

Marcus Fernando da Silva Praxedes
(Organizador)

3

Ciências da saúde:

Políticas públicas, assistência e gestão

 **Atena**
Editora
Ano 2023

Marcus Fernando da Silva Praxedes
(Organizador)

3

Ciências da saúde:

Políticas públicas, assistência e gestão

 **Atena**
Editora
Ano 2023

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-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. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

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

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Soellen de Britto
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Marcus Fernando da Silva Praxedes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
C569	<p>Ciências da saúde: políticas públicas, assistência e gestão 3 / Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-1342-4 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.468232004</p> <p>1. Saúde. I. Praxedes, Marcus Fernando da Silva (Organizador). II. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 613</p>
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

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

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

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

DECLARAÇÃO DA EDITORA

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

Temos a satisfação de apresentar o livro “Ciências da saúde: Políticas públicas, assistência e gestão 3”. O objetivo principal é apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa.

São apresentados os capítulos: Análise dos idosos que vivenciam a diabetes mellitus no município de Maringá – PR; análise e caracterização dos idosos restritos ao leito do município de Maringá-PR; Envelhecimento LGBTQIAP+; Idosos e pessoas com deficiência (PCD): A experiência do usuário (ux) e a acessibilidade nos serviços de saúde, uma revisão sistemática de literatura; Infecção urinária em idosos: perfil epidemiológico e microbiológico; Unindo gerações: a perspectiva de jovens e idosos sobre processo de relações intergeracionais; A equipe multiprofissional frente aos cuidados paliativos na atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura; Reflexões acerca da atenção primária à saúde (SAPS); avaliação de sobrecarga e dor em cuidadores de pessoas com dependência funcional; Elaboração de protocolo assistencial para posicionamento de prona do paciente em terapia intensiva; Uso da ultrassonografia em pacientes na emergência com clínica de dor torácica: uma revisão integrativa; Utilização de um manovacuômetro artesanal em uma unidade hospitalar pediátrica do nordeste brasileiro; Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e sua importância na prática clínica para promoção do cuidado ao paciente; Câncer de mama: a abordagem biopsicossocial da mulher no contexto da oncologia mamária; Condições de vida e saúde de trabalhadores de uma universidade pública; Perspectivas sobre a promoção da saúde numa comunidade de bombeiros; Categorização dos estudos sobre direitos sexuais e reprodutivos; Índice de violência cometido pelo parceiro íntimo em mulheres assistidas na clínica da mulher, em Três Corações – MG; Fatores psicossociais envolvidos na saúde mental da população em situação de rua do município de Belo Horizonte; O Grupo ACOLHER-SE em um centro de atenção psicossocial em foco; A relação entre a gestão de pessoas e humanização em saúde; A responsabilidade da administração pública no uso e controle de agrotóxicos relacionados às doenças agudas e crônicas em pequenos agricultores; *Streptococcus mutans* no binômio mãe/filho e cárie da primeira infância; Alterações cardíacas em casos confirmados de infecção por SARS-COV-2.

Os trabalhos científicos apresentados nesse livro poderão servir de base para uma melhor qualidade das políticas públicas, assistência e gestão em saúde. Nesse sentido, a Atena Editora se destaca por possuir a estrutura capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

CAPÍTULO 1 1**ANÁLISE DOS IDOSOS QUE VIVENCIAM A *Diabetes mellitus* NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ - PR**

Eloise Panágio Silva
 Maria Júlia Yunis Sarpi
 Célia Maria Gomes Labegalini
 Iara Sescon Nogueira
 Érica Cristina da Silva Pereira
 Rebeca Iwankiw Lessa Beltran
 Poliana Ávila Silva
 Isabela Vanessa Tavares Cordeiro Silva
 Mariana Pissioli Lourenço
 Viviani Camboin Meireles
 Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera
 Lígia Carreira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4682320041>

CAPÍTULO 2 14**ANÁLISE E CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS RESTRITOS AO LEITO DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PR**

Maria Júlia Yunis Sarpi
 Célia Maria Gomes Labegalini
 Ana Paula Aparecida Aguiar
 Iara Sescon Nogueira
 Eloise Panágio Silva
 Érica Cristina da Silva Pereira
 Rebeca Iwankiw Lessa Beltran
 Poliana Ávila Silva
 Isabela Vanessa Tavares Cordeiro Silva
 Mariana Pissioli Lourenço
 Viviani Camboin Meireles
 Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4682320042>

CAPÍTULO 328**ENVELHECIMENTO LGBTQIAP+**

Cleiton Pereira de Oliveira
 Joana Túcia David Kaindongongo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4682320043>

CAPÍTULO 435**IDOSOS E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PcD): A EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO (UX) E A ACESSIBILIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE, UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA**

Rúbia da Silva Rodrigues

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4682320044>

CAPÍTULO 559**INFECÇÃO URINÁRIA EM IDOSOS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E MICROBIOLÓGICO**

Carolina Pires Ferreira
Gessiane de Fátima Gomes
Paulo Henrique da Cruz Ferreira
Mariana Roberta Lopes Simões
Maristela Oliveira Lara

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4682320045>

CAPÍTULO 675**UNINDO GERAÇÕES: A PERSPECTIVA DE JOVENS E IDOSOS SOBRE PROCESSO DE RELAÇÕES INTERGERACIONAIS**

Érica Cristina da Silva Pereira
Célia Maria Gomes Labegalini
Maria Cécilia Vaz da Silva
Iara Sescon Nogueira
Eloise Panágio Silva
Maria Júlia Yunis Sarpi
Rebeca Iwankiw Lessa Beltran
Poliana Ávila Silva
Isabela Vanessa Tavares Cordeiro Silva
Mariana Pissoli Lourenço
Viviani Camboin Meireles
Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4682320046>

CAPÍTULO 798**A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL FRENTE AOS CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**

Simone Souza de Freitas
Emmanuela Kethully Mota dos Santos
Joyce Kelly Tomaz da Fonseca
Kamilla da Costa Correia
Jessyka Chaves da Silva
Nalva Kelly Gomes de Lima
Morgana Cristina Leoncio de Lima
Cristiane Lima de Almeida
Loyane Figueiredo Cavalcanti Lima
Tamyres Millena Ferreira
Tereza Natália Bezerra de Lima
Laryssa Samara Sobral Melo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4682320047>

CAPÍTULO 8 109**REFLEXÕES ACERCA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (SAPS)**

Lizandra Laila de Souza Silva

Adjaneide Cristiane de Carvalho
 Rayanne Marília Carvalho Monteiro
 João Paulo Souza de Lima
 Karen Millena da Silva Souza
 Ranyelle Hallana Andrade da Silva
 Rayane Tamires Andrade da Silva
 Graziely Veríssimo de Melo
 Manoel Teixeira de Souza Neto
 Larissa Bezerra Calazans de Lyra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4682320048>

CAPÍTULO 9 116

AVALIAÇÃO DE SOBRECARGA E DOR EM CUIDADORES DE PESSOAS COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Ana Julia Rodrigues de Oliveira
 Mariana Moskado Batista de Almeida
 Lucas Mateus Campos Bueno
 Emanuely Andreoli de Siqueira
 Igor Calixto da Silva
 Beatriz da Silva
 Jussara Eliana Utida
 Joyce Karla Machado da Silva
 Camila Costa de Araújo Pellizzari

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4682320049>

CAPÍTULO 10..... 131

ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA POSICIONAMENTO DE PRONA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA

Maria Fernanda Silveira Scarcella
 Lincoln Lobus Gomes freire
 Luciana Nobre Leite
 Juliana da Silva Mata
 Aline Borges Penna
 Indira Iaina Paula Prado Santos
 Leandra Delfim do Nascimento
 Gísia Teodoro Braga
 Valmara Maxilaine Costa Cardinali
 Gabriela Freitas Pinheiro
 Isabela Alves Mamão
 Renata Alves Santos Antunes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.46823200410>

CAPÍTULO 11 142

USO DA ULTRASSONOGRRAFIA EM PACIENTES NA EMERGÊNCIA COM CLÍNICA DE DOR TORÁCICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Luiz Felipe Alves Fernandes
 Brenda Alves Fernandes

Maria Eduarda Luizeto de Oliveira
Camila Santos Guimaraes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.46823200411>

CAPÍTULO 12.....151

UTILIZAÇÃO DE UM MANOVACUOMETRO ARTESANAL EM UMA UNIDADE HOSPITALAR PEDIÁTRICA DO NORDESTE BRASILEIRO

Andrezza Tayonara Lins Melo
Letícia Amanda Dos Santos Dantas
Beatriz Cristina Medeiros de Lucena
Laura Inez Santos Barros
Vinícius Souza Melo
Luciene Regina de Lima
Thayse Bezerra Rodrigues
Thalita Almeida de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.46823200412>

CAPÍTULO 13..... 158

PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS E SUA IMPORTÂNCIA NA PRÁTICA CLÍNICA PARA PROMOÇÃO DO CUIDADO AO PACIENTE

Lizandra Laila de Souza Silva
Adjaneide Cristiane de Carvalho
Rayanne Marília Carvalho Monteiro
João Paulo Souza de Lima
Karen Millena da Silva Souza
Ranyelle Hallana Andrade da Silva
Rayane Tamires Andrade da Silva
Graziely Veríssimo de Melo
Manoel Teixeira de Souza Neto
Larissa Bezerra Calazans de Lyra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.46823200413>

CAPÍTULO 14..... 165

CÂNCER DE MAMA: A ABORDAGEM BIOPSISSOCIAL DA MULHER NO CONTEXTO DA ONCOLOGIA MAMÁRIA

Aline Aparecida da Silva Cunha
Hudson Diego Aguilar Pornaro
Sofia Barcelo Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.46823200414>

CAPÍTULO 15.....171

CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE TRABALHADORES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

Thalita Dolores dos Santos Gomes
Igor Fernando Neves
Célia Maria Gomes Labegalini

Heloá Costa Borim Christinelli
 Dandara Novakowski Spigolon
 Kely Paviani Stevanato
 Maria Antônia Ramos Costa
 Maria Gabriela Cordeiro Zago
 Verônica Francisqueti Marquete
 Eduardo Rocha Covre
 Silvia Marini
 Tereza Maria Mageroska Vieira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.46823200415>

CAPÍTULO 16..... 184

PERSPETIVAS SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE NUMA COMUNIDADE DE BOMBEIROS

Aida da Conceição Cruz do Carmo
 Maria Laurência Grou Parreirinha Gemito
 Anabela Pereira Coelho
 Felismina Rosa Parreira Mendes
 Isaura da Conceição Cascalho Serra
 Ermelinda do Carmo Valente Caldeira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.46823200416>

CAPÍTULO 17..... 197

CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS SOBRE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Julyanne de Moraes Coutinho Neves Pereira
 Jéssica Emanuela Mendes Morato
 Nalva Kelly Gomes de Lima
 Morgana Cristina Leôncio de Lima
 Emilly Nascimento Pessôa Lins
 Tarcisia Domingos de Araújo
 Jéssyka Chaves da Silva
 Laura Xavier de Moraes
 Gláucia Alyne Nunes de Lacerda
 Rafaela Almeida Silva
 Paulo César da Costa Galvão
 Marcelle de Barros e Silva Torres

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.46823200417>

CAPÍTULO 18.....206

ÍNDICE DE VIOLÊNCIA COMETIDO PELO PARCEIRO ÍNTIMO EM MULHERES ASSISTIDAS NA CLÍNICA DA MULHER, EM TRÊS CORAÇÕES – MG

Sirvani Eleuterio
 Susinaiaira Vilela Avelar Rosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.46823200418>

CAPÍTULO 19.....222

FATORES PSICOSSOCIAIS ENVOLVIDOS NA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

Bruno da Silva Campos
 Samyra Francisco Silva
 Nayara Arifa Alves
 Glenda Stefanny de Oliveira Graciano
 Larissa Senhor de Jesus

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.46823200419>

CAPÍTULO 20230

O GRUPO ACOLHER-SE EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM FOCO

Ângela Maria Pereira da Silva
 Gehysa Guimarães Alves
 Tainara da Rosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.46823200420>

CAPÍTULO 21.....244

A RELAÇÃO ENTRE A GESTÃO DE PESSOAS E HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

Isadora Morais Duarte de Vasconcelos
 Cleide Carneiro
 Diego Braga Souza Costa
 Tiago André Portela Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.46823200421>

CAPÍTULO 22258

A RESPONSABILIDADE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA NO USO E CONTROLE DE AGROTÓXICOS RELACIONADOS ÀS DOENÇAS AGUDAS E CRÔNICAS EM PEQUENOS AGRICULTORES

Ludmila Araújo Brasil

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.46823200422>

CAPÍTULO 23273

Streptococcus mutans NO BINÔMIO MÃE/FILHO E CÁRIE DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Elizabeth Lima Costa
 José Ferreira Costa
 Lorena Lúcia Costa Ladeira
 Lucas Daylor Aguiar da Silva
 Cecília Claudia Costa Ribeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.46823200423>

CAPÍTULO 24289

ALTERAÇÕES CARDÍACAS EM CASOS CONFIRMADOS DE INFECÇÃO POR

SARS-COV-2

Elaine Ferreira Dias
Samantha de Almeida Silva
Sílvia Novaes Dias
Raiane Costa Viana
Adriane Kênia Moreira Silva
Marcus Fernando da Silva Praxedes
Maria Auxiliadora Parreiras Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.46823200424>

SOBRE O ORGANIZADOR.....300

ÍNDICE REMISSIVO..... 301

CAPÍTULO 1

ANÁLISE DOS IDOSOS QUE VIVENCIAM A *Diabetes mellitus* NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ - PR

Data de submissão: 10/03/2023

Data de aceite: 03/04/2023

Eloise Panágio Silva

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/2726256460228811>

Maria Júlia Yunis Sarpi

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/2801572953940436>

Célia Maria Gomes Labegalini

Universidade Estadual do Paraná –
UNESPAR
Paranavaí – PR
<http://lattes.cnpq.br/0026263831825992>

Iara Sescon Nogueira

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/8164339764901005>

Érica Cristina da Silva Pereira

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/7285517871222403>

Rebeca Iwankiw Lessa Beltran

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/1181575328245293>

Poliana Ávila Silva

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/3156951423567955>

Isabela Vanessa Tavares Cordeiro Silva

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá – PR
<http://lattes.cnpq.br/6182767203825926>

Mariana Pissioli Lourenço

Universidade Estadual do Paraná -
UNESPAR
Paranavaí – PR
<http://lattes.cnpq.br/0544903529001529>

Viviani Camboin Meireles

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá – PR
<http://lattes.cnpq.br/0133664256259857>

Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/5811597064340294>

Lígia Carreira

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/0843273931185918>

people are the public that needs prevention and health promotion measures to avoid diabetes mellitus and its complications. The study can contribute to guide health actions in the context of chronic training and can be limited to the unavailability of data on the living conditions of the eligible person in the bank.

KEYWORDS: Elderly; Diabetes; Health conditions; Primary Care and Health.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um processo que vem ocorrendo em todo o mundo e, nos países em desenvolvimento como o Brasil, a quantidade de pessoas idosas tende a crescer de forma significativa e rápida nos próximos anos, chegando a cerca de dois bilhões de pessoas em 2050. Atualmente no Brasil essa população corresponde a cerca de 17,6 milhões de pessoas, um fenômeno advindo de algumas mudanças nos processos de saúde, como a diminuição da taxa de fecundidade e mortalidade e o aumento da expectativa de vida da população (BRASIL, 2007).

O processo de envelhecimento é inerente ao ser humano e ocorre de forma progressiva modificando aspectos morfológicos, bioquímicos, funcionais e psicológicos. Esse processo pode ocorrer de forma diferente em cada indivíduo, dependendo do seu estilo de vida, hábitos saudáveis, aspectos sociais, culturais e psicológicos (LOPES *et al.*, 2016).

Há dois conceitos que caracterizam o envelhecimento, o primeiro desrespeito à senescência em que o indivíduo sofre declínios naturais em seu corpo e mente devido ao processo normal de envelhecimento. O segundo trata-se da senilidade, neste o indivíduo passa por um processo patológico em que há uma deterioração física e mental de forma mais severa (CARVALHO, *et al.* 2014).

O envelhecimento senil acarreta grandes agravos à saúde dos idosos, pois os processos patológicos acabam por afetar a execução das atividades básicas e instrumentais de vida diária desses indivíduos, diminuindo sua qualidade de vida (LOPES *et al.*, 2016). Dentre as doenças que mais atingem a população idosa no mundo, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) tem sido motivo de maior preocupação, pelo seu grande número de mortes e agravos à saúde, além de ter se mostrado um problema de difícil controle para os serviços saúde público (BARRETO, *et al.*, 2015).

Em meio às diversas DCNT existentes atualmente, destaca-se a *Diabetes mellitus* (DM) que se refere a um transtorno metabólico de etiologia heterogênea, capaz de desregular a ação e/ou secreção de insulina causando hiperglicemia e alterações no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras (BRASIL, 2013).

A DM é marcada pela aparição de algumas complicações crônicas denominadas comorbidades, dentre elas podemos destacar: retinopatias e nefropatias diabéticas, doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica e neuropatias diabéticas (FERREIRA, 2013).

Além de fatores genéticos e idade maior de 45 anos, alguns hábitos de vida podem ser predisponentes para aumentar as chances dos indivíduos desenvolverem a DM como: o tabagismo e etilismo, hipertensão arterial sistêmica não controlada, sedentarismo, maus hábitos alimentares e obesidade (BRASIL, 2006).

A DM tem se tornado um problema de saúde pública pela sua incidência crescente, atualmente estima-se que há cerca de 387 milhões de pessoas com diabetes no mundo, e esse número tende a alcançar 471 milhões em 2035, no Brasil atualmente existem cerca de 10 milhões de portadores da doença (BRASIL, 2015; GARCIA *et al.*, 2016). Além disso, suas complicações crônicas e agudas causam uma grande taxa de morbimortalidade acarretando altos custos com seus tratamentos para os sistemas de saúde, variando de 2,5% a 15% dos orçamentos anuais (BRASIL, 2013).

Em especial na população idosa, as preocupações com a DM é algo a se levar em consideração nos serviços de saúde, pois essa população vem aumentando gradativamente junto com a incidência da doença, e existem algumas complexidades adicionais (além das comorbidades advindas da doença) no desenvolver da DM relacionados com a idade como: baixos níveis de independência, mobilidade reduzida, suporte social desadequado e pouca capacidade para o autocuidado, o que diminui muito a qualidade de vida e autonomia, fatores fundamentais para a saúde do idoso (TANQUEIRO, 2013).

A Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada ao SUS, tem papel importante no atendimento da população idosa, principalmente nos acometidos por DCNT. As políticas públicas de saúde contribuem para que essa população envelheça de forma mais ativa, buscando oferecer ambientes culturais e sociais mais favoráveis, visando uma qualidade de vida e saúde ampliada (BRASIL, 2007). A Política Nacional da Pessoa Idosa (PNPSI) tem como finalidade recuperar, manter e promover sua autônoma e independência, por meio de medidas coletivas e individuais, vinculadas as diretrizes e princípios do SUS (BRASIL, 2006).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) que consolidou a reorganização da APS, atualmente é um elo importante para a realização desse cuidado garantido legalmente aos idosos, pois serve como referência para essa população na procura de serviços de baixa, média e alta complexidade. A ESF que irá proporcionar a população idosa suporte social mais próximo, atenção humanizada com orientações, acompanhamento e apoio domiciliar de acordo com a demanda de seu território (COSTA, et al., 2015).

Para oferecer esse cuidado integral aos idosos, é importante uma perspectiva ampliada dos profissionais da ESF na sua área de atuação, para compreender a saúde como algo que depende não só da ausência de doença, mas também das condições de moradia, acesso à saúde, qualidade de vida, entre outros. Essa percepção só é alcançada por meio do reconhecimento do seu território, como nas visitas domiciliares, onde é possível verificar o meio em que o idoso está inserido e integrar sua família no cuidado, além de buscar parcerias intersetoriais (COSTA, et al., 2015).

Com as quedas nas taxas de fecundidade e mortalidade a população de idosos tem aumentado com o passar dos anos, junto com esse fenômeno as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) também tem ganhando força e atingindo cada vez mais a população, em especial, os idosos.

Em destaque as DCNT a DM possui alta taxa de incidência e morbimortalidade, tornando-se motivo de grande preocupação para a saúde pública, pois suas consequências diminuem a qualidade de vida, independência e autonomia dos idosos, além de demandar tempo, subsídios e profissionais capacitados para o acompanhamento e tratamento da doença.

Conhecer as características e a localização dos idosos com DM torna-se importante para identificar essa população, seu estilo de vida e os riscos em que estão expostas em relação à DM, para que os serviços de saúde tenham dados e informações sobre onde estão esses idosos e como buscar estratégias para realizar educação em saúde, diminuindo agravos, melhorando sua qualidade de vida e prevenindo novos casos.

Apesar do conhecimento do número total de casos de idosos com DM no município de Maringá-PR, não é sabido a localização e o perfil dos mesmos. Esse dado é necessário para que sejam realizadas as devidas intervenções para o cuidado desses idosos nos serviços de saúde pública, principalmente os de APS, pela longitudinalidade do cuidado que esse nível de atenção possui. Assim esse estudo teve como pergunta de pesquisa: Qual é o perfil da população idosa com DM no município de Maringá-PR? Assim o objetivo geral da pesquisa é analisar os idosos com *Diabetes mellitus* atendidos pelas equipes Estratégia Saúde da Família de Maringá-PR-BR. E os objetivos específicos são: Caracterizar os idosos que vivenciam a *Diabetes mellitus*, atendidos pelas equipes Estratégia Saúde da Família de Maringá-PR-BR; e Descrever as doenças referidas e condições de saúde dos idosos com a *Diabetes mellitus*, vinculados às equipes Estratégia Saúde da Família de Maringá-PR-BR.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo exploratória e descritiva. A pesquisa exploratória possibilita ampliar o conhecimento do pesquisador sobre os fatos, no caso da presente pesquisa, explorar os dados sobre DM na população idosa. Enquanto pesquisa descritiva descreve em detalhes a realidade do fenômeno ou da população, nesse estudo, o perfil dos idosos com DM. Estudos exploratórios- descritivos são fundamentais, assim como nessa pesquisa, quando se sabe pouco sobre o assunto pesquisado (OLIVEIRA, 2011).

Os dados desse estudo foram advindos dos cadastros dos idosos vinculados as 72 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Maringá-PR- BR. Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 60 anos, estar cadastrado no sistema Gestor no momento da coleta de dados, e de exclusão: ausência de informações

cadastrais.

Os dados foram coletados por meio dos relatórios gerados pelo Sistema Gestor da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Maringá-PR-BR, adquiridos na Unidade Básica de Saúde Jardim Iguaçu. Foram gerados relatórios por equipes da ESF, estes foram tabulados em planilha do *Microsoft Excell* com as seguintes informações: Nome da Unidade Básica de Saúde, Número da equipe da ESF, código do usuário, nome do usuário, sexo, data de nascimento, nome da mãe, número do cartão nacional de saúde e condições de saúde.

Os dados foram analisados por estatística descritiva simples e apresentados na forma de tabelas, com dados absolutos e relativos.

Os dados organizados das UBS foram agrupados nas regiões de saúde, para permitir sua análise e apresentação. O município é dividido, pela SMS, em 7 regiões, a saber:

	REGIÕES						
	PINHEIROS	ZONA SUL	IGUAÇU	QUEBEC	TUITI	ZONA 7	MANDACARU
UBS	Pinheiros	Zona Sul	Iguaçu	Quebec	Tuiuti	Zona 07	Mandacaru
	Piatã	Céu Azul	Universo	Império do Sol	Alvorada I	Zona 06	Olimpico
	Guiapó-Requião	Paraíso	Industrial	Portal das Torres	Alvorada II	Vila Esperança	Ney Braga
	Parigot de Souza	Cidade Alta	Floriano	Grevíleas	Morangueira	Vila Operária	Paris
		Aclimação	Iguatemi		Internorte		Vardelina
		São Silvestre	Maringá Velho				

Quadro 1: Organização das Unidades Básicas de Saúde por Regiões.

Fonte: as autoras (2018).

