momento, não sendo necessário demanda pré-estabelecida conforme critérios técnicos. A avaliação ergonômica preliminar -AEP passa a ser o primeiro passo para se identificar os perigos, avaliar e classificar os “riscos ergonômicos”, seguido de propostas de melhorias e implantação de medidas de prevenção conforme grau de severidade do dano e probabilidade do agravo

a lesão. Funciona praticamente como um sistema de triagem, apontando soluções mais rápidas quando possível, mas mostrando a necessidade da Análise Ergonômica para as situações mais complexas.

A própria norma já determina também as situações que já requerem AET, em seu item 17.3.2:

- a) observada a necessidade de uma avaliação mais aprofundada da situação;*
- b) identificadas inadequações ou insuficiência das ações adotadas;*
- c) sugerida pelo acompanhamento de saúde dos trabalhadores, nos termos do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO e da alínea "c" do subitem 1.5.5.1.1 da NR 01; ou*
- d) indicada causa relacionada às condições de trabalho na análise de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, nos termos do Programa de Gerenciamento de Riscos – PGR.*

Os resultados da AEP serão parte integrante do PGR, podendo ser sistematizados em um “inventário de riscos”.

Esses são pontos críticos ainda muito incompreendidos pelos profissionais e pelas empresas.

Foram muitas mudanças significativas na rotina de trabalho e os profissionais continuam se adaptando a essa nova forma. Considerando todas essas mudanças, o que se pretende neste artigo é, a partir da interpretação dos dispositivos legais referidos à luz do conhecimento técnico, trazer algumas diretrizes fundamentais para o adequado cumprimento da legislação com qualidade, fazendo Ergonomia de verdade, sem perder os princípios técnicos necessários.

## DESENVOLVIMENTO

Antes de entrar nas especificidades da Ergonomia, faz-se necessário retomar alguns conceitos da Gestão de Riscos.

A norma ABNT NBR ISO 31000- Gestão de Riscos - Diretrizes, dispõe que “*O processo de gestão de riscos envolve a aplicação sistemática de políticas, procedimentos e práticas para as atividades de comunicação e consulta, estabelecimento do contexto e avaliação, tratamento, monitoramento, análise crítica, registro e relato de riscos.*” (BRASIL, 2018)

Primeiramente, faz-se necessário entender bem o que é risco e a diferença entre “risco” e “fator de risco” ou “perigo”.

Fatores de risco ou perigos são quaisquer fatores que coloquem o trabalhador em situação vulnerável e possam afetar sua integridade, e/ou seu bem-estar físico e psíquico. No entanto, para que esse perigo possa se tornar um risco, é preciso avaliar os dois parâmetros previstos na literatura técnica e na própria NR1, que são a severidade e a

probabilidade.

Matrizes de Risco são ferramentas de identificação de probabilidades e seus respectivos impactos ou severidades, utilizadas para o gerenciamento de riscos em vários campos de atuação, desde a Segurança do Trabalho e Higiene Ocupacional, até em processos de controle de qualidade. (VERONESI JÚNIOR & MASSOLA, 2021)

O primeiro passo é avaliar os agravos à saúde já presentes na organização ou que podem ser gerados em função da exposição ocupacional aos fatores de risco em análise, conforme previsto na literatura técnica, o que a NR1 caracteriza como a severidade do dano.

Em seguida, deve-se compreender as “chances” de estes fatores efetivamente causarem adoecimento ou lesão, o que a NR-01 chama de probabilidade.

A interseção entre esses dois fatores é o que permitirá qualificar e quantificar o risco de adoecimento em níveis, definindo prioridades nas ações específicas para seu controle.

Então cabe ao profissional verificar vários pontos:

### **1. Avaliação da Severidade dos danos**

Para compreender a severidade dos danos será necessário coletar informações sobre o adoecimento/agravos que podem estar relacionados ao trabalho nos diversos setores. Os dados podem ser obtidos junto aos setores de saúde ocupacional ou mesmo de recursos humanos, pois sempre há um controle de queixas, absenteísmo, afastamentos e acidentes, podendo ser mais ou menos elaborado ou aprofundado, mas alguma informação existe. Não há necessidade de identificação nominal, até mesmo para se preservar o sigilo de saúde. Deve-se trabalhar de maneira coletiva a informação, de acordo com as diretrizes da Epidemiologia.

Por outro lado, dados da literatura, que relacionam os riscos aos adoecimentos, também são uma referência que precisa ser considerada ao avaliar a severidade dos danos possíveis. Dentre os vários tipos de adoecimento existentes, para a Ergonomia, pode-se destacar os que estão mais relacionados aos códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) nas categorias F (Transtornos Mentais) e M (Transtornos Musculoesqueléticos) para os fatores de risco. Na versão 11 da CID a codificação é diferente, os códigos do grupo 6 para transtornos mentais e do grupo 15 para doenças músculo-esqueléticas.