O estudo seguiu todos os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para isso, foi solicitada autorização da pesquisa ao órgão competente da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá-PR-BR. Em seguida o estudo foi submetido à avaliação pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Anexo 1), sob parecer no 2.798.351/2018 (CAAE: 90116518.3.0000.0104). Os dados dos pacientes foram preservados garantindo confidencialidade e anonimato dos mesmos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As unidades de saúde de Maringá-PR possuem 291.188 pessoas cadastradas em suas áreas de abrangências, destas 17,1% (N= 49.659) são idosas (Tabela 1), o que corrobora os dados nacionais e estaduais em relação ao percentual populacional de idosos. Em 2015, no Brasil, a população idosa representava 14,3% da população geral, e no Paraná, 14,6%, sendo o 9^a estado com a maior população idosa do país (PARANÁ, 2018).

Projeta-se aumento do percentual de idosos para 18,8% em 2030 e para 29,3% em 2050 no Brasil. No Paraná, estima-se que o aumento populacional avance mais rapidamente e que em 2030 os idosos representem 29,9% da população geral no estado (PARANÁ, 2018).

Regiões	Número de UBS	Número de ESF	População total atendida	Total idosos N	%
Pinheiros	4	12	52921	7987	15,1
Zona Sul	6	11	39215	6139	15,7
Iguaçu	6	10	40971	7601	16,9
Quebec	4	11	43435	7023	15,3
Tuiuti	5	14	53857	10933	20,3
Zona 07	3	05	18525	3974	21,5
Mandacarú	5	11	42264	6002	14,2
Maringá	33	74	291188	49659	17,1

Legenda: UBS – Unidade Básica de Saúde; ESF – Estratégia Saúde da Família.

Tabela 1 – Caracterização das regiões, segundo número de UBS, número de ESF, população atendida e total de idosos. Maringá (PR), 2018.

Fonte: as autoras.

A Tabela 1, apresenta que a região de saúde com maior concentração de idosos é a Zona 7 com 21,5 % de população, seguida da Tuiti e Iguaçu, sendo que estas possuem número acima da média municipal de 17,1%.

As regiões que possuem maior número de idosos são as que abrangem os bairros mais antigos da cidade, que tiveram grande expansão populacional na década de 1950, a saber: Vila Operária e Maringá seguidos pelos bairros Zona 1, Zona 7 e Zona 6. Nessas regiões os pioneiros fizeram suas casas e mantiveram-se até os dias atuais, tornando os bairros compostos por população envelhecida (MARINGÁ, 2018).

Em relação a DM o número é significativamente grande: da totalidade de idosos (N= 49.659), 6.596 (13.2%) possuem DM. As regiões em que se concentram a maior parte dos idosos com essa condição é a região Mandacarú com 13,9% seguida da Zona Sul

com 13,8%. O local que possui menor porcentagem de idosos com DM é a Zona 07 com 2,2%, apesar de ser uma região mais povoada por idosos em relação às outras regiões do município, observou-se menor prevalência da doença nessa população.

Região	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Pinheiros	425	41.1	607	58.8
Zona Sul	525	61.7	325	38.2
Iguaçu	391	40.4	575	59.5
Quebec	394	40.7	574	59.2
Tuiuti	904	59.9	603	40.0
Zona 07	201	41.2	286	58.7
Mandacaru	328	41.7	458	58.2
Maringá	2968	44.9	3628	55.0

Tabela 2 – Número absoluto e porcentagem de idosos com diabetes mellitus, segundo sexo. Maringá (PR), 2018.

Fonte: as autoras.

Quanto ao sexo da população idosa com DM, observou-se a predominância de mulheres município de Maringá, com exceção da região da Zona Sul e Tuiuti onde os homens são maioria. Um estudo realizado em Teófilo Otoni (MG) com idosos diabéticos, concluiu que a prevalência de DM em mulheres idosas é de 1,73% maior do que nos homens (PIMENTA *et al.*, 2015).

Outros estudos sobre adultos e idosos portadores de DM também obtiveram os mesmos resultados em relação à predominância do sexo feminino. Nestes a explicação está associada a fatores de risco biológicos como, por exemplo, mudanças hormonais com o avançar da idade; maior predisposição ao excesso de peso e dislipidemia que aumenta as chances de desenvolver ou agravar a DM. Além desses, deve-se considerar: hábitos alimentares e de vida; condições socioculturais, sendo a população feminina mais atenta ao autocuidado, elas buscam e utilizam mais os serviços públicos de saúde, conseqüentemente são mais diagnosticadas com DM e sua expectativa de vida maior, tornando-as maioria na população idosa (LADE, *et al.*, 2016; MOREIRA, *et al.*, 2016; BISPO, 2016).

Região	Faixa etária										Total
	60 e 69		70 e 79		80 e 89		90 e 99		100 anos ou mais		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Pinheiros	502	48.6	374	36.2	139	13.1	17	1.6	0	0	1032
Zona Sul	350	41.1	333	39.1	148	17.4	19	2.2	0	0	850
Iguaçu	402	41.6	362	37.4	172	17.8	29	3.0	1	0.1	966
Quebec	476	49.1	349	36.0	127	13.1	16	1.6	0	0	968
Tuiuti	583	38.6	579	38.4	309	20.5	35	2.3	1	0.06	1507
Zona 07	163	33.4	189	38.8	111	22.7	24	4.9	0	0	487
Mandacaru	350	44.5	293	37.2	127	16.1	14	1.7	2	0.2	786
Maringá	2826	42.8	2479	37.5	1133	17.1	154	2.3	4	0.06	6596

Tabela 3 – Número absoluto e porcentagem de idosos com diabetes mellitus, segundo faixa etária. Maringá (PR), 2018.

Fonte: as autoras.

A faixa etária com maior porcentagem (42.8%) de DM na população foi dos idosos mais “jovens” como 60-69 anos de idade, enquanto que os idosos com mais de 90 anos pouco apresentaram a doença. Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2013 demonstram que os diagnósticos de DM têm aumentado com o avançar da idade da população, com maior prevalência a partir dos 45 anos de idade e referência do diagnóstico em mais de um quinto da população a partir de 65 anos (BRASIL,2013).

Os idosos estão mais propensos a desenvolver Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) por diversos fatores também associados à idade como o estilo de vida (condição econômica, baixa escolaridade, hábitos alimentares inadequados e pouca prática de exercícios físicos) e dificuldade de acesso aos serviços de saúde (PIMENTA, *et al.*, 2015). A DM entra como uma das mais arriscadas DCNT que acometem os idosos devido às diversas morbidades que pode acometer seus portadores; nessa fase da vida existem mudanças nas características metabólicas, imunológicas, funcionais, emocionais e intelectuais, contribuindo para uma maior vulnerabilidade dessa população com o avançar da idade (MOREIRA *et al.*, 2016; BISPO *et al.*, 2016).

Região	Condições de saúde							
	AVC		Etilismo		HAS		Acamado	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pinheiros	14	1.3	11	1.0	841	81.4	12	1.1
Zona Sul	34	4.0	5	0.5	721	84.8	18	2.1
Iguaçu	16	1.6	5	0.5	856	88.6	36	3.7
Quebec	16	1.6	6	0.6	689	71.1	24	2.4
Tuiuti	27	1.7	9	0.5	1124	74.5	22	1.4
Zona 07	16	3.2	5	1.0	382	78.4	15	3.0
Mandacaru	21	2.6	3	0.3	442	56.2	21	2.6
Maringá	144	2.1	44	0.6	5055	76.6	148	2.2

Tabela 4 – Número absoluto e porcentagem das condições crônicas e hábitos de vida dos idosos com diabetes, segundo região. Maringá (PR), 2018.

Fonte: as autoras

A condição crônica com maior incidência nos idosos com DM foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (76.6% dos idosos), significativa estatisticamente em todas as regiões de Maringá.

As regiões com maiores porcentagens foram a Iguaçu (88,6%), seguida da Zona Sul (84.8%) e Pinheiros (81.4%). Diversos estudos demonstram a ocorrência associada de DM e HAS. Indivíduos com DM tem o dobro de chances de desenvolver HAS quando comparados com os que não possuem a doença. A HAS atinge mais de 40% da população com DM (WINKELMANN e FONTELA, 2014; CENATTI *et al.*, 2013 e CARVALHO *et al.* 2016).

A HAS é a DCNT mais frequente entre os idosos, presente em 65% dessa população no Brasil, seus fatores de risco e morbimortalidade são interligados tornando essas duas condições motivo de maior preocupação entre os serviços públicos de saúde, principalmente tratando-se da população idosa que tem suas especificidades tanto no diagnóstico quanto no tratamento e manejo dessas doenças (PARANÁ, 2017).

Depois de HAS as condições que mais foram encontradas em associação com DM nos idosos analisados foram, os idosos acamados com 2.2% seguido de Acidente Vascular Cerebral (AVC) com 2.1% de idosos acometidos.

As próprias DCNT são fatores de risco para o desenvolvimento de outras comorbidades, essas associações geram perda da qualidade de vida e alto grau de limitação das pessoas, principalmente nos idosos. Esse fato pode tornar os idosos acamados, definidos como pessoas que perdem sua mobilidade por um período longo, e são mais suscetíveis a apresentar alterações fisiológicas e desenvolver essas doenças (PARANÁ, 2017 e SOUZA *et al.*, 2016). Um estudo sobre idosos acamados e condições crônicas chegou às mesmas conclusões em relação à associação entre HAS, DM e

AVC (21%); em todos os casos a HAS está presente; um percentual de 13,1% de idosos possuíam DM associada à HAS, o que explica a prevalência de AVC, pois a combinação de ambas as condições aumenta os riscos de eventos cerebrovasculares e doenças arteriais coronarianas (SOUZA *et al.*, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população idosa em Maringá mostrou-se ser mais alta do que a média estadual (14,6%) e nacional (14,3%), podendo concluir que a sociedade maringaense tem envelhecido mais de forma significativa, comprovando os vários estudos sobre envelhecimento populacional no Brasil e no Mundo.

As regiões com maiores concentrações de idosos são também as mais antigas do município, onde os indivíduos povoaram e ali permaneceram por gerações. A feminilização do envelhecimento também foi visto nesse estudo, onde as mulheres idosas são maioria em virtude de suas maiores expectativas de vida e preocupação em relação à saúde quando comparadas com a população masculina.

A DM teve uma alta prevalência (13,2%) na população idosa maringaense associada a outras DCNT como AVC e HAS e condições graves como idosos acamados. A polipatologia é preocupante especialmente nas populações idosas, que com suas especificidades acabam por ser um grupo mais vulnerável a desenvolver um alto grau de dependência e limitações devido à comorbidades causadas por essas doenças, o que era uma queda importante na qualidade de vida dessa população.

Cabe as equipes de saúde, em especial as de APS, que tem maior contato com essa população e maiores subsídios de promoção e proteção à saúde, buscarem estratégias para a prevenção de novos casos de diabetes nos idosos e a diminuição de agravos aos que já são portadores da doença, melhorando a qualidade de vida e diminuindo as taxas de morbimortalidade. Esse estudo traz informações importantes sobre quem são e onde estão os idosos portadores de DM em Maringá, servindo como ferramenta para as equipes de saúde e outras pesquisas para identificar essa população e intervir com atividades e ações de saúde relacionadas a DM e outras DCNT.

Como limitação encontrada no estudo, vale salientar a falta de maiores informações no banco sobre características desses idosos, como condição sociocultural econômica, psicológica e hábitos de vida, que ajudariam em uma análise e compreensão mais ampla da ocorrência da doença de forma individual nessa população.

REFERÊNCIAS

BARRETO, M. S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. M. Envelhecimento Populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para os sistema de saúde pública. . **Revista Kairós Gerontologia**, v18, n. 1, p. 235-339, Jan./Mar. 2015.

BISPO, I. M. J.; SANTOS, P. H. S.; CRNEIRO, M. A. O.; SANTANA, T. D. B.; FRNANDES, M. H.; CASOTTI, C. A.; SANTOS, I. S. C.; CARNEIRO, J. A. O. Fatores de risco cardiovascular e características sociodemográficas em idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, v. 40, n. 3, p. 334-342, 2016.

BRASIL. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015- 2016. BRASIL. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015- 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. **Caderno de Atenção Básica**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. **Caderno de Atenção Básica**, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. **Caderno de Atenção Básica**, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. **Caderno de Atenção Básica**, 2013.

CANATTI, J. L.; LENTSCK, M. R.; PREZOTTO K. H.; PILGER, C. Caracterização de usuários hipertensos de uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem e Atenção a Saúde**, v. 2, n. 1, p. 21-31, 2013.

CARVALHO, F. P. B.; SIMPSON, C. A.; QUEIROZ, T. A.; FREITAS, G. B.; OLIVEIRA, L. C.; QUEIROZ, J. C. Prevalência de doença arterial coronariana em pacientes diabéticos. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 10, n. 2 p. 750-755, 2016.

CARVALHO, V. L.; MEDEIROS, D. V. C.; SILVA, J. C. A. S.; BARBOSA, S. G.; SOUZA L. L. Comparação da função cognitiva de idosas institucionalizadas e das participantes de centro de convivência. **RBCEH**, v. 11, n. 1, p. 46-53, jan./abr. 2014.

COSTA, N. R. C.; AGUIAR, M. I. F.; ROLIM, I. L. T. P.; RABELO, P. P. C.; OLIVEIRA D. L. M.; BARBOSA Y. C. Apoio de enfermagem ao autocuidado do cuidador familiar. **Revista Pesquisa e Saúde**, v. 16, n. 2, p. 95-101, Mai./Ago. 2015.

FERREIRA, J. M.; CÂMARA, M. F. S.; ALMEIDA, P. C.; NETO, J. B.; SILVA, C. A. B. Alterações auditivas associadas a complicações e comorbidades no diabetes mellitus tipo 2. **ACR**, v. 18, n. 4, p. 250- 259, 2013.

GARCIA, C.; FISCHER, M. Q.; POLL, F. A. Estado nutricional e as comorbidades associadas ao diabetes mellitus tipo 2 no idoso. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, v. 21, n. 1, p. 206-2016, 2016.

LADE, C. G., MARINS, J. C. B.; LIMA, L. M.; REIS J. S.; REIS H. H. T.; CAETANO, I. T.; AMORIN, P. R. S. Análise de indicadores de saúde de pacientes com diabetes atendidos pelo Centro Hiperdia de Viçosa. *O Mundo da Saúde*, v. 40, n. 3, p. 283- 292, 2016.

LOPES, M. J.; ARAÚJO, J. L.; NASCIMENTO, E. G. C. O envelhecimento e a qualidade de vida: a influência das experiências individuais. **Revista Kairós Gerontologia**, v19, n. 2, p. 181-199, Abril/ Junho 2016.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal de Maringá. Nossa Cidade. **Histórico do Município**, A Companhia de Terras Norte do Paraná. O Diário. Maringá, 2018. Disponível em: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/turismo/?cod=nossa-cidade/2>>. Acesso em: 01 out.2018.

MOREIRA, A. J.; JANUÁRIA, A. A.; ALVES, A. M.; NOBRE, L. N. Quais fatores influenciam o controle metabólico do diabetes. **Ciências Saúde**, v. 27, n. 4, p.301- 308 2016.

OIIVEIRA, M. F. **Metodologia Científica**: um manual para a realização de pesquisas em administração. 1. ed. Catalão, 2011.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia da saúde do idoso**. 1 ed. Curitiba: SESA, 2017.

PIMENTA, F. B.; PINHO, L.; SILVEIRA, M. F.; BOTELHO, A. C. C. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia Saúde de da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2489-2498, 2015.

SOUZA, J. O.; OLIVEIRA B. C.; SOUZA, V. L.; FIGUEIRAS, S. R. D.; BASTOS, A. D. A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em usuários acamados assistidos em uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 3, p. 292-300, 2016.

TANQUEIRO, M. T. O. S. A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 9, p. 151- 160, 2013.

WINKELMANN, E. R.; FONTELA, P. C. Condições de saúde de pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2 cadastrados na Estratégia Saúde da Família, em Ijuí, Rio Grande do Sul, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 23, n. 4, p. 665-664, 2014.

CAPÍTULO 2

ANÁLISE E CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS RESTRITOS AO LEITO DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PR

Data de submissão: 10/03/2023

Data de aceite: 03/04/2023

Maria Júlia Yunis Sarpi

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/2801572953940436>

Célia Maria Gomes Labegalini

Universidade Estadual do Paraná –
UNESPAR
Paranavaí – PR
<http://lattes.cnpq.br/0026263831825992>

Ana Paula Aparecida Aguiar

Universidade Estadual do Paraná –
UNESPAR
Paranavaí – PR
<http://lattes.cnpq.br/1710822383620920>

Iara Sescon Nogueira

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/8164339764901005>

Eloise Panágio Silva

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/2726256460228811>

Érica Cristina da Silva Pereira

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/7285517871222403>

Rebeca Iwankiw Lessa Beltran

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/1181575328245293>

Poliana Ávila Silva

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/3156951423567955>

Isabela Vanessa Tavares Cordeiro Silva

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá – PR
<http://lattes.cnpq.br/6182767203825926>

Mariana Pissioli Lourenço

Universidade Estadual do Paraná -
UNESPAR
Paranavaí – PR
<http://lattes.cnpq.br/0544903529001529>

Viviani Camboin Meireles

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá – PR
<http://lattes.cnpq.br/0133664256259857>

Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/5811597064340294>

RESUMO: Introdução: O envelhecimento traz consigo diversas alterações biopsicossociais, como perdas cognitivas, físicas, mentais, mudanças de personalidade, na vida social e produtiva, que podem afetar a autonomia, a independência e a qualidade de vida dos idosos. A dependência é a condição mais temida para idosos e evitá-la, embora seja uma função da equipe de saúde, em especial na Atenção Básica (AB), nem sempre é possível ou eficaz. Nesse contexto, os idosos com dependência de cuidados trazem demandas particulares para a AB e entender suas necessidades é imprescindível para que se possa planejar e executar intervenções apropriadas permitindo adequado tratamento e cuidado. **Objetivo:** Analisar e caracterizar os idosos frágeis, em condições de mobilidade restrita ao leito, atendidos por equipes Estratégia Saúde da Família do município de Maringá-PR. **Método:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo descritiva e exploratória, realizada com 532 idosos acamados, residentes no Município de Maringá-PR. Os dados foram coletados por meio dos relatórios gerados pelo Sistema Gestor da Secretaria Municipal de Saúde, tabulados em planilhas no *Microsoft Excel*, analisados por estatística descritiva simples e apresentados na forma de tabelas, com dados absolutos e relativos. O estudo seguiu todos os preceitos éticos da Resolução 466/2012, sob parecer número: 2.798.351/2018 (CAAE: 90116518.3.0000.0104). **Resultados:** Foram computados 49.023 idosos cadastrados no sistema gestor municipal, destes 56,6% são do sexo feminino e 49% está na faixa etária entre 60-69 anos. A zona 7 possui a maior concentração de idosos (21,5%). Dos idosos, 532 são acamados (1,08%). Dos acamados, a faixa etária de 80-89 anos concentra 34%, seguida da faixa etária de 70-79 anos com 28%, com predominância do sexo feminino (62%). **Considerações finais:** Identificou-se que grande parcela da população idosa está concentrada na faixa etária de até 79 anos, e que a partir dessa idade, a quantidade de idosos diminui, entretanto, o grau de fragilidade aumenta. Tal fato é confirmado pela grande quantidade de idosos restritos ao leito, condição de dependência total, concentrada na faixa etária de 80-89 anos. **PALAVRAS-CHAVE:** Idoso; Acamado; Condições de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ANALYSIS AND CHARACTERIZATION OF THE ELDERLY RESTRICTED TO THE BED IN THE CITY OF MARINGÁ-PR

ABSTRACT: Introduction: Aging brings with it several biopsychosocial changes, such as cognitive, physical, mental losses, personality changes, social and productive life, which can affect the autonomy, independence and quality of life of the elderly. Addiction is a condition that gluttons fear the most and avoidance, which is a function of a training team, especially in Basic Training (AB), is not always possible or effective. In this context, those able to depend on care include particular demands for AB and understanding their needs is essential so that they can plan and implement appropriate interventions, allowing for adequate treatment and care. **Objective:** To analyze and characterize the sick, in conditions of mobility restricted to the family, assisted by the Family Health Strategy teams in the city of Maringá-PR. **Method:** This is a quantitative, descriptive and exploratory research, carried out with 532 bedridden elderly, residing in the city of Maringá-PR. Data were mostly collected from the report prepared by the Management System of the Municipal Health Secretariat, tabulated in Microsoft Excel, analyzed using simple descriptive statistics and presented in table form, with absolute and relative data. I followed all the ethical precepts of Resolution 466/2012, according to number:

2.798.351/2018 (CAAE: 90116518.3.0000.0104). **Results:** 49,023 seniors registered in the municipal management system were computed, of which 56.6% are female and 49% are aged between 60-69 years. In zone 7 there is a greater concentration of identities (21.5%). Two seniors, 532 are bedridden (1.08%). Two bedridden, the age group 80-89 years concentrates 34%, followed by the age group 70-79 years with 28%, with a predominance of females (62%). **Final considerations:** It was identified that the large portion with a decent population is concentrated in the age group of just 79 years old, and that from this age onwards, the number of ids decreases, while the degree of frailty increases. This fate is confirmed by the large number of identities restricted to heredity, a condition of total dependence, concentrated in the fragile age group of 80-89 years.

KEYWORDS: Elderly; Bed-restricted; Health conditions; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O Brasil tem caminhado para um cenário de aumento da população idosa e segundo projeções, será quinze vezes maior até o ano de 2025 (OMS, 2015). Estima-se que a expectativa média de vida passará de 75 anos para 81 anos nesse período (DANTAS et al., 2015). O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, como a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida (BRASIL, 2007).

O envelhecimento traz consigo diversas alterações biopsicossociais, como perdas cognitivas, físicas, mentais, mudanças de personalidade, na vida social e produtiva, que podem afetar a autonomia e qualidade de vida dos idosos (GONÇALVES, 2013). Quando se trata de um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, que não está associado a problemas caracteriza-se a senescência. Entretanto, em condições patológicas como doenças, acidentes e estresse emocional, sobrecarga, em que se desenvolvem condições patológicas que requeiram assistência, caracteriza-se a senilidade (BRASIL, 2007).

Esse processo pode ser influenciado por diversos fatores, que podem ser divididos como intrínsecos, ou seja, aqueles que estão relacionados à cada indivíduo e seu organismo; e fatores extrínsecos como temperatura, radiação, produtos químicos, vírus, fungos e bactérias (DANTAS et al., 2015).

O aumento da quantidade de pessoas idosas implica no aumento de demandas específicas para essa população. Este processo cresce em paralelo ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis/degenerativas. Essas doenças afetam a qualidade de vida do idoso, e a sua evolução pode causar a redução da capacidade funcional e o aumento do grau de fragilização (RODRIGUES, 2016).

A incapacidade funcional do idoso refere-se à dificuldade ou necessidade de auxílio para o indivíduo realizar tarefas no seu dia a dia, e somado a este fator, ainda podem existir doenças que agravam a incapacidade e tornam o idoso dependente de cuidados (SANTOS et al., 2017).

A soma do aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis/degenerativas com a incapacidade funcional do idoso pode resultar em alterações que aumentam riscos de acidentes, como quedas, que podem leva-lo a ficar restrito ao leito e trazer repercussões como o aparecimento de úlceras por pressão e infecções, e causar a dependência (COSTA et al., 2015).

A dependência é a condição mais temida para idosos, e evitá-la é uma função da equipe de saúde, em especial na Atenção Básica (AB), que deve ser um trabalho conjunto com o idoso e família (BRASIL, 2007).

No Paraná, 37.809 idosos, ou seja 14%, foram classificados como frágeis, segundo o resultado do instrumento Vulnerable Elderly Scale (VES-13), que classifica os idosos segundo seu grau de vulnerabilidade (BRASIL, 2017). O VES-13 é um formulário utilizado na AB, aplicado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em todos os idosos de sua área de abrangência, e o resultado classifica os idosos em robustos, pré-frágeis e frágeis, de acordo com seu grau de vulnerabilidade, representado pelo score gerado com as respostas. A classificação como idoso frágil, não necessariamente indica a restrição de mobilidade ao leito, porém, indica a restrição de mobilidade e cognição importantes, o que os leva à restrição ao domicílio, e em casos graves, ao leito (BRASIL, 2017).