Categorias de severidade devem ser delineadas conforme o formato do sistema de gestão definido por cada organização. Por exemplo, se for utilizada uma matriz de risco 5X5, deverão ser definidas as cinco categorias de severidade, de modo a fazer o cruzamento com as cinco categorias de probabilidade e chegar ao nível de risco.

### **2. Avaliação da Probabilidade**

Avaliar a probabilidade de um dano ocorrer é tarefa um pouco mais complexa. Faz-se necessário avaliar a intensidade da exposição. E a intensidade depende de algumas

variáveis, como o tipo de fator de risco, o tempo de exposição e a existência ou não de controles. Para avaliar esses requisitos, algumas etapas devem ser executadas.

A primeira delas é a correta identificação dos fatores de risco. Nesta etapa ainda está sendo verificada a presença ou ausência do perigo, ainda sem a adequada avaliação se esses fatores terão probabilidade de causar dano ou não, nem sua severidade. Ou seja, ainda não se trata da avaliação do risco. Portanto, essa fase é feita com uma avaliação simplificada, somente constatando a presença ou ausência. Algumas pessoas utilizam *checklists* para a identificação de perigos, por exemplo, a lista de fatores que foi gerada para lançamento do eSocial na antiga “Tabela 23”. Como é apenas uma primeira fase, não há problemas fazer por meio de lista de verificação simples. Só não se pode confundir com avaliação de riscos, que demanda muito mais análises, e parar a investigação nesta fase, pois não se cumpre as determinações das NR1 e NR17 fazendo apenas lista de perigos.

A partir do reconhecimento dos fatores de risco, chega o momento de compreender a intensidade com que se apresentam. Por exemplo, o manuseio de carga feito por um trabalhador, ou seja, um trabalhador pega uma peça e transporta de um local a outro. Do ponto de vista biomecânico, algumas informações sobre essa ação precisam ser compreendidas: onde pega? No chão? Dependendo da altura onde a peça se encontra, adota-se a postura de flexão da coluna em maior ou menor grau. Durante a AEP, o avaliador deve-se questionar: será que somente essa informação é suficiente?

Pelo exemplo acima, sabe-se que não há informações suficientes! O avaliador precisa saber características da peça, como peso, as dimensões o tipo de pega e vários outros questionamentos a depender da situação encontrada. Essas informações são indispensáveis para se compreender se há esforço associado à postura e se há outras posicionamentos possivelmente adoecedores no conjunto. Mesmo com todas essas respostas, já é possível definir o risco? De modo algum! Necessário ainda compreender o uso do tempo nesta ação. Ocorre uma vez por jornada? Ou o ciclo se repete? Qual a frequência? A organização do trabalho, com a informações de metas, ritmo etc. deverá ser compreendida, ou a análise de risco fica incompleta. Há algum sistema de controle?

E não termina aí. Os riscos não são apenas biomecânicos, mesmo que esse já sejam bastante complexos.

E os fatores ambientais? Há calor, frio, ruído, iluminação precária no local? Há algum equipamento ou mobiliário a ser compreendido? E os fatores psicossociais e cognitivos? O trabalhador faz inspeção de qualidade ao mesmo tempo que movimenta a peça? Há problemas com chefia ou colegas?

Talvez seja um pouco assustador ver essa complexidade numa tarefa aparentemente simples... Mas isso pode estar assustando porque o que se tem visto no mercado como solução para a avaliação de risco está muito simplista, deixando de analisar todos os requisitos necessários.

E o maior desafio é realizar essa avaliação de risco ainda na fase da AEP! Para

integrar as informações ao PGR, não é possível fazer apenas um check list de fatores de risco.

Entendendo que o trabalhador é um ser humano único, integral, que tem uma dimensão física, ou biológica, composta de músculos, ossos e nervos, mas que coloca também suas faculdades cognitivas, afetivas e até sociais no desenvolvimento de sua atividade (WISNER, 1994), é que se faz uma adequada avaliação de risco.

Outro aspecto somente considerado na Ergonomia é o conforto. Algo previsto explicitamente no texto da NR 17 e esquecido na maioria das vezes. Por ter maior grau de subjetividade, os avaliadores sentem dificuldade em entrar nessa seara. Mas estar em desconforto pode ser um fator de adoecimento psíquico. Fatores psicossociais são sabidamente adoecedores não somente para a saúde mental, mas também na gênese de lesões musculoesqueléticas.

Não se pode deixar de avaliar nenhum dos aspectos relacionados à Ergonomia. Não adianta olhar somente para a biomecânica ou o mobiliário. Também é necessário avaliar os aspectos cognitivos e psicossociais, os organizacionais e ambientais.