A AB é o primeiro, e preferencial, contato dos usuários com o sistema de saúde, e é integrada a Estratégia Saúde da Família (ESF), que trabalha com equipes interdisciplinares que se responsabilizam pela saúde da população e na perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, a ESF é responsável por uma população, localizada em uma área específica, por meio de ações na unidade de saúde e nos domicílios que abordem promoção da saúde, prevenção de doenças. Portanto, a ESF deve levar em conta, o conhecimento do seu território, já que é o local de produção de vida, e conseqüentemente, saúde (RIBEIRO et al., 2016).

A territorialização é a maneira prática em que a ESF reconhece o território, de forma a organizar e planejar as práticas de saúde; é um dos elementos essenciais para aproximar os profissionais e trabalhadores da saúde da realidade local, colaborando para o desenvolvimento de ações específicas para a necessidade daquela população (RIBEIRO et al., 2016).

Assim, ESF pode colaborar nesse cenário, sobretudo ao criar vínculos duradouros que oportunizem o apoio ao idoso e sua família (COELHO et al., 2013). Nesse contexto é importante que a equipe saúde da família entenda as necessidades dos idosos de seu território para que possa planejar e executar intervenções apropriadas.

Ainda é importante destacar que o envelhecimento populacional e o aumento de longevidade trouxeram para os serviços de saúde e seus gestores, uma demanda de ações específicas para idosos. Essa população necessita de cuidados e suporte especializados, já que são mais fragilizados e possuem maior probabilidade de desenvolverem doenças

que os levem à dependência.

Uma ampla análise e consequente caracterização dos idosos do município permite a identificação dos riscos a que população está exposta, definição prioridades de intervenção e avaliação do seu impacto na qualidade de vida dos idosos.

A ausência da análise dos idosos restritos ao leito no município de Maringá-PR é uma lacuna de conhecimento populacional que impede que as equipes e gestores do município tenham ciência dessa condição específica da população, o que impossibilita que o cuidado e as ações sejam planejados de forma eficaz.

Dessa forma, esse estudo pode contribuir para o desenvolvimento de ações coerentes com a necessidade dos idosos acamados de Maringá, realizadas pela UBS de referência para o lugar em que se encontrarem concentrados. Além de identificar quais os fatores que os levaram a essas condições.

Assim, a inexistência de uma análise e caracterização dos idosos totalmente dependentes de cuidados, ou seja, acamados, de Maringá-PR impossibilita às equipes de saúde das UBS a reconhecer essa população. Conseqüentemente, impossibilita que seja realizado um planejamento adequado das ações e intervenções de saúde que devem ser realizadas por essas equipes a nível local e municipal. Assim, esse estudo possui como pergunta de pesquisa: Qual a caracterização de idosos restritos ao leito do município de Maringá-PR? E têm-se como objetivo geral analisar os idosos restritos ao leito atendidos pelas equipes Estratégia Saúde da Família de Maringá-PR-BR; e como objetivos específicos: Caracterizar os idosos frágeis, restritos ao leito, atendidos pelas equipes Estratégia Saúde da Família de Maringá-PR-BR; e Descrever as doenças referidas e condições de saúde dos idosos restritos ao leito, vinculados às equipes Estratégia Saúde da Família de Maringá-PR-BR.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo descritiva e exploratória. A pesquisa exploratória possibilita uma ampliação do conhecimento do pesquisador sobre os fatos, e a pesquisa descritiva como o próprio nome diz, descreve em detalhes a realidade de um fenômeno ou população. Trata-se de um estudo fundamental quando se sabe pouco sobre o assunto pesquisado (OLIVEIRA, 2011).

Os dados desse estudo foram advindos dos cadastros dos idosos vinculados as 72 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Maringá-PR-BR. Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 60 anos, estar cadastrado no sistema Gestor no momento da coleta de dados, e de exclusão: ausência de informações cadastrais.

Os dados foram coletados por meio dos relatórios gerados pelo Sistema Gestor da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Maringá-PR-BR, adquiridos na Unidade Básica de

Saúde Jardim Iguaçu. Foram gerados relatórios por equipes da ESF, estes foram tabulados em planilha do *Microsoft Excel* com as seguintes informações: Nome da Unidade Básica de Saúde, Número da equipe da ESF, código do usuário, nome do usuário, sexo, data de nascimento, nome da mãe, número do cartão nacional de saúde e condições de saúde.

Os dados foram analisados por estatística descritiva simples e apresentados na forma de tabelas, com dados absolutos e relativos. Os dados organizados das UBS foram agrupados nas regiões de saúde, para permitir sua análise e apresentação. O município é dividido, pela SMS, em 7 regiões, a saber:

REGIÕES E UBS						
Pinheiros	Zona sul	Iguaçu	Quebec	Tuiti	Zona 7	Mandacaru
Pinheiros	Zona Sul	Iguaçu	Quebec	Tuiuti	Zona 07	Mandacaru
Piatã	Céu Azul	Universo	Império do Sol	Alvorada I	Zona 06	Olimpico
Guiapó-Requião	Paraíso	Industrial	Portal das Torres	Alvorada II	Vila Esperança	Ney Braga
Parigot de Souza	Cidade Alta	Floriano	Grevileas	Morangueira	Vila Operária	Paris
	Aclimação	Iguatemi		Internorte		Vardelina
	São Silvestre	Maringá Velho				

Quadro 1: Organização das Unidades Básicas de Saúde por Regiões.

Fonte: as autoras.

O estudo seguiu todos os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para isso, foi solicitada autorização da pesquisa ao órgão competente da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá-PR-BR. Em seguida o estudo foi submetido à avaliação pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Anexo 1), sob parecer no 2.798.351/2018 (CAAE: 90116518.3.0000.0104). Os dados dos pacientes foram preservados garantindo confidencialidade e anonimato destes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em países em desenvolvimento, o número de idosos aumenta exponencialmente, isso se deve à melhora na qualidade de vida, aumento de esperança de vida ao nascer e diminuição da taxa de natalidade, e o Brasil atualmente se enquadra nessa realidade (PARANÁ, 2017). O Paraná segue o mesmo padrão demográfico. Em 2010, 11,2% da população total era considerada idosa, com 60 anos ou mais, e em 2015 a esperança de vida ao nascer era de 76,8 anos (PARANÁ, 2017).

Em Maringá, observa-se o reflexo dessa situação. Considerando que existem 291.188 pessoas cadastradas nas áreas de abrangências das Unidades Básicas de Saúde,

e deste total 17,0% são idosos, o que corrobora aos dados nacionais e estaduais (Tabela 1).

Foram computados 49.023 idosos cadastrados no sistema gestor municipal, todos vinculados a uma Estratégia Saúde da Família, distribuídos entre as 34 Unidades Básicas de Saúde de Maringá. Os dados organizados das UBS foram agrupados nas regiões de saúde, para permitir sua análise e apresentação. O município é dividido em 7 regiões de saúde, supracitadas.

Regiões	Número de UBS	Número de ESF	População total atendida	Total idosos N	%
Pinheiros	4	12	52921	7987	15,1
Zona Sul	6	11	39215	6103	15,5
Iguaçu	6	10	40971	7601	16,9
Quebec	4	11	43435	7023	15,3
Tuiuti	5	14	53857	10333	19,1
Zona 07	3	05	18525	3974	21,5
Mandacaru	5	11	42264	6002	14,2
Maringá	33	74	291188	49023	17,0

Tabela 1 – Caracterização das regiões, segundo número de UBS, número de ESF, população atendida e total de idosos. Maringá (PR), 2018.

Fonte: as autoras.

A Tabela 1, apresenta que a região de saúde com maior concentração de idosos é a Zona 7 com 21,5 % de população idosa, seguida da Tuiti e Iguaçu, sendo que estas possuem número acima da média municipal de 17,0%. As regiões que possuem maior número de idosos são as que abrangem os bairros mais antigos da cidade em que os pioneiros fizeram suas casas e mantiveram-se até os dias atuais, tornando os bairros compostos por população envelhecida.

Faixa Etária	Geral		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%
60-69 anos	23965	49	10370	43,2	13595	56,7
70-79 anos	16307	33,2	7190	44	9117	56
80-89 anos	7170	14,6	2941	41,6	4129	58,4
90-99 anos	1485	3	549	38,4	881	61,6
100 ou mais	96	0,2	28	30,4	64	69,6
TOTAL	49023	100	21078	43,3	27786	56,6

Tabela 2 – Número absoluto e porcentagem de idosos por sexo, segundo faixa etária. Maringá (PR), 2018.

Fonte: as autoras.

Na tabela 2 observa-se o número geral de idosos segundo faixa etária no município de Maringá-PR, e a sua distribuição por sexo segunda faixa etária. De acordo com a faixa etária, 49% estão entre 60-69 anos; e 33% entre 70 e 79. Em relação ao sexo, 56,6% dos idosos de Maringá são do sexo feminino, sendo a maioria.

A concentração maior de idosos está entre as faixas etárias 60-69 anos e 70-79 anos, em consonância com os dados estaduais e nacionais, considerando que a esperança de vida ao nascer no Paraná, em 2015, era de 76,8 anos para a população geral, sendo de 73,4 anos para homens e 80,2 anos para mulheres (PARANÁ, 2017).

Essa diminuição da concentração dos idosos com 80 anos ou mais, está diretamente relacionada com o seu nível de fragilização, visto que há uma prevalência de idosos fragilizados a partir dessa faixa etária. Entre as idades de 80 a 85 anos, houve uma prevalência 15,7% de idosos frágeis e de 26,1% após os 85 anos (PARANÁ, 2017). A fragilidade é uma condição que antecede a incapacidade, e é um fenômeno multicausal e multidimensional que pode resultar em internações, quedas, dependência e mortalidade (PARANÁ, 2017).

A evolução de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) também se relaciona com a prevalência de idosos com até 79 anos. A partir dessa idade é que se concentram os idosos com níveis severos de incapacidade, causados pela evolução das DCNT (CARNAUBA et al, 2017). Isso se justifica pelo processo de transição epidemiológica e demográfica em que se encontra o país, em que há um aumento na quantidade de idosos e consequentemente um aumento da concentração das DCNT, que estão relacionadas com as alterações fisiológicas que ocorrem no processo de envelhecimento (CARNAUBA et al, 2017).

Além disso, outro fenômeno é a feminilização da velhice, corroborando achados de outros estudos. Tem-se uma parcela de 56,6% de mulheres idosas, se comparado ao total (Tabela 2). Ao observar a concentração do sexo feminino por faixas etárias, nota-se que em todas elas, houve predominância feminina. Há uma maior probabilidade de sobrevivência das mulheres, já que possuem maior atenção com a saúde e com o autocuidado do que o sexo masculino, sendo uma construção histórica e cultural (PEREIRA et al, 2016). A predominância de idosas pode também ser atribuído a fatores biológicos e a exposição desigual a fatores de risco à saúde (CARNAUBA et al, 2017).

Região	Sexo				Faixa etária										Total
	Masculino		Feminino		60 - 69		70 - 79		80 - 89		90 - 99		100 anos ou mais		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Pinheiros	24	39	37	61	13	21	21	34	22	36	3	5	2	3	61
Zona Sul	19	42	26	58	7	16	10	22	19	42	9	20	0	0	45
Iguaçu	40	33	81	67	19	16	29	24	42	35	30	24	1	1	121
Quebec	30	36	54	64	11	14	24	29	28	34	18	21	3	4	84
Tuiuti	33	46	39	54	9	13	19	26	27	38	15	21	2	3	72
Zona 07	23	34	45	66	7	11	17	25	24	35	19	28	1	2	68
Mandacaru	32	40	49	61	15	18	30	37	21	26	12	15	3	4	81
Maringá	201	38	331	62	81	15	150	28	183	34	106	20	12	3	532

Tabela 3 – Número absoluto e porcentagem de idosos restritos ao leito, segundo sexo e faixa etária. Maringá (PR), 2018.

Fonte: as autoras.

Na tabela 3 tem-se o quantitativo de idosos restritos ao leito por região, segundo sexo e faixa etária. No município de Maringá, 532 idosos estão registrados no gestor municipal como acamados, isso é equivalente a 1,08% do total de idosos do município. No município, a faixa etária de 80-89 anos concentra 34% dos idosos acamados, seguido da faixa etária de 70-79 anos, com 28%. Com relação ao sexo, 62% dos idosos restritos ao leito de Maringá, são mulheres. E as três regiões com maior porcentagem de idosos totalmente dependentes foram, respectivamente, Iguaçu, Quebec e Mandacaru.

Os achados estão em consonância com os achados gerais do município, visto que mais uma vez a porcentagem de mulheres supera a dos homens, reflexo do fenômeno de feminilização da velhice supracitado (SCHNEIDER; PAVIN, 2021).

Diferentemente da média municipal encontrada, para os idosos restritos ao leito, há uma concentração maior nas faixas etárias de 80 – 89 anos. Com o avançar da idade o idoso passa por diversas mudanças anatômicas e fisiológicas, portanto fica mais propenso a desenvolver doenças que o levam a dependência total (DANTAS et al, 2015). O processo de dependência ocorre normalmente como consequência de processos patológicos, que podem levar a restrição total ao leito, e este processo está relacionado com o avançar da idade e consequente fragilização do idoso (DANTAS et al, 2015).

A capacidade funcional do idoso é um dos seus grandes marcadores de saúde, e a sua investigação é ponto crucial para avaliação de sua qualidade de vida (PEREIRA, LC et al, 2016). Pode ser conceituada como a capacidade de manter habilidades físicas e mentais para uma vida independente e autônoma, seu declínio é multifatorial e a identificação precoce pode evitar um quadro de dependência total.

O envelhecimento não é um processo patológico, entretanto as mudanças que acontecem no organismo do indivíduo idoso diminuem a sua capacidade funcional, para exercer atividades de vida diária, por isso, o processo de envelhecer contribui para acentuar a fragilização (PERERIA, et al, 2013).

Região	Condições de saúde							
	AVE		Diabetes mellitus		HAS		DM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pinheiros	12	19,7	12	19,7	39	64	7	11,5
Zona Sul	17	38	18	40	33	73	2	4
Iguaçu	26	21,5	36	30	96	79	7	5,8
Quebec	10	12	24	28,5	64	76	6	7
Tuiuti	10	14	22	30,5	47	65	10	14
Zona 07	14	20,5	15	22	42	62	8	12
Mandacarú	11	13,5	21	26	39	48	3	4
Maringá	100	19	148	28	360	68	43	8

Legenda: AVE – Acidente Vascular Encefálico; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica; DM – Distúrbio Mental; DC: Doença Crônica.

Tabela 4 – Número absoluto e porcentagem das condições crônicas dos idosos restritos ao leito, segundo região. Maringá (PR), 2018.

Fonte: as autoras.

Na tabela 4 são referidas as comorbidades que os idosos acamados de Maringá possuem, de acordo com a sua região. A porcentagem foi inserida com base no total de idosos restritos ao leito (532). Observa-se que 19% foram acometidos por Acidente Vascular Encefálico (AVE); 28% são portadores de *Diabetes mellitus*; 68% de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 8% têm algum tipo de distúrbio mental (DM).

O usuário que tem pouca mobilidade física, ou aquele restrito ao leito, está suscetível a apresentar alterações em órgãos e sistemas, desenvolverem lesões e até mesmo DCNT (SOUZA et al., 2016). A Síndrome da Imobilidade é um conjunto de fatores que levam a manutenção da postura no leito por um período longo, que leva a redução da capacidade funcional (SOUZA et al., 2016).

Quando o idoso começa a apresentar altos graus de fragilidade começa a ocorrer declínio de funções fisiológicas, isso associado a idade, resulta na diminuição da capacidade de lidar com estressores e de recuperação de eventos nocivos à saúde (PARANÁ, 2017).

Observa-se que a amostra do estudo possui uma concentração significativa de DCNT, o que corrobora achados em outros estudos. As DCNT têm sido associadas com o aumento da idade dos indivíduos, e atualmente, a multimorbidade (presença de mais de uma Doença Crônica (DC) em um mesmo indivíduo), tem sido a condição mais comum nos

idosos (PARANÁ, 2017).

Dentre as DCNT, o AVE tem mostrado-se frequente, com incidência maior após os 65 anos, havendo aumento do risco com o aumento da idade, além disso, é uma das principais causas de incapacidade funcional, sendo precedida apenas por doenças cardiovasculares e câncer (PEREIRA et al., 2013). As pessoas que sobrevivem a um AVE permanecem com algum grau de incapacidade, e ocorrem mudanças na dinâmica de suas vidas, incluindo limitações das atividades básicas de vida diária, e até mesmo, imobilidade (PEREIRA et al., 2013).

O AVE está diretamente relacionado à HAS, uma vez que esta condição é um de maiores seus fatores de risco (CHAVES, 2000). HAS pode acometer as artérias cerebrais dos mais variados calibres e as estruturas que as compõem, como as camadas média e íntima. Nos vasos de grande calibre, normalmente, a camada íntima é a acometida, o que leva à aterosclerose e, conseqüentemente, à formação de placas e estenose dos vasos (ARAUJO et al, 2017).

A liberação de gordura pelas placas pode provocar embolia, que ocorre quando algum resíduo bloqueia o fluxo sanguíneo em algum vaso de menor calibre, e pode também formar coágulos sanguíneos, conhecidos como trombos, que soltam-se da parede da artéria e deslocam-se pela corrente sanguínea, podendo bloquear a circulação em vasos menores e impedir a oxigenação dos tecidos (GOTTLIEB et al, 2005).

A amostra do estudo apresentou 68% dos idosos portando HAS, corroborando outros achados. A HAS é a DCNT mais comum entre os idosos. Entretanto, a HAS não deve ser vista como uma consequência natural do envelhecimento. O idoso acamado, pela sua condição, apresenta uma grande alteração do sistema cardiovascular, causando um aumento da pressão arterial pelo aumento da resistência vascular periférica (SOUZA et al., 2016). O envelhecimento dos vasos é um dos fatores que se relaciona ao aumento da pressão arterial nos idosos, e ocorre no sexo feminino principalmente após a menopausa (PARANÁ, 2017).

Obteve-se que 28% dos idosos apresentaram *Diabetes mellitus*. A diabetes se apresenta no idoso com algumas características diferentes do adulto. Apresenta-se normalmente assintomática, com poliúria e polidipsia pouco aparentes e com sintomas inespecíficos, como mal-estar (PARANÁ, 2017). Grande parte dos idosos não apresenta a diabetes de maneira isolada, mas sua incidência vem crescendo de forma exacerbada (SANTOS et al., 2016).

A grande concentração de idosos em situação de imobilidade com DCNT aparente neste estudo, aponta a necessidade de ações efetivas de prevenção e controle dessas doenças, principalmente para essa população, visto que a inatividade física é um fator de alto risco para desenvolvimento das mesmas (SANTOS et al., 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Síndrome da Imobilidade se desenvolve após instalada uma condição de fragilização do idoso, é uma condição multifatorial e multicausal, que interfere diretamente na qualidade de vida do idoso em questão. O objetivo do cuidado com idosos frágeis deve ter como foco a qualidade de vida, controle de sintomas e prevenção de agravos a saúde.

De acordo com os achados desse estudo, foi possível notar que uma grande parcela da população idosa está concentrada na faixa etária de até 79 anos. E que a partir dessa idade, a quantidade de idosos diminui, entretanto, o grau de fragilidade aumenta. Isso pode ser confirmado quando nota-se que a quantidade de idosos restritos ao leito, condição de dependência total, está concentrada na faixa etária de 80-89 anos. Todos os resultados apontaram para uma quantidade maior de mulheres com mais de 60 anos, mostrando que a mulher tem mais envolvimento com o cuidado da sua saúde, e menor exposição a fatores de risco, do que os homens idosos.

O acompanhamento dos idosos pelas ESF, a aplicação dos instrumentos de avaliação de risco e de vulnerabilidade se mostram cada vez mais necessários, e são fatores cruciais para promover a saúde dos idosos, prevenir agravos e fazer educação em saúde. Assim, torna-se imprescindível que a equipe de saúde acompanhe essa população, planejando ações de saúde específicas.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, G. F.; ESPÍNDOLA, R. B.; CARVALHO, S. O. R. M. A qualificação profissional do enfermeiro da atenção primária no cuidado com o idoso. **Revista de Enfermagem UFPE On Line: REUOL**. v.8, n. 8, p.2805-2810, 2014.

ARAUJO, Layse Pereira Gonçalves et al. Principais fatores de risco para o acidente vascular encefálico e suas consequências: uma revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, v. 3, n. 1, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10741, 1 de outubro de 2003**: Estatuto do Idoso e Normas Correlatas. Brasília (DF): Câmara dos deputados, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília (DF): MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia da Saúde do Idoso**. Curitiba (PR): SESA, 2017.

BRITO, R. F. S. L. V.; LEAL, M. C. P.; ARAGÃO, J. A.; MAIA, V. L. L. B.; LAGO, E. C.; FIGUEREDO, L. S. O idoso na estratégia saúde da família: atuação do enfermeiro durante o envelhecimento ativo. **Revista Interdisciplinar**, v.8, n. 4, p. 99-108, 2015.

CARNAÚBA, C.M.D.; SILVA, T.D.A.; VIANA, J.F.; ALVES, J.B.N.; ANDRADE, N.L.; FILHO, E.M.T. Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.20, n.3, p. 353-363, 2017.

CHAVES, Márcia LF. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. **Rev Bras Hipertens**, v. 7, n. 4, p. 372-82, 2000.

COELHO, R. E.; SACERDOTE, S. D.; CARDOSO, S. T. L.; BARRETO, S. C. M. R.; SOUZA, C. R. Perfil sociodemográfico e necessidades de educação em saúde entre cuidadores de idosos em uma unidade de saúde da família em Ilhéus, Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.8, p.172-179, 2013.

DANTAS, T.M.; RODRIGUES, L.B.; SANTOS, W.S.; DIAS, J.C.; SANTANA, N.M.; LIMA, I.C.V. Percepções e vivências de cuidadores familiares de idosos acamados. **Revista Brasileira de Promoção a Saúde**, v.28, n.3, p.411-417, 2015.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.46, n.6, p.1494-1502, 2012.

GONÇALVES, H. T. L.; LEITE, M. T.; HILDEBRANDT, M. L.; BISOGNO, C. S.; BIASUZ, S.; FALCADE, L. B. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.16, n.2, p.315-325, 2013.

GOTTLIEB, Maria GV; BONARDI, Gislaine; MORIGUCHI, EMÍLO H. Fisiopatologia e aspectos inflamatórios da aterosclerose. **Scientia Medica**, v. 15, n. 3, p. 203-7, 2005.

MENDES, C. K. **Representações sociais dos trabalhadores de saúde da atenção básica sobre envelhecimento e o atendimento ao idoso**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (doutorado), Centro de ciências da Saúde, Programa de Pós- Graduação em Ciências as Saúde, 2011.

OLIVEIRA, M. F. **Metodologia Científica**: um manual para a realização de pesquisas em administração. 1. ed. Catalão, 2011.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Resumo**: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Brasília (DF): MS, 2015.

PEREIRA, L.C.; FIGUEIREDO, M.L.F.; BELEZA, C.M.F.; ANDRADE, E.M.L.R.; SILVA, M.J.; PEREIRA, A.F.M. Fatores preditores para a incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.70, n.1, p.106-112, 2017

PEREIRA, R.A.; SANTOS, E.B.; FHON, J.R.S.; MARQUES, S.; RODRIGUES, R.A.P. Sobrecarga de cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Rev Escola Enfermagem USP**, v. 47, n.1, p.185-92, 2013.

PILGER, C.; DIAS, J. F.; KANAWAVA, C.; BARATIERI, T.; CARREIRA, L. Compreensão sobre o envelhecimento e ações desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção primária à saúde. **Ciência y Enfermería**, v.19, n.1, p.61-73, 2013.

SANTOS, A.C.; SILVA, J.O.M.; MAKUCH, D.M.V.; MATIA, G.; ROZIN, L. Sobrecarga do cuidador familiar do idoso dependente. **Espaço para a Saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná**. v.18, n.2, p.55-62, 2017.

SCHNEIDER, N.; PAVIN, R. As relações de gênero e a feminização da velhice. **Diálogo**, n. 48, p. 1-9, 2021.

SOUZA, J. O.; OLIVEIRA B. C.; SOUZA, V. L.; FIGUEIRAS, S. R. D.; BASTOS, A. D. A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em usuários acamados assistidos em uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 3, p. 292-300, 2016.