Há algumas propostas de avaliação de riscos para as questões ergonômicas circulando no mercado, algumas mais estruturadas, outras menos, que podem ser encontradas nos sites de busca da internet com as palavras “avaliação” “ergonômica” e “preliminar”.<sup>1</sup> Não cabe aqui discutir cada um, porém observa-se um certo grau de subjetividade na avaliação de risco em alguns e ausência da real avaliação de risco, check lists apenas de perigos em outros, o que traz certas inseguranças.

O desafio é criar um sistema coerente de avaliação que englobe todos esses aspectos descritos, sem usar ferramentas auxiliares ou métodos complexos, já que a proposta da NR17 é realizar a gestão a partir das informações da AEP, com ações simplificadas, realizando AET em casos selecionados a partir da avaliação preliminar

Ou seja, modelos superficiais de avaliação, que apontam apenas fatores de risco sem compreender os níveis de risco, não servem ao propósito das NR. Assim como métodos que só avaliam a biomecânica são insuficientes.

Outro ponto fundamental é a participação do trabalhador no processo de reconhecimento e avaliação de riscos, de importância já reconhecida na literatura e reforçada nas duas normas referidas. Sem a escuta ativa e a fala real do trabalhador fica impossível identificar a real demanda naquela tarefa avaliada.

### **3. Integração com a gestão dos demais riscos**

É necessário utilizar os critérios específicos da Ergonomia na avaliação da probabilidade e da severidade, de modo a definir níveis de risco. E após esse nivelamento, é preciso fazer a correspondência com os demais níveis de risco do ambiente de trabalho, já

---

<sup>1</sup> [https://www.google.com/search?q=m%C3%A9todo+avalia%C3%A7%C3%A3o+ergon%C3%B4mica+preliminar&rlz=1C1FCXMX\\_pt-PTBR995BR997&oq=m%C3%A9todo+avalia%C3%A7%C3%A3o+ergon%C3%B4mica+preliminar&aqs=chrome..69i57j33i160l2j33i22i29i30l3.24526j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=m%C3%A9todo+avalia%C3%A7%C3%A3o+ergon%C3%B4mica+preliminar&rlz=1C1FCXMX_pt-PTBR995BR997&oq=m%C3%A9todo+avalia%C3%A7%C3%A3o+ergon%C3%B4mica+preliminar&aqs=chrome..69i57j33i160l2j33i22i29i30l3.24526j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

que a gestão de riscos é única e o trabalhador exposto aos diversos riscos é o mesmo. Será fundamental ter um sistema que permita a integração das informações ao PGR, já que as NR1 e NR17 preveem a presença da avaliação de riscos relacionados à Ergonomia no PGR e no Inventário de Riscos. A priorização das ações de controle seguirá um sistema global de gestão, no qual serão avaliadas as reais necessidades de correção e o estabelecimento de um cronograma de ações. Conforme a gravidade dos riscos, o tempo para correção será estabelecido, respeitando-se as urgências.

## CONCLUSÕES

Ante o exposto, percebe-se a necessidade de um bom conhecimento dos conceitos e da literatura científica da Ergonomia para a adequada avaliação dos riscos. Muitas vezes, no afã de seguir as normas, as pessoas se perdem dos princípios. A despeito de ter que colocar os riscos no inventário, não se pode perder de vista o primeiro artigo da própria NR17, que consiste no objetivo maior do trabalho do Ergonomista:

“17.1.1 Esta Norma Regulamentadora - NR visa estabelecer as diretrizes e os requisitos que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar conforto, segurança, saúde e desempenho eficiente no trabalho.”

Diane dessas necessidades, esse grupo vem se reunindo há meses e se debruçando sobre todos os materiais teóricos e em testes práticos para a construção de um sistema de avaliação que englobe todos os requisitos, que seja de fácil utilização e permida a alimentação do PGR. Em breve divulgaremos!

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Norma ABNT NBR ISO 31000:2018 Gestão de Riscos - Diretrizes; disponível em <https://abntcolecao.com.br/normavw.aspx?Q=OTBKcXcraE5FaVJ5alp3ek9wcWFJQUU0OFQ2ekhDU0wvZC9aY2pPUUJqbz0>; Acesso em 25 de junho de 2022.

BRASIL, Norma Regulamentadora no. 01 (NR-01):2021a - Disposições gerais e gerenciamento de riscos ocupacionais, disponível em <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspeciao/seguranca-e-saude-no-trabalho/ctpp-nrs/nr-1>. Acesso em 23 de maio de 2022.