ENVELHECIMENTO LGBTQIAP+

Data de aceite: 03/04/2023

Cleiton Pereira de Oliveira

<https://orcid.org/0009-0001-7750-2995>

Joana Túcia David Kaindongongo

<https://orcid.org/0009-0001-9120-6324>

RESUMO: O estudo teve como objetivo investigar o envelhecimento LGBTQIAP+ e as políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil para auxiliar no envelhecimento saudável dessa população. Foi realizada uma revisão bibliográfica em bases de dados eletrônicas de artigos publicados nos últimos cinco anos. A metodologia consistiu na seleção de artigos que abordaram os temas envelhecimento, LGBTQIAP+ e políticas públicas de saúde no SUS. Os achados importantes destacam a necessidade de políticas públicas específicas para a população LGBTQIAP+ idosa, considerando suas demandas e necessidades específicas. Além disso, o estudo aponta a importância da atenção primária à saúde como um ponto de partida para o cuidado dessas pessoas, garantindo o acesso a serviços de saúde inclusivos e respeitosos com a diversidade sexual e de gênero. Conclui-se que a falta de políticas públicas e serviços de saúde

inclusivos pode comprometer a saúde e o bem-estar dessa população, ressaltando a necessidade de se avançar na construção de políticas e serviços de saúde adequados para o envelhecimento LGBTQIAP+ no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Idoso, Saúde LGBTQIAP+, políticas públicas, atenção primária, Envelhecimento LGBTQIAP+.

ABSTRACT: The study aimed to investigate LGBTQIAP+ aging and the public health policies of the Brazilian Unified Health System (SUS) to assist in the healthy aging of this population. A literature review was conducted on electronic databases of articles published in the last five years. The methodology consisted of selecting articles that addressed the themes of aging, LGBTQIAP+, and public health policies in SUS. Important findings highlight the need for specific public health policies for the elderly LGBTQIAP+ population, considering their specific demands and needs. Additionally, the study emphasizes the importance of primary healthcare as a starting point for the care of these individuals, ensuring access to inclusive and respectful health services for sexual and gender diversity. It is concluded

that the lack of inclusive public health policies and services can compromise the health and well-being of this population, highlighting the need to advance in the construction of adequate health policies and services for LGBTQIAP+ aging in Brazil.

KEYWORDS: Elderly Health, LGBTQIAP+ Health, Public Policies, Primary Health Care, LGBTQIAP+ Aging.

INTRODUÇÃO

O tema do envelhecimento da população LGBTQIAP+ tem ganhado cada vez mais destaque nas últimas décadas devido aos desafios únicos e específicos enfrentados por essa população durante o processo de envelhecimento. Acesso limitado à saúde, moradia, trabalho e serviços de apoio, bem como a discriminação e preconceito, podem ter efeitos negativos na saúde física e mental dessa população.

Uma questão importante é a definição de “idoso” para a população LGBTQIAP+. Embora a idade de 60 ou 65 anos seja comumente utilizada para definir uma pessoa como idosa, alguns pesquisadores e ativistas argumentam que a partir dos 50 anos já se pode considerar uma pessoa idosa no contexto da população.

Por isso, é essencial desenvolver políticas públicas específicas para essa população que levem em conta suas necessidades e desafios. A atenção primária à saúde é fundamental para garantir um envelhecimento saudável e inclusivo, oferecendo serviços de prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças crônicas, bem como serviços de apoio social e psicológico. O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser um importante aliado nesse processo.

No entanto, ainda existem muitos desafios a serem superados, como a falta de capacitação dos profissionais de saúde em relação a essa população, a falta de políticas de inclusão nas instituições de saúde e a falta de recursos. Além disso, a participação dos grupos LGBTQIAP+ na construção e implementação de políticas públicas é fundamental para garantir que essas políticas reflitam as necessidades e desafios específicos.

Por isso, é fundamental realizar mais estudos e pesquisas sobre o envelhecimento dessa população e suas necessidades, bem como desenvolver políticas públicas específicas e programas de capacitação para os profissionais de saúde. Somente assim poderemos garantir um envelhecimento mais saudável e digno para a população LGBTQIAP+.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a elaboração deste artigo foi uma revisão bibliográfica, realizada a partir da consulta de artigos científicos, livros, documentos governamentais e relatórios de organizações não governamentais sobre o tema do envelhecimento LGBTQIAP+. Foram utilizadas as bases de dados Scielo, PubMed, Medline e Lilacs, assim como fontes governamentais como o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional

dos Direitos da Pessoa Idosa. A pesquisa foi realizada entre os meses de janeiro e março de 2023 e utilizou palavras-chave como “envelhecimento LGBTQIAP+”, “saúde da pessoa idosa LGBTQIAP+” e “políticas públicas para LGBT idosos”. Foram selecionados artigos publicados a partir do ano de 2018, em português. A seleção dos artigos foi feita a partir da leitura dos títulos e resumos, e os artigos que abordavam o tema de forma mais abrangente e com maior relevância foram selecionados para a elaboração do artigo.

Além da revisão bibliográfica, foram consultados também documentos e relatórios governamentais e de organizações não governamentais sobre políticas públicas para a população idosa LGBTQIAP+. Foram avaliados também dados sobre a oferta de serviços de saúde e acolhimento específicos para essa população, bem como a formação e capacitação dos profissionais de saúde para lidar com questões relacionadas ao envelhecimento LGBTQIAP+.

A partir da análise dessas fontes, foram identificadas lacunas nas políticas públicas voltadas para a população idosa LGBTQIAP+, bem como na oferta de serviços de saúde e acolhimento específicos. Foram encontrados poucos programas e serviços específicos para essa população, e muitos profissionais de saúde não estavam capacitados para lidar com as particularidades do envelhecimento LGBTQIAP+.

Os resultados apontam para a necessidade de se desenvolverem políticas públicas específicas para a população idosa LGBTQIAP+, com o objetivo de garantir o acesso à saúde e acolhimentos adequados e promover a inclusão social. Essas políticas devem incluir ações de capacitação dos profissionais de saúde, bem como a criação de serviços e programas específicos para essa população, visando promover a equidade e a justiça social.

RESULTADO E DISCUSSÃO

O envelhecimento é um processo natural e inevitável que traz consigo diversas mudanças biológicas, sociais e psicológicas. No entanto, para a população LGBTQIAP+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais/Transgêneros/Travestis, Queer, Intersexual, Assexual, Pansexual), envelhecer pode ser uma experiência ainda mais desafiadora devido à discriminação e preconceito enfrentados ao longo da vida.

Com o aumento da expectativa de vida, é cada vez mais necessário que políticas públicas e serviços de saúde estejam preparados para atender a esse grupo de forma adequada e respeitosa, garantindo um envelhecimento saudável e com qualidade de vida. Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser um importante aliado na promoção da saúde e bem-estar da população.

No entanto, apesar dos avanços na legislação e políticas públicas voltadas para essa população, ainda há muitos desafios a serem superados. A discriminação e o preconceito continuam sendo uma realidade, e muitas vezes os idosos enfrentam barreiras ao acesso

a serviços de saúde, moradia e assistência social.

Essa população enfrenta um quadro de exclusão e invisibilidade social, sendo frequentemente negligenciadas por políticas públicas e serviços de saúde. Além disso, o estudo apontou que esse grupo de idosos apresenta maior risco de desenvolver doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares, bem como transtornos mentais, em decorrência da discriminação e do preconceito.

Nesse contexto, a atenção primária à saúde desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas nessa população. A atenção primária é o primeiro nível de atendimento no SUS e inclui serviços de prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças crônicas, bem como serviços de apoio social e psicológico.

Para garantir um atendimento adequado e respeitoso à população idosa LGBTQIAP+, é necessário que os profissionais de saúde estejam capacitados para lidar com as especificidades dessa população, o que inclui o conhecimento sobre as demandas de saúde e o respeito à diversidade sexual e de gênero.

A capacitação dos profissionais de saúde é um desafio importante, já que muitos deles ainda apresentam preconceitos e discriminação em relação a essa população. Muitos profissionais de saúde não se sentem preparados para lidar com a diversidade sexual e de gênero, e a falta de capacitação é um dos principais obstáculos para um atendimento de qualidade para essa população.

Além disso, a falta de políticas públicas específicas para a comunidade também é um desafio importante.

Para criar políticas públicas efetivas para a população LGBTQIAP+ idosa, é fundamental levar em consideração, suas necessidades específicas e a forma como a discriminação e exclusão social podem afetá-los negativamente. Algumas possíveis políticas públicas incluem:

Promoção de um ambiente acolhedor e seguro: É importante que os serviços de saúde sejam sensíveis à diversidade de orientações sexuais e identidades de gênero, para que os idosos LGBTQIAP+ se sintam confortáveis em buscar atendimento. Isso pode ser feito por meio da criação de espaços seguros e acolhedores, bem como pelo desenvolvimento de protocolos de atendimento específicos para essa população.

Inclusão da população LGBTQIAP+ nos programas de saúde pública: É importante incluir a população idosa nos programas de saúde pública, existentes, para garantir que eles tenham acesso aos cuidados de saúde adequados. Isso pode incluir campanhas de prevenção de doenças, rastreamento de doenças crônicas, vacinação e acesso a medicamentos de forma gratuita ou subsidiada.

Incentivo à pesquisa sobre o envelhecimento LGBTQIAP+: O objetivo de aprimorar o conhecimento científico e contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas mais efetivas.

Criação de programas de moradia acessíveis e inclusivos para idosos

LGBTQIAP+: Levar em consideração as suas necessidades específicas, incluindo a possibilidade de escolha de moradia compartilhada com outras pessoas LGBT. **Inclusão da temática LGBTQIAP+ nos currículos escolares:** Antecipar os abordados assuntos relacionados à diversidade sexual e de gênero, combatendo o preconceito e a discriminação.

Além disso, é importante garantir que os idosos tenha acesso a serviços de moradia adequada e seguras. Muitas vezes, os idosos enfrentam dificuldades em encontrar moradias seguras e acessíveis que respeitem sua identidade de gênero e orientação sexual. Políticas públicas que incentivem a criação de moradias específicas para essa população podem ajudar a garantir um envelhecimento digno e respeitoso.

É fundamental garantir que a população tenha acesso a serviços de assistência social, adequados e que levem em consideração, suas necessidades específicas. Isso inclui serviços de apoio psicológico e emocional, bem como serviços de cuidado e suporte em casos de vulnerabilidade ou necessidade de cuidados intensivos. O desenvolvimento de políticas públicas e serviços de assistência social que sejam sensíveis à diversidade sexual e de gênero é essencial para garantir um envelhecimento saudável e com qualidade de vida para esse grupo de idosos.

É fundamental que políticas públicas e serviços de saúde estejam preparados para atender a essa população de forma adequada e respeitosa, garantindo um envelhecimento saudável e com qualidade de vida. Isso inclui a capacitação de profissionais de saúde, a promoção de um ambiente acolhedor e seguro, a inclusão da população LGBTQIAP+ nos programas de saúde pública, o combate à discriminação e exclusão social, o fomento à pesquisa sobre o envelhecimento dessa população em específico e o acesso a serviços de moradia e assistência social, adequados e sensíveis à diversidade sexual e de gênero.

CONCLUSÃO

Com base nos estudos apresentados, é evidente que a população LGBTQIAP+ enfrenta desafios significativos durante o processo de envelhecimento, agravados pela discriminação, invisibilidade e exclusão social. O estigma associado à orientação sexual e à identidade de gênero pode ter um impacto negativo na saúde física e mental desses indivíduos, além de dificultar o acesso a serviços de saúde adequados.

Para garantir que os idosos recebam cuidados de saúde adequados e integrais, a atenção primária à saúde é essencial. É crucial promover um ambiente acolhedor e seguro nos serviços de saúde, para que esses indivíduos se sintam confortáveis em buscar atendimento e recebam tratamentos culturalmente competentes e sensíveis.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem o potencial de fornecer acesso a cuidados de saúde de qualidade para todos os cidadãos, independentemente de sua orientação sexual

ou identidade de gênero. No entanto, é fundamental que os profissionais de saúde sejam humanizados e conscientizados para atender às necessidades específicas da população e para lidar com questões relacionadas à discriminação e exclusão social.

Além disso, é preciso que o SUS invista em políticas públicas voltadas à promoção da equidade e da inclusão social da população LGBTQIAP+. Isso inclui a implementação de medidas para combater o preconceito e a exclusão social, bem como para garantir que essa população tenha acesso a serviços de saúde de qualidade e integral.

Investir na capacitação dos profissionais de saúde é essencial para garantir que o SUS possa atender às necessidades específicas de todas as populações, incluindo a LGBTQIAP+. Além disso, é importante que o SUS esteja equipado com recursos e tecnologias avançadas para oferecer diagnósticos precisos e tratamentos eficazes.

É necessário que as políticas públicas sejam direcionadas para esse grupo específico, levando em consideração as suas necessidades e desafios. Isso inclui a promoção de campanhas de conscientização e a criação de programas de prevenção e tratamento de doenças que afetam especialmente essa população, como HIV/AIDS e câncer de mama em homens trans.

É importante que o SUS trabalhe em parceria com organizações e movimentos sociais LGBTQIAP+ para garantir que as políticas e programas implementados sejam sensíveis à diversidade de orientações sexuais e identidades de gênero, respeitando os direitos e a dignidade desses indivíduos.

Para potencializar o SUS e garantir que a população LGBTQIAP+ tenham acessos aos cuidados de saúde adequados e integrais, é necessário investir na capacitação dos profissionais de saúde, direcionar as políticas públicas para atender às necessidades específicas dessa população e trabalhar em parceria com organizações e movimentos sociais da comunidade.

Portanto, é essencial que políticas públicas sejam implementadas para garantir que idosos tenham acesso a serviços de saúde de qualidade, sensíveis à diversidade de orientações sexuais e identidades de gênero. Além disso, é importante combater o preconceito e a exclusão social, para que esses indivíduos possam envelhecer de maneira saudável e com dignidade.

REFERÊNCIAS

1. Lima AM, Nascimento RT, Cazelli CM, Carvalho TGF. Atributos da Atenção Primária à Saúde e ferramentas de medicina de família no atendimento às diversidades sexual e de gênero: Relato de caso. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2019;14(41):1785. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1785](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1785)
2. Guimarães NP, Sotero RL, Cola JP, Antonio S, Galavote HS. Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde [Internet]*. 26º de junho de 2020 [citado 27º de fevereiro de 2023];14(2). Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1712>

3. Ferreira BO, Bonan C. Vários tons de “não”: relatos de profissionais da Atenção Básica na assistência de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTT). *Interface (Botucatu)*. 2021; 25: e200327 <https://doi.org/10.1590/interface.200327>
4. Silva AAC, Silva-Filho EBS, Lobo TB, Sousa AR, Almeida MVG, Almeida LCG, et al. Produção do cuidado de enfermagem à população LGBTQIA+ na atenção primária. *REVISA*. 2021; 10(2): 291-303. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p291a303>
5. Borges FA. O essencial e invisível aos olhos: a atenção à saúde de minorias sexuais e de gênero. *Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]*. 2022 [acesso em: ____]; 11(2):e202242. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v11i2.6482>
6. Ferreira B de O, Pereira EO, da Rocha MB, do Nascimento EF, Albuquerque AR de S, Almeira MM e S, Pedrosa JI dos S. “Não tem essas pessoas especiais na minha área”: saúde e invisibilidade das populações LGBT na perspectiva de agentes comunitários de saúde. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde [Internet]*. 13º de setembro de 2019 [citado 27º de fevereiro de 2023];13(3). Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1733>
7. Oliveira GS, Nogueira JA, Costa GPO et al. SERVIÇOS DE SAÚDE PARALÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS E TRAVESTIS/TRANSEXUAIS <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a237014p2598-2609-2018>

IDOSOS E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PCD): A EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO (UX) E A ACESSIBILIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE, UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Data de aceite: 03/04/2023

Rúbia da Silva Rodrigues

Universidade Federal de Ciências da
Saúde de Porto Alegre
Curso de Gestão em Saúde

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), como parte das exigências para a obtenção do título de **bacharela em Gestão em Saúde**. Orientadora: Prof. Dra. Cláudia Libânio

RESUMO: O uso de tecnologia tem se tornado primordial para a qualificação e eficiência dos serviços de saúde. Cada vez mais, os serviços de saúde acompanham o seu público por meio da utilização de aplicativos, sites, blogs, atendimentos atualizados tanto no ambiente quanto na tecnologia, a fim de tornar o público cada vez mais próximo. O desafio de entender como a UX funciona na saúde é perceber limitações ligadas a acessibilidade e tecnologia, compreendendo quais as relações da acessibilidade com a experiência do usuário. Após analisar o total de 1256 artigos, por uma revisão sistemática de literatura, foram selecionados 32 estudos para leitura

na íntegra, sendo 20 selecionados da plataforma Pubmed e 12 da plataforma Wiley. Como resultado, poucos artigos abordaram de forma centrada o paciente idoso e as pessoas com deficiência, mesmo visando eles como a parte mais importante do processo. Toda e qualquer mudança na saúde é uma trajetória longa, mas que trará muitos benefícios e qualificações para o usuário. Essa pesquisa teve o intuito de levantar e problematizar como a acessibilidade ao idoso e às PcDs melhora a segurança e qualidade de vida desses pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Experiência do Usuário. Acessibilidade. Inclusão. Idoso. Pessoas com deficiência.

ABSTRACT: The use of technology has become essential for the qualification and efficiency of health services. Increasingly, health services accompany their public through the use of applications, websites, blogs, updated services both in the environment and in technology, in order to bring the public closer and closer. The challenge of understanding how UX works in healthcare is to perceive limitations linked to accessibility and technology, understanding the relationships between accessibility and

the user experience. After analyzing a total of 1256 articles through a systematic literature review, 32 studies were selected for full reading, 20 of which were selected from the Pubmed platform and 12 from the Wiley platform. As a result, few articles focused on the elderly patient and people with disabilities, even considering them as the most important part of the process. Each and every change in health is a long journey, but one that will bring many benefits and qualifications to the user. This research aimed to raise and discuss how accessibility to the elderly and PwDs improves the safety and quality of life of these patients.

KEYWORDS: User Experience. Accessibility. Inclusion. Elderly. Disabled people.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos

HCD - human centered design ou design centrado no humano

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IU - interface do usuário

KHU - Universidade Kyung Hee

OMPI - Organização Mundial da Propriedade Intelectual

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PcD - Pessoas com deficiência

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNADPD - Política Nacional de Alfabetização Digital das Pessoas com Deficiência

PNH - Política Nacional de Humanização

RSL - Revisão Sistemática de Literatura

SUS - Sistema Único de Saúde

UCD - User Centered Design ou design centrado no usuário

UFJF - Universidade Federal de Juiz de Fora

UTI - Unidade de Tratamento Intensivo

UX - User Experience ou experiência do usuário

1 | INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, a saúde é um dos grandes pilares da humanidade. No Brasil, pode-se acessar os cuidados de saúde através do SUS, por exemplo, ou do sistema privado, a partir de planos de saúde. De acordo com o acesso livre ao Portal da Transparência¹ do Governo Federal, foi possível analisar os investimentos realizados na saúde, de 2018 a 2021, conforme a CGU, órgão que lançou o portal, pontua assim um aumento tanto no seu orçamento atualizado quanto no total de despesas. Em 2021, o orçamento atualizado para as áreas de atuação da saúde foi em R\$189,41 bilhões e seu total de despesas em R\$ 161,44 bilhões. Por conta da pandemia da covid-19, o portal mostra que as áreas que mais receberam recursos foram a assistência hospitalar e

¹ O site pode ser acessado pelo link: <https://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2021>.

ambulatorial (R\$ 70.324.359.935,58) seguida da atenção básica (R\$33.283.230.599,41). No Ciclo de Debates Pré-Congresso EPI 2021, organizado pela Abrasco, descrito no site da Fiocruz, Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor-geral da OMS fala:

“o Brasil tem uma longa e forte tradição em sistemas de saúde. Ainda que a pandemia castigue o país, ela também demonstra que saúde pública não é custo, mas sim investimento em estabilidade social, política e econômica. Vocês lutaram com convicção para afirmar que saúde é um direito humano, e não um privilégio, inscrevendo-o na Constituição” (MARQUES, 2020)².

Assim, devido ao grande número de casos e mortes pela pandemia, foi necessário reavaliar alguns processos de serviços utilizados na saúde. Uma das exigências de proteção definida pela OMS é a utilização de máscara, álcool em gel, lavagem de mãos e distanciamento social. Com a reavaliação de métodos, foi criado o recurso digital e tecnológico: a telemedicina ou telessaúde, a fim de melhorar os atendimentos ao público e, ao mesmo tempo, preservar sua saúde – visto que o recurso pode ser acessado pelo celular – mantendo dessa forma os mínimos cuidados essenciais da saúde. Desse modo, concordamos com Harzheim et.al. (2018), quando aborda que a telemedicina pode ser vista como uma ferramenta inovadora e disruptiva, deixando práticas tradicionais para o passado, visto que se apoia de forma construtiva os três objetivos do sistema de saúde, são eles: maior satisfação do usuário, maior qualidade do cuidado e menor custo. Por conta do uso de tecnologias de informação as quais agregam qualidade e informação. Mas é preciso cautela na implementação dessa ferramenta, visando especialmente, o paciente e os profissionais da saúde, capacitando-os de forma a não perderem os valores essenciais de cuidado e acessibilidade, como: a atenção, a empatia, a escuta ativa, entre outras situações das práticas médicas.

Com a nova valorização do cuidado, foi introduzido o conceito de Design³ Centrado no Usuário (*user centered design - UCD*) ou no Humano (*human centered design - HCD*). Segundo Bazzano, et al. (2017) o conceito surgiu de uma pesquisa interdisciplinar em que abordava a área da Psicologia com a Inteligência Artificial, mostrando o quão conectado está com a cultura. O UCD é observado no mundo tecnológico como um projeto iterativo que busca compreender as reais necessidades dos usuários, utilizando formas de entender e investigar fatos de diferentes contextos e problemas que aparecem. Nas palavras de Felipe Melo Guimarães⁴, fundador da escola Aela⁵ em seu artigo para o site Medium⁶,

2 O site pode ser acessado pelo link: <https://www.fiocruzbrasil.org.br/saude-publica-nao-e-custo-mas-sim-investimento-em-estabilidade-social-politica-e-economica/>

3 De acordo com Heskett (2008), o design é visto como um plano desenvolvido pelo homem ou um esquema que possa ser realizado, um objeto das artes aplicadas ou que seja útil para a construção de outras obras mais tarde ele começa a ser relacionado ao design industrial (produção de peças).

4 Mais sobre o autor: <https://www.linkedin.com/in/felipemeloguimaraes/?originalSubdomain=cz>

Artigo escrito na íntegra: O que é Design Centrado no Usuário? | by Felipe Melo Guimarães | Aela.io | Medium.

5 Aela é uma plataforma de educação online sobre design, fundada em Londres, ao qual tem o objetivo de aprimorar a qualidade de vida das pessoas através do design e da inovação. Disponível em: <https://aelaschool.com/sobre/>

6 Medium é uma plataforma híbrida online para publicação de jornalismo social, fundada em agosto de 2012 pelo co-fundador do Twitter Evan Williams. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Medium_\(site\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Medium_(site)) | <https://medium.com/about?autoplay=1>

plataforma colaborativa de jornalismo social.

Em um estudo realizado pelo (IBGE, 2020) – figura 1 -, a população idosa nesse período correspondia à 14,26%, sendo 6,29% homens e 7,97% mulheres, com idade acima dos 60 anos.

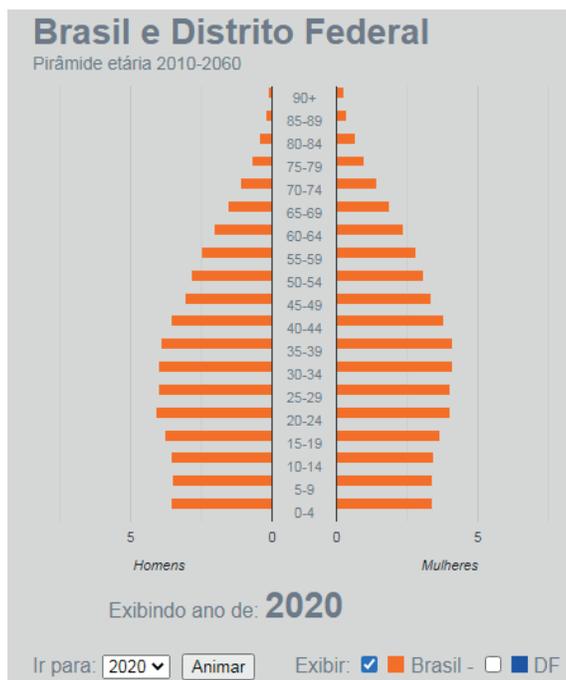


Figura 1: Porcentagem da população idosa, em 2020, acima dos 60 anos de idade: Brasil e DF.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020).

Já os dados coletados no censo de 2010⁷, do IBGE, indicara que pelo menos 20% da população possui alguma dificuldade e/ou deficiência, sendo que esse público pode ter mais de uma deficiência, conforme imagem abaixo:

7 Os Censos Demográficos são a única forma de informação sobre a situação de vida da população em cada um dos municípios e localidades do País. As demais pesquisas domiciliares são levantamentos por amostragem, que não são representativas para todos esses níveis geográficos. A periodicidade da pesquisa é decenal, excetuando-se os anos de 1910 e 1930, em que o levantamento foi suspenso, o ano de 1990, quando a operação foi adiada para 1991, e o ano de 2020, em que a coleta foi adiada por conta da pandemia de covid-19.

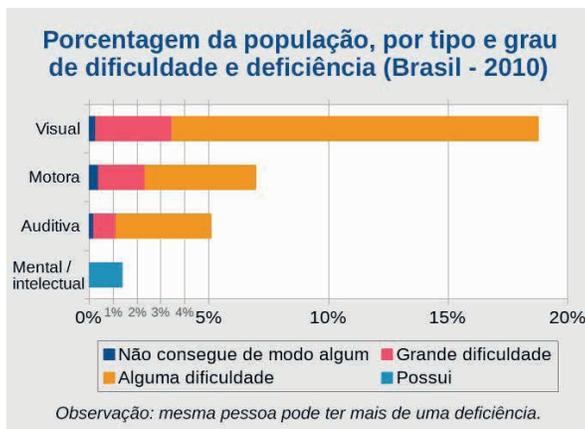


Figura 2: Porcentagem da população por tipo e grau de dificuldade e deficiência.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Os dados tornam concreta a preocupação com a situação, permitindo que, a partir deles, hábitos sejam mudados em relação à experiência do paciente no mundo da saúde. Apurar o olhar em relação às necessidades de ambos os públicos é necessário, pois eles enfrentam dificuldades diariamente, e não só na saúde.

Copetti, da Rosa e Tonetto (2021) trazem reflexões que reforçam nosso objetivo de compreensão a respeito do bem-estar e como a inclusão social está diretamente ligada à acessibilidade. De certa forma, a população, em meio a esse novo cenário, experimentou novas barreiras, novos modos de acessibilidade e novas formas de se relacionar, tais como: a inquietude ao utilizar máscara para poder se comunicar; transmissões via telejornais em que os apresentadores usam máscara e não é possível compreender sua fala, pois não há um tradutor de libras (como as pessoas surdas); o contato físico para pessoas mais velhas é essencial para manter a sanidade mental e seu bem-estar, estar frequentemente amparado por quem ama é importante em nosso cotidiano e o público idoso, por vezes, apresenta resistência no aprendizado das tecnologias e acabam enfrentando barreiras de comunicação, deixando-os longes de seu ciclo social. Essas barreiras são algumas das que foram investigadas neste trabalho.

A reportagem publicada pela UFJF exhibe aspectos que contribuem para o adoecimento de idosos. Um deles é o peso da infodemia⁸. Segundo KITAMURA (2022) relata nessa pesquisa: “os idosos estão mais expostos à infodemia pelo fato de, muitas vezes, não conseguirem processar e entender a profusão de notícias, e nem sempre possuírem habilidade no uso de tecnologias digitais. Tudo isso pode impactar a saúde mental desses indivíduos”. Em complemento ao uso de tecnologias Leite (2022) também aborda que: “um dos impactos negativos na saúde mental dos idosos neste período de

8 A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza o neologismo como “um excesso de informações, algumas precisas e outras não, que dificultam encontrar fontes idôneas e orientações confiáveis quando se precisa”.

pandemia foi o distanciamento social, que reforçou a necessidade de redes de contato cada vez mais intensas com a sociedade”. Esses relatos mostram a atenção ao cuidado na publicação e repasse de informações, considerando essa parcela da população que não tem a mesma absorção e compreensão, quando lido, por exemplo, a respeito do número de óbitos da pandemia.

Da mesma forma, pessoas com deficiência também são afetadas. Conforme estudo do Banco Mundial, esse grupo foi afetado significativamente em áreas como: bem-estar, pois, alguns deles por não terem acesso à saúde, passaram a apresentar agressividade com o grupo familiar; renda familiar, por não terem condições de conseguir uma vaga no mercado de trabalho; alimentação, por não terem renda suficiente para se alimentarem de forma adequada; e, oportunidades de emprego para familiares que possuem pessoas com deficiência na família, pois essas pessoas tendem a ter uma maior responsabilidade doméstica.

Mesmo que existam obstáculos, também possuímos notícias positivas em relação à implementação de tecnologia no tratamento de pacientes idosos. Como é o caso do Hospital de Curitiba, ao utilizar óculos de realidade virtual para reabilitar pacientes internados na UTI, de acordo com o site da UOL.

Em contrapartida, há uma dificuldade para encontrar notícias a respeito do uso de tecnologias em pacientes PcD, mas há muitas iniciativas segundo a Agência Câmara de Notícias, o Projeto de Lei 2686/21: cria a Política Nacional de Alfabetização Digital das Pessoas com Deficiência (PNADPD), visando garantir o letramento digital e o desenvolvimento de competências digitais às pessoas com deficiência de escolas da rede pública de ensino. Uma afirmação que colabora com a construção de um entendimento em relação a isso é a fala do diretor-geral da OMPI - uma agência da ONU: “as pessoas com deficiência se apoiam há muito tempo nas novas tecnologias para ganhar independência e interagir melhor com seu entorno”.

Assim, novos processos e métodos traçados para utilização de novas tecnologias são questões importantes em pauta no mundo e devem ser observados para colaborar fortemente com a experiência do usuário. Percebe-se que a experiência está ligada a alguns aspectos, tais como: em como ele se sente, o quão inserido na experiência ele estava, e até mesmo o quanto o processo criado notou e pensou nesse público-alvo. Pensando nisso, logo, a PNH, criada pelo Ministério da Saúde em 2003, conhecido como HumanizaSUS⁹⁻¹⁰,

9 Projeto Rondon: é um projeto desenvolvido pelas universidades em parceria com o Ministério da Defesa, ao qual tem o propósito contribuir com o desenvolvimento da cidadania nos estudantes universitários, empregando soluções sustentáveis para a inclusão social e a redução de desigualdades regionais e visando ao fortalecimento da Soberania Nacional. O Projeto Rondon não substitui a ação dos órgãos de governo nos seus diferentes níveis. O benefício do Projeto possa trazer para uma comunidade é decorrente da disponibilização de projetos autossustentáveis que atendem às demandas locais e que não dependam de atores externos às comunidades após a sua implantação.

10 Esta pesquisadora pôde pôr em prática o Humaniza SUS, em uma oficina realizada com a população do Piauí, da cidade de Novo Santo Antônio, através do projeto de extensão: *Projeto Rondon, lição de vida e cidadania, Operação Parnaíba*. Na oficina foram desenvolvidos a ideia de inclusão e empatia no conceito coletivo e sem individualizações, estimulando o processo de capacitação de equipe para que a ideia seja atingida com sucesso e o público-alvo se torne multiplicador desse conhecimento. Público alvo: Profissionais de saúde pública (agentes comunitários, enfermeiros,

estimula a pôr em prática os princípios do SUS e incentiva a comunicação entre gestores, equipe e usuários, apostando na inclusão em diferentes processos e cuidados.

Conforme Rocha (2020, grifos da autora):

[...]Os pacientes nos dão pistas sobre até onde querem que a gente vá. Muitas vezes eles não querem saber de tudo. Eles têm o seu tempo, e é um tempo diferente do nosso [...]. **Cuidado é singular. Como as pessoas também são** [...]. No começo da minha caminhada como médica, eu pensava que humanizar era uma questão de intenção. Bastava querer cuidar. De fato, esse é um ingrediente muito importante, mas é só um [...].

Nesse sentido, a médica aborda a humanização com aspectos positivos e negativos descritos acima, e compreende que o espaço do usuário e da trajetória da equipe (médico, enfermeiro, etc.) é imprescindível para tornar o cuidado como igual. Dessa maneira, o grande desafio de entender como a UX funciona na saúde é perceber essas limitações de acessibilidade, com a tecnologia. Espera-se, portanto, trocar cada vez mais informações entre os serviços de saúde, com o propósito de ver os usuários como eles devem ser vistos quando buscarem o cuidado e apoio na saúde.

2 | QUESTÃO DE PESQUISA

O Brasil é vasto e diversificado quando se fala de população. Segundo o boletim especial do DIEESE, nosso país é constituído por 210,1 milhões de brasileiros. Desse total, 34 milhões eram idosos no quarto trimestre de 2019 conforme a PNAD do IBGE, representando assim 16,2% do total. Em contrapartida, de acordo com dados levantados, também em 2019, pelo IBGE, ao menos 45 milhões de pessoas têm alguma deficiência, quase 25% da população do país, sendo assim, uma grande parcela da população.

Atualmente, por termos diversas diferenças, muitas vezes não conseguimos tornar o ambiente, equipamento e até mesmo o sistema, algo de acesso universal, e as pessoas acabam por enfrentar dificuldades, encontrando obstáculos que a própria idade e condições de saúde trazem, aliados ao contexto social, aprendizado, entre outros

Conforme o DIEESE, é considerado idoso os indivíduos que possuem faixa etária acima de 60 anos. Assim como, pessoas com deficiências, de acordo com a Lei nº13.146, art nº2:

[...] aquelas que têm impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou *sensorial, os quais, em interações com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas.

À vista disso, o uso de tecnologias tem se tornado primordial para a qualificação e eficiência dos serviços de saúde. Cada vez mais, os serviços e produtos de saúde acompanham o seu público por meio da utilização de aplicativos, sites, blogs, atendimentos atualizados tanto no ambiente quanto na tecnologia, de modo a tornar o público cada vez

médicos e técnicos de enfermagem, etc.)

mais próximo.

Por isso, estudar sobre experiência do usuário (*UX - user experience*) transformou-se em um aspecto importante para compreender todos os pontos positivos e negativos dessa jornada. Com essa pesquisa, espera-se ampliar a compreensão e formar um pensamento crítico acerca do design na experiência de pacientes idosos e PcD, melhorando não só a experiência desses usuários como a sua qualidade de vida.

À vista disso, escolher o tema de experiência do usuário para concluir um percurso acadêmica trouxe uma visão e um pensamento reflexivo construído, ao longo de 4 anos, através de leituras e questionamentos. Por exemplo: Constantemente, todos somos usuários? Independentemente de ser da área da saúde ou não, mas trazendo para a área de estudo escolhida, reflete-se sobre o usuário, de que ele não é apenas quem utiliza o sistema, como também quem presta o serviço. Nesse caminho, direciono¹¹ essa pesquisa especialmente para o público-alvo de idosos e PcDs, visto que ao longo da minha caminhada acadêmica e profissional observei um relacionamento na saúde, muito gasto, em que a maioria tinha muito a dizer e a contribuir, porém, poucos estavam aptos a principalmente escutá-los, apenas se presumia segundo probabilidades o que era o melhor para eles. Após o contato direto com pessoas com deficiência e idosos, em uma disciplina de inclusão e acessibilidade na Universidade, foi necessário treinar a escuta e o olhar para entender o que eles tinham a nos dizer e por que havia tão pouco registro sobre isso. Assim, enquanto pesquisava e analisava as evidências questionava-me: por qual motivo as diferenças segregam? Por que para pensar no todo, pensamos na minoria? Por que esse público não é contemplado, a nível de acessibilidade, principalmente na saúde, sendo os grandes utilizadores desses serviços?

Logo, para dar o primeiro passo foi definido o foco central desta pesquisa abrangendo a seguinte questão: *Como a acessibilidade nos serviços de saúde está relacionada com a experiência do usuário idoso e de pessoas com deficiência?*

3 | OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender quais as relações da acessibilidade com a experiência do usuário para o público idoso e pessoas com deficiência, na literatura.

3.2 Objetivos Específicos:

- Mapear as relações, bem como os aspectos positivos e negativos encontrados na literatura sobre acessibilidade, design e experiência de usuários com deficiência e idosos;

¹¹ Peço licença a banca para mencionar o percurso acadêmico em primeira pessoa.

- Identificar como o design se relaciona e colabora com a acessibilidade na percepção e na experiência dos usuários idosos e com deficiência em serviços de saúde.

4 | METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida utilizando uma revisão sistemática de literatura, ao qual, duas pesquisadoras¹² analisam de forma criteriosa as bases de dados, empregando a metodologia de PRISMA¹³. Para Donato (2019) a RSL é

[...] Uma investigação científica menos dispendiosa, é um artigo de investigação com métodos sistemáticos pré-definidos para identificar sistematicamente todos os documentos relevantes publicados e não publicados para uma questão de investigação, avalia a qualidade desses artigos, extrai os dados e sintetiza os resultados.

Nesse sentido, buscou-se fazer uma pesquisa aprofundada, acerca da literatura existente do tema. Através dela, é possível identificar lacunas, deficiências e tendências nas evidências atuais e pode ajudar a sustentar e informar pesquisas futuras na área, conforme Munn, et al. (2018).

A escolha de uma metodologia de RSL é justamente por ter um propósito investigativo e papel avaliador de intervenções, já que, na literatura acadêmica, pouco se fala sobre a experiência desses públicos na saúde. Sendo assim, nesse momento, além do embasamento teórico, na falta da experiência profissional de campo, não há um resultado, mas a problematização do objeto de pesquisa.

Essa forma de revisão traz uma série de aspectos e critérios a serem considerados para que no futuro pesquisas não sejam inviabilizadas. Nessa pesquisa, será utilizado o quadro 1 adaptado¹⁴, com as seguintes etapas a serem seguidas:

12 Duas pesquisadoras da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), do curso bacharel de Gestão em Saúde, revisaram ao par. Isso consiste em uma dupla verificação nos resultados encontrados ao utilizarem as mesmas palavras-chave, porém os artigos selecionados para a pesquisa são conforme os temas escolhidos, por exemplo, escolha de artigos que possam agregar o público idoso e PcDs.

13 PRISMA é um conjunto mínimo de itens baseado em evidências para relato em revisões sistemáticas e metanálises. PRISMA concentra-se principalmente no relatório de revisões avaliando os efeitos das intervenções, mas também pode ser usado como base para relatar revisões sistemáticas com outros objetivos além da avaliação de intervenções (por exemplo, avaliação de etiologia, prevalência, diagnóstico ou prognóstico). Disponível: <http://www.prisma-statement.org/>. Acessado em: 29 de março de 2021.

14 O conceito de adaptado, nessa pesquisa, buscou-se seguir a luz da proposta de PRISMA. Para tornar o projeto viável com o tema, foi necessário ajustar o quadro proposto de PRISMA, visto que não se enquadravam alguns aspectos.

PRISMA 2021 | QUADRO DE VERIFICAÇÃO

Seção e tópico	Item #	Item da lista de verificação	Descritivo
Título			
Título	1	Identifique o relatório como uma revisão sistemática.	Idosos e Pessoas com Deficiência (PcD): A experiência do usuário (UX) e a acessibilidade nos serviços de saúde, uma revisão sistemática de literatura
Abstract			
Abstract	2	Consulte a lista de verificação PRISMA2020 para resumos.	Esta RSL, analisou o cenário de pessoas com deficiência e idosos relacionando a experiência do usuário na saúde e no mundo digital, levou-se em conta a inclusão e a acessibilidade.
Introdução			
Justificativa	3	Descreva a justificativa para a revisão no contexto do conhecimento existente.	Devido ao cenário pandêmico, avaliou-se que o grupo focal seria grupo de risco. Ademais, foram identificadas limitações e escassez de material sobre o tema abordado na perspectiva da gestão em saúde. Sendo assim, optou-se pela realização de um RSL.
Objetivos	4	Forneça uma declaração explícita do (s) objetivo (s) ou da (s) questão (ões) que a revisão aborda.	Objetivo Geral: Compreender quais as relações da acessibilidade com a experiência do usuário para o público idoso e pessoas com deficiência, na literatura. Objetivos Específicos: Mapear as relações bem como os aspectos positivos e negativos encontrados na literatura sobre acessibilidade, design e experiência de usuários com deficiência e idosos; Identificar como o design se relaciona e colabora com a acessibilidade na percepção e na experiência dos usuários idosos e com deficiência em serviços de saúde.
Métodos			
Critérios de elegibilidade	5	especifique os critérios de inclusão e exclusão para a revisão e como os estudos foram agrupados para as sínteses.	Critérios de inclusão: experiência do usuário, público idoso e pessoas com deficiência; área: pesquisas do mundo todo e artigos disponibilizados de forma gratuita. Critérios de exclusão: artigos duplicados e assunto fora do tema.

Fontes de informação	6	Especifique todas as bases de dados, registros, sites, organizações, listas de referência e outras fontes pesquisadas ou consultadas para identificar estudos. Especifique a data em que cada fonte foi pesquisada ou consultada pela última vez.	PubMed, Wiley e Portal Regional da BVS, todos acessados de Agosto/21 a Setembro/21.
Estratégia de pesquisa	7	Apresente as estratégias de pesquisa completas para todos os bancos de dados, registros e sites, incluindo quaisquer filtros e limites usados.	Período: 5 anos (Janeiro de 2016 - Dezembro de 2020); Idioma: português, inglês e espanhol; Tipo: texto completo gratuito.
Processo de seleção	8	Especifique os métodos usados para decidir se um estudo atendeu aos critérios de inclusão da revisão, incluindo quantos revisores rastream cada registro e cada relatório recuperado, se trabalharam de forma independente e, se aplicável, detalhes das ferramentas de automação usadas no processo.	Foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos artigos encontrados em cada base pelos dois pesquisadores. Após a seleção dos artigos, foi realizada a leitura dos artigos e posterior classificação em dois grupos: aprovados e não aprovados. Os que estiveram nesse primeiro grupo foram selecionados para análise.
Processo de coleta de dados	9	Especifique os métodos usados para coletar dados de relatórios, incluindo quantos revisores coletaram dados de cada relatório, se eles trabalharam de forma independente, quaisquer processos para obter ou confirmar dados dos investigadores do estudo e, se aplicável, detalhes das ferramentas de automação usadas no processo.	A pesquisa possuiu dois revisores, que irão listar em uma tabela os resultados encontrados de cada pesquisa.

Quadro 1: Quadro de verificação PRISMA 2021.

Fonte: Adaptado de PRISMA (2020).

Nessa direção, a junção de novos elementos, como a: UX; *design thinking*; desenho universal; leis; projetos de leis; normativas brasileiras; visão mundial; notícia; visão do usuário; conceitos de acessibilidade, inclusão, saúde, idoso e PcDs, que nos levam a novos caminhos de conhecimentos os quais alguns deles foram apresentados na revisão de literatura, e de forma aprofundada na discussão dessa pesquisa.

A pesquisa foi realizada pelas plataformas de busca: PubMed¹⁵, Wiley¹⁶ e Portal

15 PubMed é um recurso gratuito que apoia a busca e recuperação de literatura biomédica e de ciências da vida com o objetivo de melhorar a saúde global e pessoal. Sua base de dados, contém mais de 33 milhões de citações e resumos de literatura biomédica. Não inclui artigos de periódicos em texto completo; no entanto, links para o texto completo geralmente estão presentes quando disponíveis em outras fontes, como o site do editor ou o PubMed Central (PMC). A plataforma está disponível ao público online desde 1996, foi desenvolvido e é mantido pelo National Center for Biotechnology Information (NCBI), na Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA (NLM), localizada no National Institutes of Health (NIH). Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>. Acessado: 25 de janeiro de 2022.

16 Wiley Online Library é uma plataforma on-line que fornece acesso ao conteúdo acadêmico publicado pela editora John Wiley & Sons, Inc. Disponível: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.12615>. Acessado: 25 de janeiro de 2022.

Regional da BVS¹⁷. Essas bases de dados foram escolhidas, pois, era possível fazer uso de filtros, permitindo fácil manuseio, além de serem *onlines*, com texto gratuito e possuírem densa quantidade de publicações e serem utilizadas no meio acadêmico com reconhecimento do âmbito da saúde por pesquisadores

Em relação às palavras-chave aplicadas: *User Experience OR Patient Experience AND Health* AND Design AND Hospital**. Traduzindo as palavras-chave citadas acima, respectivamente são: “experiência do usuário” ou “experiência do paciente”, “saúde”, “design” e “hospital”. A escolha dessas palavras se deu, pois, o objetivo foi fazer o uso de palavras vistas frequentemente na saúde e compreender o quão é abordado sobre o grupo escolhido. Os filtros da na pesquisa foram: temporal: período de 5 anos, correspondendo a janeiro de 2016 a dezembro de 2020); linguagem: Português, Inglês e Espanhol; e, texto: completo gratuito. Desse modo, o estudo do material foi realizado a partir de Julho de 2021 seguindo até o momento.

Os resultados que retornaram após feita a busca foram, respectivamente, 391 resultados (Pubmed); 361 (Wiley); e, 504 (BVS), totalizando em 1256 pesquisas. No entanto, os 504 artigos da BVS não estavam de acordo com o tema de pesquisa.

Após analisar o total de 1256 artigos, foram selecionados 32 estudos para leitura na íntegra, sendo 20 selecionados da plataforma Pubmed e 12 da plataforma Wiley. Para maior organização da pesquisa, foi utilizado o software Zotero, o qual é uma ferramenta gratuita capaz de coletar, organizar, citar e compartilhar pesquisas¹⁸.

O procedimento utilizado para seleção dos estudos dessas plataformas foi a separação deles em três grupos: a) selecionado, b) em dúvida e c) recusado. Os artigos que entravam no grupo a, atendiam aos requisitos estabelecidos de pesquisa; os do grupo b, atendiam parcialmente sendo assim, não podiam ser completamente descartados; e os do grupo c não atenderam a nenhum requisito.

Para chegar ao número de resultados obtidos, foi utilizado uma leitura simples, que consistiu em, primeiramente na leitura do título de todos os resultados, na segunda análise, leitura de título e *abstract* e na terceira análise, foi feita uma segunda seleção, onde às duas pesquisadoras reuniram-se via chamada de vídeo pelo *Google Meet* e debateram, utilizando os pré-requisitos listados na tabela de PRISMA, sobre os artigos classificados do grupo b (em dúvida). Desta forma, foi possível chegar a um resultado. Por fim, foram lidos os artigos selecionados. Os gráficos 1, 2 e 3, abaixo, ilustram de forma geral todos os

2022

17 O Portal Regional da BVS é o espaço de integração de fontes de informação em saúde que promove a democratização e ampliação do acesso à informação científica e técnica em saúde na América Latina e Caribe (AL&C). É desenvolvido e operado pela BIREME em 3 idiomas (inglês, português e espanhol). Aplica a interface integrada de busca IAHx com recursos de filtros, exportação de resultados, busca avançada e interoperação com o DeCS/MeSH. Foi estabelecida em 1998 como modelo, estratégia e plataforma operacional de cooperação técnica da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para gestão da informação e conhecimento em saúde na Região AL&C.

18 O Zotero pode ser utilizado via Web (por exemplo: Google Chrome e Firefox) ou também via aplicativo baixado para o computador. De qualquer forma, é necessário ter acesso à internet, após a conexão a plataforma usa uma sincronização automática, então não é necessário o uso de backups e materiais salvos toda vez que utilizá-lo.

processos de análise.