BRASIL, Norma Regulamentadora nº. 17 (NR-17):2021b - Ergonomia, disponível em <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspeciao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras/nr-17-atualizada-2021.pdf>. Acesso em 02 de julho de 2022.

DANIELLOU, F. (coord). A Ergonomia em Busca de seus Princípios - Debates epistemológicos, Trad. BETIOL, M.I.S., São Paulo, Edgard Blücher, 2004.

GUÉRIN, F.; LAVILLE, A.; DANIELLOU, F.; DURAFFOURG, J.; KERGUELEN, A. Compreender o trabalho para transformá-lo. São Paulo: Blücher, 2001. (Edição Francesa ANACT, 1997)

VERONESI JÚNIOR, J. R. & MASSOLA, R. M Avaliação de risco preliminar em ergonomia (arpe): um modelo prático para a avaliação ergonômica preliminar e para o programa de gerenciamento de riscos Disponível em [https://www.researchgate.net/profile/Jose-Veronesi/publication/355412834\\_Gestao\\_da\\_Saude\\_do\\_Trabalhador\\_e\\_Ergonomia.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jose-Veronesi/publication/355412834_Gestao_da_Saude_do_Trabalhador_e_Ergonomia/links/616f53a03d9af67ad74034c3/Gestao-da-Saude-do-Trabalhador-e-Ergonomia.pdf) Acesso em 20/08/2022.

WISNER, A. A Inteligência no Trabalho – Textos selecionados de Ergonomia, Trad Ferreira, R. L. São Paulo, Fundacentro, 1994.

WHO, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) – Disponível em <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases#:~:text=ICD-11%20Adoption-,The%20latest%20version%20of%20the%20ICD%2C%20ICD-11%2C%20was,1st%20January%202022.%20...> Acesso em 20/08/2022.

**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.

**A**

- Adolescência 31, 60, 62, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 108  
Ambientes de trabalho 138, 152  
Assistência domiciliar 95, 96, 97, 99  
Assistência médica 96, 103

**C**

- Consolidação das Leis Trabalhistas 138  
Consumo abusivo 71  
Cuidado em saúde 20, 67, 81, 91, 107

**D**

- Dependência 52, 73, 75, 97, 98, 116  
Depressão 14, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 48, 50, 53, 54, 55, 56, 109, 132  
Distúrbios mentais 24, 25  
Doença de Alzheimer 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 134, 135  
Doenças neurodegenerativas 122, 123, 126, 128, 131, 132, 133

**E**

- Efeitos adversos 114, 115, 116, 117, 118, 119  
Ergonomia 137, 138, 140, 147, 148, 150, 152, 153, 154, 155, 157, 158, 159

**F**

- Fenômeno social 33, 83

**G**

- Grupos vulneráveis 41, 45, 46, 47, 48, 50

**H**

- Hábitos alimentares 122, 123

**I**

- Indivíduos 3, 10, 11, 12, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 34, 47, 48, 55, 60, 72, 109, 110, 111, 123, 125, 126, 128, 129, 130

- Internações domiciliares 96

**M**

- Mulheres negras 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 79, 84

**P**

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra 77, 78, 79, 80, 81, 84, 91, 93

Políticas públicas 2, 7, 9, 13, 43, 45, 48, 50, 55, 56, 59, 68, 72, 75, 83, 86, 90, 94

Processo de morrer 106, 107, 109, 111, 112

**R**

Racismo institucional 9, 78, 80, 83, 84, 85, 88, 89, 90, 91, 94

Rede de atenção às urgências 61, 68

**S**

Saúde do trabalhador 137

Saúde pública 2, 9, 28, 29, 33, 43, 69, 71, 72, 77, 160

Setor de beleza 138

Sistema produtivo 138

Sistema Único de Saúde 4, 6, 14, 68, 78, 160

Situação de violência 5, 15, 34, 52, 61, 68

Situações de trabalho 152, 153

Substâncias psicoativas 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76

**T**

Tecnologias em saúde 78, 92

Terapêutica 108, 113, 114, 118

Terminalidade 106, 107, 109, 111

Territorialidade 2, 3

Territorialização em saúde 1, 2, 3, 4, 15, 19

Território 2, 3, 4, 8, 9, 10, 16, 19, 43

Transtorno depressivo maior 21, 22, 23, 28, 29, 31

**V**

Violência de gênero 45, 46, 51

Violência interpessoal psicológica 34

Violência psicológica 32, 33, 34, 35, 37, 38, 40, 41, 42, 43

# SAÚDE:

## Impasses e desafios enfrentados no Brasil 3

www.atenaeditora.com.br   
contato@atenaeditora.com.br   
@atenaeditora   
www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

# SAÚDE:

Impasses e desafios enfrentados  
no Brasil 3

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br) 

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 

@atenaeditora 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 