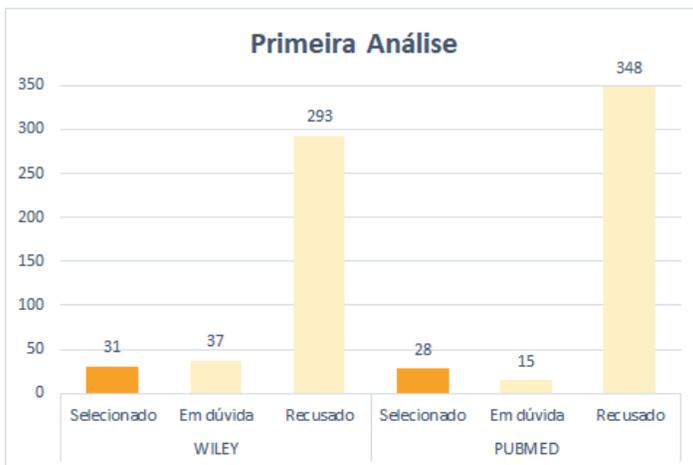


Gráfico 1: Resultados da primeira análise de pesquisa realizados nas plataformas Wiley e Pubmed.

Fonte: Elaborado pela autora

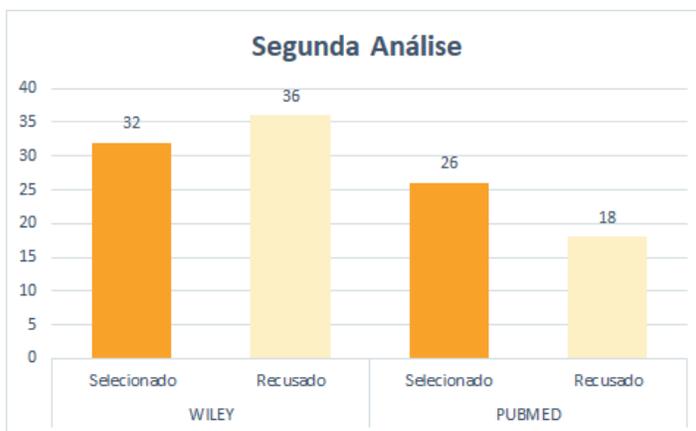


Gráfico 2: Resultados da segunda análise de pesquisa realizados nas plataformas Wiley e Pubmed.

Fonte: Elaborado pela autora

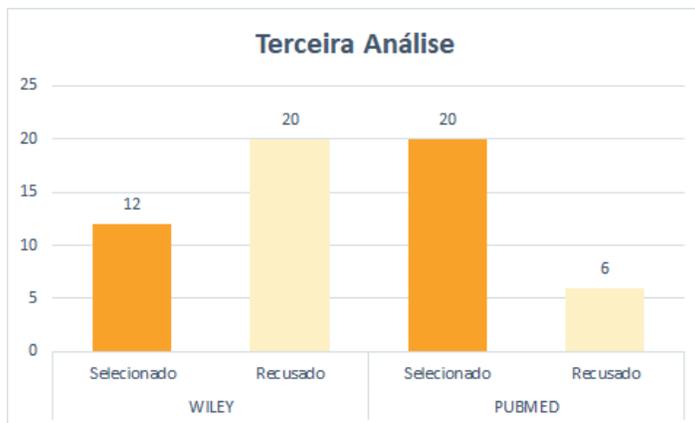


Gráfico 3: Resultados da terceira análise de pesquisa realizados nas plataformas Wiley e Pubmed.

Fonte: Elaborado pela autora

No debate foi desenvolvido um diálogo a respeito de uma análise mais profunda, questionando o porquê esses artigos estavam no grupo b. Entendeu-se que durante uma RSL, ter demasiados resultados talvez pudessem prejudicar o senso crítico do pesquisador. Então foi necessária uma pausa para uma reanálise nos pontos em dúvida. Os artigos que ficaram nesse grupo, tinham em comum a ausência na abordagem do idoso e do PcD, mas, traziam uma visão geral do âmbito da saúde, de áreas como a experiência do paciente, *design thinking*, relação familiar, projeções da vida humana no meio tecnológico.

5 | REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão de literatura, buscou conceituar os principais temas escolhidos, a fim de ter um ponto de partida comum para todos os leitores, sendo assim, os conceitos abaixo foram desenvolvidos no decorrer da pesquisa.

5.1 Saúde e bem-estar

No movimento de pesquisa, considera-se importante a contextualização sobre o que já foi produzido em relação ao tema e aos demais conceitos complementares. Przybyla, et al. (2018, p. 470) afirmam que as revisões sistemáticas, a qual é designada por ele como RSL, procuram responder a questões específicas de pesquisa e formam conclusões imparciais baseadas em evidências, combinando informações de todos os estudos relevantes.

Por tanto, a RSL ajuda a separar a opinião cotidiana, ou seja, o senso comum, do pesquisador e de seu meio, da teoria científica, por possuir evidências e análises consistentes de estudo e exploração a respeito do assunto e objeto de estudo escolhido. Para que, desse modo, o pesquisador tire as conclusões a partir de um embasamento teórico/científico e não popular. Pois, mesmo que se trate de experiência do usuário, é

necessário discorrer sobre alguns conceitos e preparar-se para a análise das novas informações.

Algumas inicialmente destacadas neste trabalho com a finalidade de entender o real sentido da palavra “saúde”. De acordo com o **Dicionário Oxford Languages**:

1. Estado de equilíbrio dinâmico entre o organismo e seu ambiente, o qual mantém as características estruturais e funcionais do organismo dentro dos limites normais para sua forma de vida e para a sua fase do ciclo vital.
2. Estado de boa disposição física e psíquica; bem-estar.

O bem-estar, assim como, o equilíbrio são as nossas palavras destaque, pois elas nos ajudaram a observar o papel da saúde na vida dos usuários assim como, tentar encontrar um equilíbrio e fator comum do grupo escolhido. A saúde não surge apenas quando necessita-se de cuidados, mas também se manifesta de forma indireta, como o cuidado.

5.2 A acessibilidade, o idoso e as pessoas com deficiência

Compreender e relacionar gradualmente o idoso e o PcD nesse processo, nos permitiu entender como eles estão classificados na nossa sociedade e como são (re) conhecidos perante ela, torna-se o primeiro e grande passo para analisar seus papéis e como são vistos. De acordo com Kara, et al. (2008):

A busca atual é pela melhoria da qualidade de vida do idoso, apesar do preconceito, discriminação e isolamento da sociedade para com o idoso e, da velhice ser encarada como decadência, doença e peso social. Atualmente, personalidades, intelectuais, políticos, artistas, com mais de 60 anos, aparecem na mídia, contradizendo estereótipo de “velho” ao demonstrarem inteligência, versatilidade, perspicácia, audácia, boa forma, bom humor, dentre outras características, mostrando que também na velhice podem ser produtivos.

Para acessibilidade, como pensa Torres (2002), et al.:

[...] nada mais é do que um conceito que envolve tanto aspectos do espaço físico, o espaço em que vivemos, como do espaço digital, tendo um processo dinâmico, associado não só ao desenvolvimento tecnológico, mas principalmente ao desenvolvimento da sociedade.

5.3 Desenho universal e ergonomia

Mace et al. (1988) e Chapanis (1994) classificam design universal em combinação com ergonomia, como projetar todos os produtos, edifícios e espaços exteriores para ser usado por todas as pessoas, de forma segura e confortável. Conforme BRASIL, 2009 (*apud* BERNARDI, 2021, p. 61)

Pessoas com deficiência (PcD) são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e

efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Sendo assim, há uma relação direta entre os conceitos trazidos acima, em que todos buscam uma boa qualidade de vida. No entanto, tanto o público PcD quanto o idoso carecem de atenção. O propósito foi mostrar que a acessibilidade traz a ideia de espaço físico pensado para quem o usa, como também o espaço digital, e neles pode-se pensar na junção da ergonomia com o design universal, unidos formam o desenho universal. Ele é pensado para ser utilizado por qualquer pessoa que o necessite. E todos eles, agrupados, levam ao conceito da UX.

5.4 Experiência do usuário - (UX)

Compreende-se o conceito UX na perspectiva da experiência dos pacientes com o design de acordo com Portz, et al (2019, p. 4):

“Compreender as opiniões dos adultos mais velhos sobre a interface do usuário (IU) do portal e a experiência do usuário (UX) pode levar a melhorias na acessibilidade, aceitabilidade e adoção de portais de pacientes entre idosos [...]. A IU normalmente se concentra na aparência visual do design, incluindo elementos relacionados à cor, fonte e imagens. UX visa a experiência geral relacionada à usabilidade, utilidade, função, credibilidade e satisfação com a tecnologia. Existem recomendações de design de IU para usuários mais velhos; no entanto, pouco se sabe sobre o uso do portal e UX entre adultos mais velhos [...].”

Frequentemente os ambientes de saúde buscam inovações, ao invés de trazerem fatores mais intuitivos, práticos e eficientes para o usuário, resultando em lacunas na eficiência e qualidade do atendimento e gestão.

O *Design Thinking* prioriza o uso da empatia para melhorar a experiência e utilização dos serviços em saúde. É o que afirma, Hussain, et al. (2018) pesquisador do Departamento de Ciência da Computação e Engenharia da Universidade Kyung Hee (KHU),

“a experiência do usuário (UX) é uma área de pesquisa multifacetada que inclui diversos aspectos do uso experiencial e afetivo de um produto, sistema ou serviço. Uma avaliação de UX ajuda a descobrir os aspectos importantes do projeto de produtos interativos de alta qualidade e fornecer uma UX geral positiva. A UX envolve as crenças, preferências, pensamentos, sentimentos e comportamentos do usuário ao interagir com o produto, sistema ou serviço. É, portanto, subjetivo por natureza, altamente dependente do contexto de uso e vinculado ao benefício potencial obtido do produto, sistema ou serviço.

Desse modo, percebe-se que entender o conceito de UX, por especialistas da área da saúde, colabora com a formação do pensamento crítico e analista mais intenso, pela riqueza da compreensão dos detalhes e no que eles acarretam. Observar que o conceito traz consigo, a parte “técnica”, mas também o lado “humano” do significado da palavra experiência, faz com que a relação com a humanização na saúde, seja mais direta e eficiente para a percepção dos fatos e público pesquisados.

6 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao decorrer da leitura analítica constatou-se que os artigos consultados, em sua maioria, eram da língua inglesa, publicados recentemente em 2020 e desenvolvidos pelos países: Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Espanha, Holanda, Inglaterra, Gana e Austrália. Apesar de nenhum artigo ter abordado de forma direta os temas propostos, assim como, também não ter direcionado ao público alvo que a pesquisa foi dedicada, o estudo ajudou a refletir e problematizar sobre a relação médico-paciente, assim como a qualidade e segurança. Também foram observados os temas: tratamento de doenças, análises da saúde pública, projeções hospitalares, custos de planos de saúde, carga de trabalho para equipe e estratégias de cuidados no lar com a proposta de melhoria do cuidado do paciente e redução de custo hospitalar.

A área da saúde, com o passar do tempo trouxe grandes descobertas e adaptabilidades para o paciente. A saúde que antes era vista como apenas a medicina de cura, passou a abrir seus horizontes e a visar novos caminhos.

Antigamente, o cuidado estava centralizado apenas no **médico**, então era comum, termos esse profissional que atendia diversas patologias. Atualmente, nota-se que a medicina não é apenas focada na cura, mas também na experiência e no bem-estar do paciente. Com a saúde em crescimento exponencial, o paciente e suas novas patologias exigem uma equipe completa, sendo ela constituída por: médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo, dentista, assistente social, etc.

É possível notar que houve um aumento de equipe, pois o paciente começou a apresentar doenças das quais, antes, não eram vistas (como câncer, doenças genéticas, síndromes, entre outros) ou não havia um conhecimento mínimo sobre elas. **Ainda assim, atualmente, a saúde passa por um processo de transformação.** O movimento de atendimentos humanizados e do UCD/HCD, mostram que o paciente hoje não é só a sua dor, e sim a sua história de vida. Movimento esse, que para entender a dor, a equipe deve entender que a história de vida faz parte da anamnese, pois é ela que vai explicar a dor. Brodeaur, et al. (2020) fala:

“a literatura demonstra grande parte do interesse pelas experiências dos pacientes dentro do sistema de saúde, mas geralmente carece de informações sobre suas vidas fora dele, onde passa a maior parte do tempo. Isso é particularmente relevante se quisermos obter uma visão holística das experiências dos pacientes”.

Quando se fala do cuidado, se sabe que o paciente é singular. E essa visão de saber mais sobre o paciente não parte só da equipe, como também é de interesse do próprio paciente. Zimmerman (2020) traz em seu estudo que 69,43% dos pacientes participantes da pesquisa gostariam que a equipe soubesse informações pessoais sobre eles, e 74,12% deles acreditavam que a equipe atenderia melhor se soubessem essas informações, assim como melhoraria a comunicação entre eles, isso inclui principalmente o modo como o

paciente gostaria de ser chamado.

Nesse processo de como melhorar foi observado que usuários frequentes tornam-se especialistas leigos e pacientes de alto custo por estarem frequentemente necessitando de cuidados, e por passarem dificuldades no diagnóstico acabam deixando para pedir ajuda médica como último recurso; muitos pacientes renunciaram suas atividades por conta das limitações físicas impactando na sua vida social; sintomas ignorados e sentimentos de humilhação; assim como, barreiras e burocratizações no atendimento de ajuda, parte disso, são de profissionais de saúde que não ouvem e não respeitam (BRODEUR, 2020) (muitos artigos acabaram por ser recusados, pois, abordavam mais o tratamento da doença do que os cuidados ao paciente).

A deficiência, assim como, as pessoas mais velhas, tende a ser o ponto frágil na saúde, pois são os grupos que mais necessitam de cuidado assistencial, sendo ainda os grupos menos estudados e, a partir da análise dessa RSL, foram pensados como usuários das melhorias e na adoção de recursos tecnológicos e digitais. Na literatura, Sparby, Olsvold e Obstfelder (2020, p.1540) trazem que:

“Ao acessar os serviços de saúde, muitos indivíduos com deficiência intelectual lutam para comunicar suas necessidades de saúde e sintomas de dor e doença, para entender o que está acontecendo e seguir as instruções do médico (HART, 1998; WULLINK, 2009; ZIVIANI, LENNOX, ALLISON, LYONS,2004). Para alguns indivíduos, a deficiência sensorial ou física pode colocar ainda mais pressão na capacidade de cooperar com o exame. Além disso, alguns indivíduos podem se sentir ansiosos e hesitantes em se submeter ao exame (EDWARDS e NORTHWAY, 2011; PERRY et al., 2014) ou exibir um comportamento desafiador, como agressão ou comportamento autolesivo (EMERSON eEINFELD, 2011).

O grupo de pessoas com deficiência requer cuidado e atenção. Mesmo que eles ocupem uma parcela importante da população brasileira, não há um órgão ou serviço especializado cuidando da inclusão (BERNARDI, 2021, p.62). Ela ainda traz no capítulo a fala do secretário-geral da ONU, Antônio Guterres que mesmo em circunstâncias normais, é menos provável que as PcD tenham acesso a oportunidades de educação, saúde e renda, ou participem ativamente de suas comunidades, o que já as colocam em desigualdade e ameaçam em comparação com as pessoas sem deficiência. Muitos fatores já descritos nessa pesquisa estão ligados aos altos e baixos da experiência do paciente, mas os mais citados foram a comunicação direta da relação médico-paciente (WESTPHAL, 2020); BOISSY, 2016; BATALDEN, 2016; ZIMMERMAN, 2020; CONSIDINE, 2020); e, aprendizado a novas tecnologias. Respectivamente, em relação a aprender sobre novas tecnologias, tiveram muitos aspectos que puderam enriquecer a análise, aqui feita, mas realizando uma filtragem nas informações lidas foi possível observar que o aprendizado de novas ferramentas tecnológicas está diretamente ligado ao fator econômico e usabilidade de produtos atuais. Welch, et al. (2019, p.2):

Por exemplo, adultos mais velhos em países de baixa e média renda têm pouco acesso a tecnologias assistivas e dispositivos médicos, como resultado de uma confluência de fatores que afetam a disponibilidade desses produtos nos mercados locais, incluindo acessibilidade e adequação, o que pode influenciar sua disponibilidade, acessibilidade e integração nos sistemas sociais e de saúde (Garçon et al., 2016; Marasinghe, Lapitan, & Ross, 2015). Além disso, a privatização dos serviços sociais e de saúde torna-se uma barreira para a qualidade da atenção se os custos afetarem o acesso à atenção apropriada e oportuna para os idosos.

No entanto, todos os usuários vistos nas demais pesquisas, quanto compreendido o processo de implementação de novos aplicativos, entendiam a necessidade do uso, e passaram a ter novas perguntas e uma nova postura, assim como, novas sugestões do que poderia ser melhorado na ferramenta. As sugestões foram desde “traduzir” a linguagem médica, como tornar a tecnologia mais fácil para uso, grupos de conversas com pacientes que possuem a mesma doença e comunicação direta com a equipe que prestou o cuidado após a alta para que diminuam as chances de readmissão no estabelecimento de saúde. Por parte da equipe, foi mostrada também a necessidade de informatização aos pacientes e familiares, como se portar dentro da unidade, horários de visitas, fluxo hospitalar esperado para o paciente e quando necessário com quem e onde buscar determinada informação. Essas necessidades foram vistas tanto para crianças quanto para adultos.

A provocação feita por Shaw, et al. (2018) é até que ponto os usuários locais devem mudar suas ações para adotar uma nova tecnologia e até que ponto deve-se melhorar o processo de trabalho para atender as necessidades dos usuários locais. Refletiu-se da seguinte forma: tanto o paciente mais velho, como o PcD, ao ingressarem em um estabelecimento de saúde, em um ambiente ideal, eles deveriam poder se comunicar e se encontrar, sem precisar de alguém para necessidades básicas. Quando se refere-se a necessidades básicas, é ressaltado a compreensão de que todos os seres humanos trazem suas limitações e comorbidades, mas assim como se tem um ambiente hospitalar propício para facilitar muitas ações de diversos pacientes, porque também não tornamos o mesmo ambiente adaptado, como um ambiente normal? Por que ainda temos a separação e limitação? Gemmae (2018) traduz de forma clara todo o contexto de pesquisa que “será verdadeiramente centrado no paciente quando não for chamado de cuidado centrado no paciente”, o que implica que o PCC (Cuidado Centrado no Paciente) precisa fazer parte da prática diária em vez de algo distinto. ”

7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo através de uma revisão sistemática de literatura discorreu sobre experiência do usuário idoso e PcD, buscando compreender as relações de acessibilidade da UX para esses pacientes.

Pôde-se concluir que cada vez mais o paciente vem buscando sua voz e seu lugar

de participação dentro das decisões sobre o seu cuidado. Mesmo observando haver uma restrição e um desvio de comunicação na relação médico-paciente, foi possível notar que aos poucos ambos os lados sentem a mesma necessidade: **comunicar-se**. É um ponto de partida positivo, porém ainda assim é lento demais, pois não acompanha a velocidade de mutação de processos da saúde, tornando algumas procedimentos e pensamentos obsoletos.

Assim, tanto os pacientes (idosos e PcDs) quanto a equipe médica, poderão colher muitos frutos quando compreendido caminho que devem trilhar para estabelecer uma conversa ativa e um aprendizado consolidado. Aprender sobre as novas tecnologias e vê-las como aliadas de sua jornada, tornam o processo mais rápido e tranquilo, então, por exemplo, processos como informar o paciente sobre seu preparo para utilizar o serviço e sua trajetória no estabelecimento, ao qual antes eram complicados, ficarão mais tranquilos e transparentes para ambos os lados.

Note que nesse momento, os verbos utilizados estão no futuro, sim! O principal motivo para eles aparecerem dessa forma, é porque para chegar nesse mundo não tão distante, é necessário adquirir algumas competências antes, como a compreensão e utilização, de fato, do HumanizaSUS, UX, design thinking, desenho universal, inclusão, empatia, bem-estar e acessibilidade. Dito isso, será possível que os envolvidos passem a valorizar o cuidado, singularizá-lo, e a multiplicar o conhecimento adquirido na caminhada, pois, só assim poderemos avançar em outras direções.

É importante relatar que esse estudo passou por momentos enriquecedores e importantes, após se permitir observar, buscou-se constantemente trazer aspectos da literatura que uniam principalmente o paciente como centro (HCD), mas também foi necessário entender outras perspectivas como o que a equipe assistencial pensava sobre esse novo conceito na saúde e o que os familiares desses pacientes sentiam em relação à experiência de usuário, para assim formar uma linha de raciocínio e entender o que a literatura oferece.

O objetivo do estudo foi analisar como é apresentada a acessibilidade relacionada com a experiência do usuário para o público idoso e pessoas com deficiência, na literatura.

Com resultados limitados, poucos artigos abordaram de forma centrada o paciente idoso e as pessoas com deficiência, mesmo visando eles como a parte mais importante do processo. Na verdade, quando se falava em paciente e a autonomia dele, não se levava em consideração estes públicos. Então, os artigos voltados ao público idoso ou PcD, eram relatados sobre apoio, como os pais falavam sobre seus filhos com deficiência ou o idoso que possuía um cuidador. E nesses casos, os pacientes não tinham voz, quem falava por eles eram os seus acompanhantes, mas nunca o paciente.

Mesmo com limitações, as pesquisas trouxeram pontos importantíssimos para a experiência do paciente, tais como comunicação, informação, relacionamento, suporte, segurança, entre outros. É possível também notar a importância que cada vez mais o

paciente vem recebendo no âmbito da saúde. Saber que a saúde na sua forma atualizada, busca ter a visão ampla e diversificada, melhora cada vez mais a segurança, qualidade e satisfação do paciente. Em contrapartida, como aspecto negativo não há uma linha de partida em comum para o cuidado e melhoria na relação do médico-paciente, mas como positivo, há uma iniciação em começar a adquirir essa visão, pois a implementação nesse conceito, assim como toda e qualquer mudança na saúde, é uma trajetória longa, mas que trará muitos benefícios e qualificações para o usuário.

Essa pesquisa levantou pontos e problematizações importantes para serem discutidas pela sociedade, pois o tema de experiência do usuário, é um assunto que está cada vez mais em ascensão, como tivemos o prazer de analisar nessa pesquisa. Encerro esta trajetória acadêmica ressaltando que esta pesquisa deve ser aprofundada em prol desse público que carece de assistência, talvez não hoje, mas em breve continuar-se-á analisar a acessibilidade e a inclusão como melhoria de qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

ALTMAN, Myra et al. **“Design Thinking in Health Care.”** Prevenção de doenças crônicas vol. 15 E117. 27 de setembro de 2018, doi: 10.5888 / pcd15.180128 Acessado em 13 de março de 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6178900/>

ANDRADE, Amanda. **Hospital de Curitiba usa realidade virtual para tratar idosos internados.** UOL: Viva bem, 21 de janeiro de 2022. Disponível: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2022/01/21/hospital-de-curitiba-usa-realidade-virtual-para-tratar-idosos-internados.htm>. Acessado: 25 de janeiro de 2022

ATALLAH, Alvaro Nagib; CASTRO, Aldemar Araujo. **Revisão sistemática da literatura e metanálise. Medicina baseada em evidências: fundamentos da pesquisa clínica.** São Paulo: Lemos-Editorial, p. 42-8, 1998. Acessado em 13 de março de 2021.

BAZZANO, Alessandra Net al. Design centrado no ser humano na saúde global: uma revisão de escopo de aplicativos e contextos, 2017. PLoS ONE, vol.12 n. (11). Acessado:

BMJ. **A declaração PRISMA 2020:** uma diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. The BMJ. 372:n71. Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71#T1>

BRASIL. **Decreto de Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/13146.htm. Acessado: 25 de janeiro de 2022

BRASIL. **Decreto legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008:** decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. - 4. ed., rev. e atual. – Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2011.

BRODEUR M, MargoDermer E, Chouinard M-C, et al. **Experience of being a frequent user of primary care and emergency department services:** a qualitative systematic review and thematic synthesis. BMJ Open 2020;10:e033351. doi:10.1136/ bmjopen-2019-033351

CHAPANIS, A. "**Ergonomics in product development: a personalized review**". Proceedings of IEA 94. IEA, Toronto: 1994. Vol. 1, pp. 52-54.

CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. Portal da Transparência. **Visão geral da distribuição por subárea (subfunção), 2021**. Disponível em: <https://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2021>. Acessado: 22 de janeiro de 2022.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Quem são os idosos**. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2020/boletimEspecial01.html>. Acessado em 13 de março de 2021.

DONATO H, Donato M. **Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática** [Stages for Undertaking a Systematic Review]. Acta Med Port. 2019 Mar 29;32(3):227-235. Portuguese. doi: 10.20344/amp.11923. Epub 2019 Mar 29. PMID: 30946795. Acessado em 13 de março de 2021. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/11923/5635>

GALVÃO, Tais Freire, Pansani, Thais de Souza Andrade e Harrad, David. **Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA**. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2015, v. 24, n. 2 [Acessado 29 Junho 2021], pp. 335-342. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>>. Epub Apr-Jun 2015. ISSN 2237-9622.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**, 6ª edição. São Paulo: Editora GUIMARÃES, Felipe Melo. **O que é Design Centrado no Usuário?** Published in Aela, 2017. Disponível: [https://medium.com/aela/o-que-%C3%A9-design-centrado-no-usu%C3%A1rio-11a9c13c3a2f#:~:text=O%20Design%20Centrado%20no%20Usu%C3%A1rio%20\(User%20Centered%20Design%20%E2%80%94%20UCD\),girando%20em%20torno%20dos%20usu%C3%A1rios](https://medium.com/aela/o-que-%C3%A9-design-centrado-no-usu%C3%A1rio-11a9c13c3a2f#:~:text=O%20Design%20Centrado%20no%20Usu%C3%A1rio%20(User%20Centered%20Design%20%E2%80%94%20UCD),girando%20em%20torno%20dos%20usu%C3%A1rios). Acessado: 25 de janeiro de 2022.

HARZHEIM, Erno et al. **Telessaúde como eixo organizacional dos sistemas universais de saúde do século XXI**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro, 2019, jan-dez, vol. 14, n. 41. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf14\(41\)1881](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf14(41)1881). Acessado: 25 de janeiro de 2022.

HUSSAIN, Jamil et al. "**Uma plataforma de experiência do usuário (UX) com base em log profundo multimodal para avaliação de UX**." Sensors (Basel, Suíça) vol. 18,5 1622. 18 de maio. 2018, doi: 10.3390/s18051622 Acessado em 13 de março de 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5982399/>.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**. Disponível: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-2020-censo4.html?=&t=o-que-e>. Acessado: 25 de janeiro de 2022.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pirâmide**: Projeção da população. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/box_piramideplay.php?ag=53. Acessado: 13 de março de 2021.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População**: censo demográfico, s.a. Disponível: <https://ces.ibge.gov.br/apresentacao/portarias/200-comite-de-estatisticas-sociais/base-de-dado/s/1146-censo-demografico.html>. Acessado: 25 de janeiro de 2022

KARA-JOSÉ, N; BICAS, HEA; CARVALHO, RS. **Cirurgia de catarata: necessidade social**. 2.ed., São Paulo, 2008.

LIBÂNIO, Cláudia de Souza; SILVEIRA, Luiza Maria de Oliveira Braga (Org.). **Reflexões sobre inclusão, diversidade e acessibilidade em tempos de Covid-19**. Porto Alegre: Ed. da UFCSPA, 2021.

MACE, R. **Universal Design: Housing for the Lifespan of all People**. Washington DC: US Department of Housing and Urban Affairs, 1988.

MARQUES, Fernanda. **Saúde pública não é custo, mas sim investimento em estabilidade social, política e econômica**. Fiocruz Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/saude-publica-nao-e-custo-mas-sim-investimento-em-e-estabilidade-social-politica-e-economica/>. Acessado: 22 de janeiro de 2022.

MEDIUM. FIALHO, Fabiano. **PRISMA como metodologia para Revisão Sistemática**. Acessado em 29 de março de 2021. Disponível em: <https://medium.com/dados-e-saude/prisma-como-metodologia-para-revis%C3%A3o-sistem%C3%A1tica-b3f55b4ebc5c>

MINISTÉRIO DA DEFESA. **Projeto Rondon**: conheça. 31 de dezembro de 2021. Disponível: <https://www.gov.br/defesa/pt-br/assuntos/projeto-rondon/conheca>. Acessado: 25 de janeiro de 2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PNH**: política nacional de humanização. Folheto, 1 ed. Brasília, 2013. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acessado: 25 de janeiro de 2022

MUNN Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. **Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach**. BMC Med Res Methodol. 2018 Nov 19;18(1):143. doi: 10.1186/s12874-018-0611-x. PMID: 30453902; PMCID: PMC6245623. Acessado em 13 de março de 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6245623/>

PORTZ, Jennifer Dickman et al. **“Usando o modelo de aceitação de tecnologia para explorar a experiência do usuário, a intenção de usar e o comportamento de uso de um portal de paciente entre adultos mais velhos com doenças crônicas múltiplas: estudo qualitativo descritivo.”** Journal of medical Internet research vol. 21,4 e11604. 8 de abril de 2019, doi: 10.2196 / 11604. Acessado em 13 de março de 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6475817/>

PRISMA. **Declaração Prisma**. Prisma. 2021. Disponível em: <http://www.prisma-statement.org/Default.aspx>. Acessado em 29 de março de 2021.

PRZYBYLA, P, Brockmeier, AJ, Kontonatsios, G, et ai. **Priorizando referências para revisões sistemáticas com RobotAnalyst**: Um estudo de usuário. Res Syn Meth. 2018; 9: 470 - 488. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1311>. Acessado em 25 de janeiro de 2022.

ROCHA, J. **Pacientes que curam**: o cotidiano de uma médica do SUS. 1 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020.

SHAW, J., Agarwal, P., Desveaux, L. *et ai*. **Além da “implementação”**: inovação em saúde digital e design de serviços. *npj Digital Med* 1, 48 (2018). <https://doi.org/10.1038/s41746-018-0059-8>. Acessado em 25 de janeiro de 2022.

SPARBY, LE, Olsvold, N, Obstfelder, A. **Mediando a interface entre voluntariado e coerção**: um estudo qualitativo do trabalho de enfermeiros com deficiência intelectual em exames médicos de pessoas com deficiência intelectual. *J Clin Enfermeiras*. 2020; 29: 1539 – 1551. <https://doi.org/10.1111/jocn.15211>. Acessado em 25 de janeiro de 2022.

THE WORLD BANK. **Impactos da COVID-19 no Brasil:** Evidências sobre pessoas com deficiência durante a pandemia. Informativo, 14 de dezembro de 2021. Disponível: <https://www.worldbank.org/pt/country/brazil/brief/impactos-da-covid19-no-brasil-evidencias-sobre-pessoas-com-deficiencia-durante-a-pandemia>. Acessado: 25 de janeiro de 2022

TORRES, Elisabeth Fátima; MAZZONI, Alberto Angel; ALVES, João Bosco da Mota. **A acessibilidade à informação no espaço digital.** Ci. Inf. , Brasília, v. 31, n. 3, pág. 83-91, setembro de 2002. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19652002000300009&lng=e n&nrm=iso>. Acesso em 13 de março de 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-19652002000300009>. Acessado em 25 de janeiro de 2022.

UFJF, Universidade Federal de Juiz de Fora. **Entre lacunas e excessos:** entenda os efeitos da infodemia. UFJF Notícias, 01 de outubro de 2021. Disponível: <https://www2.ufjf.br/noticias/2021/10/01/entre-lacunas-e-excessos-entenda-os-efeitos-da-infodemia/>. Acessado: 25 de janeiro de 2022

UFJF, Universidade Federal de Juiz de Fora. **Estudo analisa efeitos da infodemia de Covid-19 em idosos usuários de mídias sociais.** UFJF Notícias, 14 de janeiro de 2022. Disponível: <https://www2.ufjf.br/noticias/2022/01/14/estudo-analisa-efeitos-da-infodemia-de-covid-19-em-idosos-usuarios-de-midias-sociais/>. Acessado em 25 de janeiro de 2022.

Westphal M, Yom-Tov GB, Parush A, Carmeli N, Shaulov A, Shapira C, Rafaeli A. **Um Sistema de Informação Centrado no Paciente (myED) para Jornadas de Atendimento de Emergência:** Design, Desenvolvimento e Adoção Inicial. Formulário JMIR Res 2020;4(2):e16410. doi: 10.2196/16410. PMID: 32130144. PMCID: 7064965. Acessado em 25 de janeiro de 2022.

VIANA, Cleia. **Projeto cria política nacional de alfabetização digital das pessoas com deficiência.** Agência Câmara de Notícias, 14 de janeiro de 2022. Disponível: <https://www.camara.leg.br/noticias/844562-projeto-cria-politica-nacional-de-alfabetizacao-digital-das-pessoas-com-deficiencia/>. Acessado: 25 de janeiro de 2022

WELCH, V, Howe, TE, Marcus, S, et al. **PROTOCOLO:** Saúde, assistência social e intervenções tecnológicas para melhorar a capacidade funcional de idosos: Evidências e mapa de lacunas. Revisões Sistemáticas Campbell. n.15, 2019. Disponível: <https://doi.org/10.1002/cl2.1054>. Acessado em 25 de janeiro de 2022.

WESTPHAL M, Yom-Tov G, Parush A, Carmeli N, Shaulov A, Shapira C, Rafaeli A. **A Patient-Centered Information System (myED) for Emergency Care Journeys:** Design, Development, and Initial Adoption. JMIR Form Res 2020;4(2):e16410. URL: <https://formative.jmir.org/2020/2/e16410>. DOI: 10.2196/16410. Acessado: 25 de janeiro de 2022.

ZIMMERMAN DL et.al. **Treating Patients As People:** What Do Hospital Patients Want Clinicians to Know About Them As a Person? J Patient Exp. Vol. 7, n. 2, abril, pp.270-274. doi: 10.1177/2374373519826244. Epub 2019 Mar 11. PMID: 32851151; PMCID. Acessado: 25 de janeiro de 2022.

HESKETT, J. **Design.** Trad. Márcia Leme. São Paulo: Ática, 2008.

Fix GM, VanDeusen Lukas C, Bolton RE, Hill JN, Mueller N, LaVela SL, Bokhour BG. **Patient-centred care is a way of doing things:** How healthcare employees conceptualize patient-centred care. Health Expect. 2018 Feb;21(1):300-307. doi: 10.1111/hex.12615. Epub 2017 Aug 25. PMID: 28841264; PMCID: PMC5750758.

INFECÇÃO URINÁRIA EM IDOSOS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E MICROBIOLÓGICO

Data de submissão: 08/02/2023

Data de aceite: 03/04/2023

Carolina Pires Ferreira

UFVJM (Universidade Federal dos vales do Jequitinhonha e Mucuri), Departamento de Enfermagem
Diamantina - Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/7208921972614875>
<https://orcid.org/0000-0003-1387-9301>

Gessiane de Fátima Gomes

UFVJM, Mestrado Saúde, Sociedade e Ambiente
Diamantina – Minas
<http://lattes.cnpq.br/3115739485764511>
<https://orcid.org/0000-0002-2872-1155>

Paulo Henrique da Cruz Ferreira

Santa Casa de Caridade de Diamantina
Diamantina – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/9216384837782592>
<https://orcid.org/0000-0003-0851-2601>

Mariana Roberta Lopes Simões

UFVJM, Departamento de Enfermagem
Diamantina – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/2310447774963090>
<https://orcid.org/0000-0003-0543-6906>

Maristela Oliveira Lara

UFVJM, Departamento de Enfermagem
Diamantina – Minas Gerais
<https://lattes.cnpq.br/7327538829032313>
<https://orcid.org/0000-0003-1789-519X>

RESUMO: A infecção do trato urinário (ITU) é definida como a invasão dos tecidos do aparelho urinário com crescimento bacteriano nos seus diversos segmentos. Em idosos, a ITU é o segundo tipo de infecção mais comum, sendo a maioria causada por bactérias. O presente trabalho teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico e microbiológico da infecção do trato urinário comunitária em idosos atendidos em um pronto atendimento da cidade de Diamantina, Minas Gerais. Trata-se de um estudo transversal e observacional, utilizando-se uma amostra de conveniência, composta por 41 idosos voluntários, no período de fevereiro a setembro de 2019. Dados clínicos e epidemiológicos foram coletados através de um questionário especificamente elaborado para o estudo. Amostras de urina de todos os pacientes foram encaminhadas para urocultura. Quadros de ITU foram mais frequentes no sexo feminino (70%), com idade igual ou superior a 80 anos. O crescimento bacteriano ocorreu em 70,7% dos casos, sendo identificados três patógenos: *Escherichia coli* (51,2%), *Proteus mirabilis* (12,2%) e *Proteus vulgaris* (7,3%). A resistência antimicrobiana para ao menos um tipo de antibiótico foi evidenciada

em 48,3% das uroculturas positivas. O presente estudo possibilitou a coleta de informações pertinentes do perfil epidemiológico e microbiológico dos quadros de ITU em uma amostra de população idosa.

PALAVRAS-CHAVE: Infecção do trato urinário; Idosos; Resistência antimicrobiana.

URINARY INFECTION IN THE ELDERLY: EPIDEMIOLOGICAL AND MICROBIOLOGICAL PROFILE

ABSTRACT: Urinary tract infection (UTI) is defined as the invasion of the tissues of the urinary tract with bacterial growth in its various segments. In the elderly, UTI is the second most common type of infection, most of which are caused by bacteria. This study aimed to analyze the epidemiological and microbiological profile of community-acquired urinary tract infection in elderly patients attended at an emergency room in the city of Diamantina, Minas Gerais. This is a cross-sectional and observational study, using a convenience sample, consisting of 41 elderly volunteers, from February to September 2019. Clinical and epidemiological data were collected through a questionnaire specifically designed for the study. Urine samples from all patients were sent for urine culture. UTI conditions were more frequent in females (70%), aged 80 years or older. Bacterial growth occurred in 70.7% of the cases, and three pathogens were identified: *Escherichia coli* (51.2%), *Proteus mirabilis* (12.2%) and *Proteus vulgaris* (7.3%). Antimicrobial resistance to at least one type of antibiotic was evidenced in 48.3% of positive urine cultures. The present study made it possible to collect information on the epidemiological and microbiological profile of UTI conditions in a sample of the elderly population.

KEYWORDS: Urinary tract infection; Elderly; Antimicrobial resistance.

INTRODUÇÃO

A infecção do trato urinário (ITU) é considerada como a segunda infecção bacteriana mais comum em seres humanos e uma das principais razões para a prescrição de antimicrobianos (SALTON e MACIEL, 2017; FERREIRA et al., 2017), inclusive nos serviços de atenção primária (ALVES, EDELWEISS, BOTELHO, 2016). Estima-se que 150 milhões de ITU ocorrem anualmente em todo o mundo, resultando em mais de 6 bilhões de dólares em custos diretos de saúde (JÚNIOR et al., 2018). Além do custo econômico, a ITU está associada a um considerável custo social sendo uma das principais causas de procura por atendimento médico (VENTURIERI, MASUKAWA, NEVES, 2019; JÚNIOR et al., 2018). Calcula-se que no Brasil, 80 em cada 1.000 consultas clínicas estão relacionadas às infecções do trato urinário de origem bacteriana (SALTON e MACIEL, 2017).

O envelhecimento é caracterizado por um processo sistêmico, dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. Tais alterações fisiológicas ocasionam diminuição da capacidade funcional, psicossocial e favorecem o surgimento de doenças crônicas não-transmissíveis, que, por sua vez, propiciam a ocorrência de infecções, principalmente a infecção do trato urinário (NETO,

2003; ZUANAZZI *et al.*, 2017). Entre os fatores que podem explicar a prevalência de ITU nos idosos estão os bloqueios do trato urinário, seja por cálculos renais ou aumento da próstata; as deficiências no sistema imunológico; a utilização de cateter ou sonda vesical e a deficiência de higiene (KAYE, 2015).

Sabe-se que nas últimas décadas, o interesse acerca das peculiaridades do comportamento de quadros infecciosos em pessoas idosas tem sido crescente no Brasil. Tal fato se justifica pela mudança no perfil etário da sociedade como consequência da redução da fecundidade e do aumento da expectativa de vida (SILVA, L.R. *et al.*, 2020). O número de pessoas idosas com mais de 65 anos em 1970 representava 3,1% da população. Estima-se que, em 2025, essa parcela populacional corresponderá a aproximadamente 19% da população brasileira, havendo uma perspectiva de que em 2050 a taxa de idoso alcance a marca de 30% (MELO *et al.*, 2017).

Existe uma escassez de estudos nacionais que avaliem a incidência e os fatores de risco associados à ITU na população idosa e a necessidade de evidências científicas para direcionar o desenvolvimento de uma assistência pelos profissionais da enfermagem segura e de qualidade (FERREIRA *et al.*, 2017). Neste sentido, este estudo buscou analisar o perfil epidemiológico e microbiológico da infecção do trato urinário de origem comunitária em idosos atendidos em um pronto atendimento da cidade de Diamantina, Minas Gerais, Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo exploratório, realizado no período de fevereiro a setembro de 2019 em um pronto atendimento geral em uma instituição filantrópica de Diamantina-MG, Brasil. Este serviço é a referência de atendimento hospitalar para a macrorregião do Vale do Jequitinhonha, que abrange 23 municípios circunvizinhos, possuindo uma média mensal de 3500 atendimentos. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa, sob o CAAE 99329818.4.0000.5108 em 11/12/2019.

A amostra foi composta por 41 idosos, pacientes acima de 60 anos, de ambos os sexos, que procuram a unidade por queixas urinárias ou não e que tiveram a hipótese diagnóstica de infecção do trato urinário aventada após atendimento médico e que concordaram em participar voluntariamente.

Os elegíveis para o estudo eram identificados na classificação de risco e durante o exame clínico. Quando identificado sintomas de ITU, o profissional responsável pela triagem comunicava, via telefone, os pesquisadores, para que pudessem abordar e convidar o paciente a participar do estudo. Caso o paciente não apresentasse sintomatologia clássica de infecção urinária na triagem, ele ainda poderia ser encaminhado aos pesquisadores, pelo médico assistente após avaliação clínica e hipótese diagnóstica de ITU.

Para a coleta das variáveis sociodemográficas, história pregressa e atual da doença,

conduta terapêutica instituída, utilizou -se um instrumento de coleta construído pelos próprios autores, adaptado do instrumento proposto por Alves, Edelweis e Botelho (2016). Além das escalas de independência dos idosos propostas por Lawton (Escala de avaliação das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (Lawton; Brody, 1969), e Katz (Escala de avaliação das atividades básicas de vida diária) (Katz, 1963). As variáveis referentes ao agente etiológico e seu perfil de susceptibilidade antimicrobiana foram obtidas após resultados laboratoriais.

O procedimento de coleta de amostras de urina foi realizado por meio da coleta do jato médio, por cateterismo de alívio ou coleta direta no circuito do cateterismo vesical de demora, identificadas e encaminhadas ao laboratório, conforme rotina hospitalar. Todas as amostras coletadas foram analisadas pelo laboratório terceirizado da instituição, com técnicas de urocultura padronizadas, seguindo as recomendações dos órgãos reguladores nacionais. Não houve interferência dos pesquisadores nos testes de perfis de susceptibilidade pré-estabelecidos do serviço laboratorial, nem mesmo do método utilizado.

Os dados provenientes das entrevistas e das análises microbiológicas das amostras urinárias, foram analisados com auxílio do software de SPSS® versão 19.0 (IBM® Inc., Estados Unidos). A análise descritiva foi realizada utilizando-se medidas de frequência, tendência de centro e dispersão. Os testes bivariados empregaram o teste exato de Fisher e o teste do Qui-quadrado. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 95% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Entre os 41 idosos participantes do estudo, 70,7% eram do gênero feminino (70,7%). A média de idade foi de 76,3 anos (desvio padrão (DP):10,1), sendo que 43,9% tinham idade igual ou superior a 80 anos.

Apenas 7,3% dos indivíduos não apresentavam comorbidades. Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus foram observados em, respectivamente, 80,5% e 34,1% da amostra. A presença concomitante dessas duas patologias foi relatada em 19,5% dos pacientes. No total, 43,9% relataram fazer uso de 4 ou mais classes de medicamentos, sendo anti-hipertensivos (70,7%), diuréticos (46,3%) e antidepressivos/ neurolépticos (31,7%) as mais frequentes.

A avaliação do grau de dependência através da escala de Lawton evidenciou que 43,9% dos idosos apresentavam dependência moderada, grave ou eram totalmente dependentes. Utilizando-se a escala de dependência de Katz, 63,5% dos idosos foram classificados como dependentes ou parcialmente dependentes. Conforme escala de Katz, o grau de dependência apresentou associação positiva com a idade do paciente. Já utilizando Lawton não foi evidenciada associação significativa.

Em relação ao histórico de ITU, 80,5% dos pacientes negaram a ocorrência de

episódios prévios. O histórico de incontinência urinária esteve presente em 29,3% da amostra.

Considerando o episódio atual de sintomatologia urinária, que os levaram ao atendimento hospitalar, maior parte dos pacientes (53,7%) relatou ter procurado o serviço de saúde dentro dos primeiros 3 dias de sintomas urinários. Todavia, parte importante da amostra (24,4%) relatou apresentar sintomatologia superior a 7 dias. Dor abdominal foi o sintoma mais frequente, seguido por mal-estar, dor lombar, urina turva e disúria. Não foram evidenciadas associações entre o tempo relatado de evolução da ITU e a sintomatologia apresentada. Tais dados são apresentados na Tabela 1.

Característica	Tempo de sintomas até atendimento (dias)			P
	0 a 3 n (%)	4 a 7 n (%)	Superior a 7 n (%)	
Dor lombar				
Sim	6 (15,8)	2 (5,3)	3 (7,9)	0,955
Não	16 (41,2)	4 (10,6)	7 (18,4)	
Disúria				
Sim	4 (10,5)	4 (10,5)	2 (5,3)	0,050
Não	18 (47,4)	2 (5,3)	8 (21,1)	
Urina turva				
Sim	5 (13,2)	2 (5,3)	3 (7,9)	0,832
Não	17 (44,7)	4 (10,5)	7 (18,4)	
Urgência miccional				
Sim	3 (7,9)	1 (2,6)	3 (7,9)	0,538
Não	19 (50,0)	5 (13,2)	7 (18,4)	
Dor abdominal				
Sim	8 (21,1)	4 (10,5)	8 (21,1)	0,055
Não	14 (36,8)	2 (5,3)	2 (5,3)	
Febre				
Sim	4 (10,5)	-	3 (7,9)	0,325
Não	18 (47,4)	6 (15,8)	7 (18,4)	
Calafrio				
Sim	5 (13,2)	-	1 (2,6)	0,337
Não	17 (44,7)	6 (15,8)	9 (23,7)	
Náuseas				
Sim	1 (2,6)	-	-	0,688
Não	21 (55,3)	6 (15,8)	10 (26,3)	
Confusão				
Sim	3 (7,9)	-	1 (2,6)	0,627

Não	19 (50,0)	6 (15,8)	9 (23,7)	
Mal-estar				
Sim	10 (26,3)	2 (5,3)	1 (2,6)	0,146
Não	12 (31,6)	4 (10,5)	9 (23,7)	

Tabela 1 - Sintomatologia relacionada aos quadros de ITU conforme tempo decorrido do início do sintoma até o atendimento. Diamantina, 2019.

Fonte: Produzida pelos autores.

Após a avaliação médica na unidade de pronto atendimento, em 75,6% dos casos não foi realizada a classificação de gravidade/sítio acometido pela ITU. O diagnóstico de ITU baixa foi aventado em 17,1% das avaliações e apenas um paciente apresentou quadros graves de ITU complicada/sepsis. Análise de urina (elementos anormais e sedimentoscopia) foi solicitada pelo médico em 61% dos atendimentos.

O uso de antibióticos previamente à busca de assistência no pronto atendimento foi relatado por 22% dos indivíduos. Todos os pacientes tiveram indicação médica para início de uso de antibióticos, sendo os medicamentos mais prescritos: amoxicilina + clavulanato (46,3%), ceftriaxona (17,1%) e ciprofloxacino (9,8%).

O crescimento bacteriano nos exames de urocultura, realizados para todos os idosos envolvidos no presente estudo, ocorreu em 70,7% dos casos. Apenas três espécies de bactérias foram identificadas: *Escherichia coli* (51,2%), *Proteus mirabilis* (12,2%) e *Proteus vulgaris* (7,3%). A resistência bacteriana para ao menos um tipo de antibiótico foi evidenciado em 48,3% das uroculturas positivas.

O histórico de ITU e os fatores relacionados foram analisados e estão apresentados na Tabela 2. Observou-se associação significativa entre o histórico de ITU e o uso de antibiótico prévio a avaliação médica realizada no momento da pesquisa ($p=0,035$).

Característica	Histórico de ITU			P
	Primeiro episódio de ITU n (%)	ITU no último ano n (%)	ITU de repetição/ crônica n (%)	
Gênero				
Feminino	24 (61,5)	2 (5,1)	2 (5,1)	0,955
Masculino	9 (23,1)	1 (2,6)	1 (2,6)	
Idade (anos)				
60 a 69	11 (28,2)	1 (2,6)	-	0,602
70 a 79	9 (23,1)	-	1 (2,6)	
80 ou mais	13 (33,3)	2 (5,1)	2 (5,1)	
Comorbidades: HAS				
Presente	27 (69,2)	2 (5,1)	2 (5,1)	0,699
Ausente	6 (15,4)	1 (2,6)	1 (2,6)	

Comorbidades: DM				
Presente	12 (38,8)	-	1 (2,6)	0,441
Ausente	21 (53,8)	3 (7,7)	2 (5,1)	
Uso de medicamentos				
1 a 3 classes de medicamentos	20 (51,3)	2 (5,1)	1 (2,6)	0,630
4 ou mais classes de medicamentos	13 (33,3)	1 (2,6)	2 (5,1)	
Uso de Diurético				
Sim	15 (38,5)	2 (5,1)	2 (5,1)	0,522
Não	18 (46,2)	1 (2,6)	1 (2,6)	
Incontinência urinária				
Sim	10 (25,6)	1 (2,6)	1 (2,6)	0,989
Não	23 (59,0)	2 (5,1)	2 (5,1)	
Uso prévio de antibiótico				
Sim	5 (15,6)	2 (6,3)	1 (3,1)	0,035
Não	22 (68,8)	-	2 (6,3)	
Bactéria identificada				
<i>Escherichia coli</i>	16 (59,3)	1 (3,7)	3 (11,1)	0,801
<i>Proteus mirabilis</i>	4 (14,8)	-	-	
<i>Proteus vulgaris</i>	3 (11,1)	-	-	

HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM: diabetes mellitus; ITU: infecção do trato urinário

Tabela 2- Relato de histórico de ITU e fatores relacionados na amostra. Diamantina, 2019.

As análises de fatores relacionados ao crescimento bacteriano na urocultura também não validaram associações significativas com os fatores investigados (Tabela 3). Entretanto, a positividade da urocultura foi mais frequente no gênero feminino, em pacientes no primeiro episódio de ITU e que não fizeram uso prévio de antibióticos.

Características	Resultado da urocultura		P
	Com crescimento bacteriano	Sem crescimento bacteriano	
	n (%)	n (%)	
Gênero			
Feminino	22 (53,7)	7 (17,1)	0,262†
Masculino	7 (17,1)	5 (12,2)	
Idade (anos)			
60 a 69	11 (26,8)	2 (4,9)	0,385†
70 a 79	6 (14,6)	4 (9,8)	
80 ou mais	12 (29,3)	6 (14,6)	

Comorbidades: HAS			
Presente	25 (61,0)	8 (19,5)	0,202*
Ausente	4 (9,8)	4 (9,8)	
Comorbidades: DM			
Presente	11 (26,8)	3 (7,3)	0,494*
Ausente	18 (43,9)	9 (22,0)	
Uso de medicamentos			
1 a 3 classes de medicamentos	17 (41,5)	6 (14,6)	0,613†
4 ou mais classes de medicamentos	12 (29,3)	6 (14,6)	
Histórico de ITU			
Primeiro episódio de ITU	23 (59,0)	10 (25,6)	0,207†
ITU no último ano	1 (2,6)	2 (5,1)	
ITU de repetição/crônica	3 (7,7)	-	
Incontinência urinária			
Sim	10 (24,4)	2 (4,9)	0,452†
Não	19 (46,3)	10 (24,4)	
Uso prévio de antibiótico			
Sim	6 (17,6)	3 (8,8)	1,000*
Não	18 (52,9)	7 (20,6)	
Hipótese diagnóstica			
ITU baixa	6 (14,6)	1 (2,4)	0,309†
ITU alta/ Pielonefrite	1 (2,4)	1 (2,4)	
ITU complicada/ Sepses	-	1 (2,4)	
Não classificada	22 (53,7)	9 (22,0)	
Solicitação de sumário de urina			
Solicitado	21 (51,2)	4 (9,8)	0,034*
Não solicitado	8 (19,5)	8 (19,5)	

† Teste do χ^2 , * Teste Exato de Fisher; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM: diabetes mellitus; ITU: infecção do trato urinário.

Tabela 3 – Fatores relacionados ao crescimento bacteriano na urocultura, avaliados no período de fevereiro a setembro de 2019.

Entre as amostras analisadas na urocultura, 70,7% apresentou pelo menos um patógeno. Foram identificadas três espécies de microrganismos: *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* e a *Proteus vulgaris*. Das amostras que evidenciaram crescimento da *Escherichia coli*, 28,6% demonstraram patógenos com resistência antimicrobiana. Sulfametoxazol + trimetropina (19%), Azetreonam (9,5%) e Cefalotina (9,5%) foram as medicações antibacterianas com maior resistência. Em todas as amostras de urina com crescimento de *Proteus mirabilis* ou *Proteus vulgaris* o antibiograma mostrou resistência bacteriana. Dentre as características investigadas nenhuma delas evidenciou associações significativas com o perfil resistência a antibióticos.

O uso prévio de antibiótico não apresentou correlações com a sensibilidade do patógeno evidenciado. Em relação ao antibiótico prescrito após a avaliação médica, Amoxicilina + Clavulanato (24,1%) e a Ceftriaxona (10,3%), foram os mais utilizados dentro do grupo de ITU causados por bactérias com resistência a antibiótico.

DISCUSSÃO

A ITU constitui-se como a segunda infecção mais comumente encontrada na população (LACERDA *et al.*, 2015). Em idosos, a ITU representa cerca de 10% das infecções em homens e 20% das infecções em mulheres (CORRÊA, MONTALVÃO, 2010; MOLINARI, 2006; VILLAS BOAS, FERREIRA 2007; ZUANAZZI *et al.*, 2017). Tal fato corrobora os achados do presente estudo, observando um predomínio de acometimento da ITU sobre indivíduos do sexo feminino.

Essa evidência pode estar relacionada ao comprimento mais curto da uretra feminina e à maior proximidade entre o ânus e a vagina (ASSIS *et al.*, 2018). Aproximadamente, 50% a 70% das mulheres apresentam casos de ITU pelo menos uma vez durante toda a vida, sendo que em 20% a 30% dessas vezes verificam-se episódios recorrentes de ITU (SIMÕES e SOUZA, 2019).

Em mulheres após os 60 anos, especialmente no período pós-menopausa, a possível ocorrência de episódios de ITU associa-se à diferentes fatores, incluindo: a deficiência de estrogênio, diminuição dos Lactobacilos vaginais, prolapso vaginal, volume residual elevado e histórico de ITU prévia (FEBRASGO, 2021). Esse fato ocorre devido ao processo de envelhecimento e à diminuição da produção de estrogênio na pós-menopausa, podendo tornar as mulheres ainda mais suscetíveis à colonização e aderência de bactérias no trato urinário baixo (SILVA L.R. *et al.* 2020).

A ITU nos indivíduos idosos apresenta uma maior prevalência nos portadores de alguma comorbidade. No presente estudo, grande parte dos idosos participantes apresentaram ao menos uma comorbidade, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes *mellitus* (DM) as mais observadas. Em relação à presença dessas comorbidades em pacientes com infecção urinária, nota-se que essas são frequentemente descritas em estudos, sendo a DM um fator predisponente para a condição infecciosa. Sabe-se que a neuropatia diabética compromete o sistema geniturinário favorecendo a ITU, assim como a hiperglicemia também favorece o desenvolvimento de bactérias (FERREIRA; BARROS; BRAGA, 2016; WOLDEMARIAM *et al.*, 2019). Já a HAS, embora não seja diretamente ligada à ITU, relaciona-se com a DM por facilitar a rigidez vascular que pode ocorrer devido à reabsorção de água e sódio junto à glicose, ocasionando o aumento pressórico (SEVERO, 2016). Outro trabalho também demonstrou a HAS como a comorbidade prevalente entre os pacientes que foram diagnosticados com infecção urinária (ZAVALA-CERNA *et al.*, 2020).

Outras doenças neurológicas, renais, imunodeficiências e diarreia são comorbidades

que predispõem ao surgimento da ITU. Demais fatores de risco para o desenvolvimento de ITU estão relacionados à cirrose biliar primária, mobilidade reduzida, constipação, uso de cateteres e anormalidades do trato urinário, tais como o cálculo, a incontinência urinária com aumento do volume vesical residual e alargamento prostático (MELO *et al.*, 2017; SILVA L.R. *et al.*, 2020).

Nesse contexto, certas doenças de base contribuem para o surgimento de ITU, como por exemplo a presença de incontinência urinária. Esta tem se mostrado um fator de risco para a ocorrência de ITU na população idosa. Como observado no presente trabalho, a incontinência urinária foi prevalente em idosos portadores de DM, sendo significativamente maior em relação aos não portadores dessas comorbidades. A etiologia mais provável do aumento da incontinência urinária em portadores de DM tipo 2 é dano microvascular, semelhante ao processo da doença envolvido no desenvolvimento da retinopatia, nefropatia e neuropatia periférica (BROWN, 2005).

Destaca-se também a prevalência de ITU em idosos que apresentaram um grau de dependência parcial ou completo pela Escala de Katz. Tal fato pode advir das condições físicas que ocasionam maior grau de dependência e, conseqüentemente, dificuldade de locomoção, estado imunológico e psicossocial comprometido, favorecendo o aumento da ITU. Outros estudos demonstram que maior grau de dependência e debilidade do idoso estão associados a uma maior prevalência de ITU (CORRÊA e MONTALVÃO, 2010). Essa observação também é confirmada por Caljouw e colaboradores, avaliando o grau de dependência através da Escala de Restrição de Atividades Groningen, que identificaram associações significativas entre a presença de dependência em ao menos uma das nove AVDs descritas pela escala e a ocorrência de ITU (CALJOUW *et al.*, 2011). Associações estatisticamente significativas foram observadas no presente trabalho em relação a menor frequência de solicitação de exames de urina nos idosos com maior grau de dependência.

Com relação à sintomatologia, os sintomas mais prevalentes observados na população idosa desse estudo foram dor abdominal/lombar e mal-estar. Porém, associações com significância não foram observadas entre a sintomatologia e o tempo de evolução do quadro clínico dos pacientes. Sabe-se que, quando sintomática, os sintomas da ITU podem variar segundo o sítio da infecção. A cistite, por exemplo, caracteriza-se clinicamente pela presença de: disúria, urgência miccional, polaciúria, nictúria e dor (MORAIS *et al.*, 2017).

O diagnóstico de ITU é predominantemente clínico, com quadro sugestivo baseado na presença de disúria, polaciúria, urgência miccional, dor supra púbica e/ou nictúria (FERREIRA *et al.*, 2017). No entanto, o diagnóstico confirmado através da urocultura possui papel primordial dentro da clínica médica (ASSIS e CRISTINA, 2018). Os exames de urocultura realizados na presente investigação revelaram alta taxa de crescimento bacteriano, sendo o maior percentual verificado em mulheres em relação aos homens. Estudo similar também evidenciou predominância de uroculturas alteradas no sexo feminino, em cerca de 88% das investigadas (LACERDA *et al.*, 2015).

No presente estudo, uma parte expressiva dos idosos participantes não teve exame de análise de urina solicitados após a avaliação médica. Todos os pacientes, receberam tratamento empírico com antibióticos. Sabe-se que os tratamentos empíricos para as ITU não complicadas podem ser utilizados em ambientes extra-hospitalares com recomendações específicas. No entanto, devem ser prioritariamente oferecidos a pacientes sintomáticos na maioria das vezes, sem a necessidade de realização prévia de urocultura, obtendo-se dessa forma uma maior custo-efetividade da assistência (FERREIRA *et al.*, 2017). Devido à demora na liberação de resultados de cultura e de antibiograma, a prescrição empírica de antibióticos, para este tipo de infecção é bastante corriqueira, sendo esta conduta fator de risco para o desenvolvimento de resistência bacteriana (JÚNIOR *et al.*, 2018).

Já nos idosos submetidos à urocultura, cuja ocorreu em 70,7% dos casos, identificaram-se três espécies de bactérias predominantes, são elas a *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* e *Proteus vulgaris*. A *E. coli* é o microrganismo mais frequentemente isolado, tanto em pacientes hospitalizados como nos ambulatoriais, sendo identificada em cerca de 60% a 90% das ITU de origem comunitária (ALVES, EDELWEISS, BOTELHO, 2016; MELO *et al.*, 2017; PÓVOA *et al.*, 2019).

As infecções do trato urinário são causadas mais frequentemente por bactérias Gram-negativas, sendo as principais delas pertencentes à família das *Enterobacteriaceae*. Estudos realizados no Brasil entre 2001 e 2011, bem como Diretrizes da Sociedade Brasileira de Urologia, mostraram *Escherichia coli*, *Proteus spp.*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus saprophyticus* e *Enterococcus faecalis* como os principais agentes etiológicos das infecções urinárias, sendo *E. coli* responsável pela maior proporção, seja em ambiente hospitalar ou na comunidade (FERREIRA *et al.*, 2017; MELO *et al.*, 2017; MORAIS *et al.*, 2017; SILVA G.F. *et al.*, 2020). Entretanto, o trato urinário pode ser susceptível à colonização por diversos outros gêneros de bactérias, inclusive anaeróbicas como *Bacteroides fragilis* e fungos, como *Cândida sp* (MORAIS *et al.*, 2017; SALTON e MACIEL, 2017; ASSIS e CRISTINA, 2018).

Dados publicados por outros autores em diferentes regiões do Brasil também apresentaram a *E. coli* como patógeno mais prevalente, como os estudos feitos por Poletto e Reis (2005), em Goiânia (GO), com 67,9%, por Braoios *et al.* (2009), em São Paulo (SP) 65,97%, e por Pires *et al.* (2007), em Brasília (DF) 62,4%.

Das amostras de urina que evidenciaram crescimento bacteriano no presente estudo, parte expressiva apresentou resistência a pelo menos um tipo de antibiótico. Tais achados se justificam pelo fato de os idosos possuírem maior resistência aos antimicrobianos. Supõe-se que os microrganismos oriundos de pacientes idosos apresentem maior resistência por serem originados de pacientes com maior probabilidade de exposições a procedimentos cirúrgicos, admissões hospitalares passadas, infecções complicadas e uso prévio de antimicrobianos, atividades descritas como fatores de risco (VENTURIERI, MASUKAWA, NEVES, 2019).

Nesse estudo, os antimicrobianos mais comumente prescritos para os idosos com ITU investigados foram amoxicilina + clavulanato, ceftriaxona e ciprofloxacino. Estes medicamentos estão dentro dos principais antimicrobianos disponíveis para tratamento de ITU em adultos no Brasil (FERREIRA *et al.* 2017).

Nos resultados, percebe-se ainda significativa parte das amostras com crescimento de *E. coli* apresentaram alguma resistência ao antibiótico, sendo o sulfametoxazol + trimetopina o medicamento com maior prevalência de resistência. Em relação às amostras com crescimento de bactérias do gênero *Proteus*, todos os microrganismos identificados apresentaram resistência, sendo a nitrofurantoína o medicamento com maior resistência.

Para os antimicrobianos que apresentaram elevada prevalência de resistência, recomenda-se seu uso somente após a realização do antibiograma. A tendência ao uso indiscriminado de antimicrobianos mais potentes e com espectro mais ampliado tem levado ao aumento das taxas de resistência dos diversos patógenos a esses fármacos. Nesse sentido, algumas diretrizes terapêuticas têm sugerido a escolha de determinados antimicrobianos, não apenas pela sua potência e eficácia clínica, mas também pelo seu potencial de causar ou não efeitos ecológicos indesejáveis (FERREIRA *et al.*, 2017).

Observando esses dados, compreende-se que os medicamentos sulfametoxazol + trimetopina não configura o ideal, visto ser mais resistente a *E. Coli*. Além disso, por ser a responsável pela maior parte dos casos de ITU, não se deve utilizar no tratamento empírico, antibióticos para os quais haja uma resistência local da *E. coli*. No que se refere as bactérias do gênero *Proteus*, não se recomenda a utilização do nitrofurantoína, visto que este é o medicamento que apresentou maior resistência (ALVES *et al.*, 2016).

Os medicamentos Fluoroquinolonas (ciprofloxacino, levofloxacino, moxifloxacino, ofloxacino e gemifloxacino) possuem boa atividade *in vitro* contra uropatógenos, e podem ser administradas em um regime de tratamento curto, porém, atualmente, esses microrganismos apresentam elevadas taxas de resistência a essa classe de antibióticos (FERREIRA *et al.*, 2017). Em casos frequentes de alta prevalência da resistência às fluoroquinolonas, sugere-se que sejam definidos critérios locais para o seu uso empírico no tratamento da ITU de origem comunitária (PÓVOA *et al.*, 2019). Desse modo, sugere-se que criem um protocolo para o uso mais adequado do antibiótico.

No estado de Minas Gerais, na região do Triângulo Mineiro, foram avaliadas as uroculturas positivas para *E. coli*, no período compreendido entre janeiro de 2010 a dezembro de 2015, cujos resultados mostraram 29% de resistência ao ciprofloxacino, 31% ao norfloxacino e somente 6% à nitrofurantoína (FERREIRA *et al.*, 2017).

A resistência ao sulfametoxazol + trimetoprima foi semelhante a diversos estudos brasileiros e, provavelmente, reflete o uso generalizado e indevido deste antimicrobiano de baixo custo para o tratamento de ITU no país (ALVES *et al.*, 2016). No presente estudo, o medicamento sulfametoxazol + trimetoprima também apresentou resistência. No município de São Luís, localizado no Estado do Maranhão, foram analisadas 875

uroculturas provenientes de ITU comunitárias, com 45,0% de resistência da *E. coli* ao sulfametoxazol + trimetoprima. (FERREIRA *et al.*, 2017). As elevadas taxas de resistência as sulfonamidas sugerem o uso criterioso desse antimicrobiano para tratamento de ITU de origem comunitária. A sulfonamida pode ser adequada para o tratamento empírico de uretrite não-complicada se a taxa de resistência local dos uropatógenos não exceder 20%, ou se a linhagem infectante é conhecida e sensível (PÓVOA *et al.*, 2019).

A Nitrofurantoina é considerada um agente eficaz para o tratamento de ITU, com poucos efeitos colaterais, comprovada ausência de resistência cruzada e a atividade contra cepas de *E. coli* resistentes à múltiplas drogas. Entretanto, existem divergências quanto a recomendação de uso dessa droga para o tratamento empírico de ITU, devido a sua elevada prevalência de resistência (PÓVOA *et al.*, 2019).

Antibióticos como a ampicilina, a cefalotina e a amoxicilina + clavulanato já demonstraram susceptibilidade <80% em todas as faixas etárias analisadas, indicando que devem somente ser utilizados após liberação do resultado do antibiograma. O uso de Penicilinas para tratamento de ITU não é recomendado devido à sua baixa eficácia e alta prevalência de resistência no mundo (PÓVOA *et al.*, 2019). Esse estudo evidenciou que 4,8% das *E. coli*, 20% dos *Proteus mirabilis* e 33% dos *Proteus vulgaris* apresentavam resistência a amoxicilina + clavulanato.

Algumas limitações do presente estudo merecem ser destacadas: a amostragem foi por conveniência e de tamanho limitado, toda a coleta de dados foi realizada apenas no período diurno de funcionamento da unidade de pronto atendimento. Portanto, investigações futuras com enfoque no perfil local de microrganismos e de resistência antimicrobiana relacionados à ITU, são fundamentais para o planejamento de ações locais que melhorem a assistência à saúde neste contexto.

CONCLUSÃO

O presente estudo revelou um perfil predominante de mulheres idosas com quadro de ITU. A maioria dessas mulheres eram dependentes nas atividades de vida diária, em parte com incontinência urinária, portadoras de comorbidades e em uso contínuo de medicação. Tendo apresentado enterobactérias em amostras de urocultura e terapêutica empírica diversa.

Além disso, possibilitou a coleta de informações pertinentes quanto ao perfil epidemiológico e microbiológico dos quadros de ITU em uma amostra de população idosa atendida em uma unidade de Urgência e Emergência do município de Diamantina/MG. Tais informações podem ser úteis para auxiliar no desenvolvimento de políticas de saúde pública destinadas especificamente à assistência da população idosa local. Portanto estudos epidemiológicos que investigam a prevalência de uropatógenos de cada região são importantes para planejar e executar ações locais de planejamento, prevenção, controle e

tratamento das ITU na população idosa.

Outras investigações mais abrangentes, incluindo maior amostragem, outros pontos de assistência à saúde e abordagens com coleta contínuas de dados, se fazem necessárias para a elaboração de melhores estratégias de diagnóstico e tratamento dos quadros de ITU da população idosa, considerando-se o crescente perfil de resistência a antibióticos das bactérias envolvidas nessas patologias.

REFERÊNCIAS

1. ALVES, D.M.S.; EDELWEISS, M.K; BOTELHO, L.J. Infecções comunitárias do trato urinário: prevalência e susceptibilidade aos antimicrobianos na cidade de Florianópolis. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016.
2. ASSIS, T.P.D.; CRISTINA, A. A incidência de infecções no trato urinário : uma análise documental de prontuários. **Rev Bras Educ Saúde**, [S. l.], v. 8, n. 4, p. 58–64, 2018.
3. BRAOIOS, A. *et al.* Infecções do trato urinário em pacientes não hospitalizados: etiologia e padrão de resistência aos antimicrobianos. **J Bras Patol Med Lab**, v. 45, n. 6, p. 449-56, 2009.
4. BROWN J. S. Urinary incontinence: an important and under recognized complication of type 2 diabetes mellitus. **J Amer Geriatr Society**, v. 53, n. 11, p. 2028–2029, 2005.
5. CALJOUW, M. A. A. *et al.* Predictive factors of urinary tract infections among the oldest old in the general population: a population-based prospective follow-up study. **BMC Med**. v. 9, n. 57, p. 1-8, 2011.
6. CORRÊA, E.F.; MONTALVÃO, E.R. Infecções do trato urinário em geriatria. **Estudos**, v. 37, n. 7/8, p. 625 625-635, 2010.
7. FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia). Infecção do trato urinário. São Paulo: FEBRASGO; 2021 (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 49/ Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal).
8. FERREIRA, R.C.; BARROS, C.E.; BRAGA, A.L. Perfil de infecção urinária associada à taxa de glicemia alterada. **Rev Bras Anal Clínicas**, v. 48, n. 4, p. 346-351, 2016.
9. FERREIRA, V. M. *et al.* Infecções comunitárias do trato urinário em Divinópolis, MG: avaliação do perfil de resistência bacteriana e do manejo clínico. **Ver Bras Med Fam Comunidade**. v.12, n. 39, p. 1-13, 2017.
10. JÚNIOR, G.E.S.G. *et al.* Infecções do trato urinário: frequência e etiologia em pacientes não hospitalizados. **RUC**, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 112–126, 2018.
11. KATZ, S. *et al.* Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 12, p. 914-919, 1963.
12. KAYE, D. Complicated urinary tract infection in the geriatric population. **Curr Geriatr Rep.**; v. 4, n. 1, p. 79-86, 2015.

13. LACERDA, W. C *et al.* Infecção urinária em mulheres: revisão de literatura. **Saúde em Foco**, v.1, p. 282-295, 2015.
14. LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of people: self-maintain in hand instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v.9, n. 3, p. 179-186, 1969.
15. MELO, L. S. *et al.* Infecção do trato urinário: uma coorte de idosos com incontinência urinária. **Rev Bras Enferm**. v. 70, n. 4, p. 873-80, 2017.
16. MOLINARI, K.M. **Infecção do trato urinário em idosos institucionalizados**. Bebedouro, 2006. 5f. Dissertação (Doutorado) - Faculdades Integradas – FAFIBE.
17. MORAIS, A. P; *et al.* Prevalência da infecção no trato urinário entre pacientes idosos atendidos por laboratório de análises clínicas em Ipatinga. **BJSCR**, v. 20, n. 3, p. 58-61, 2017.
18. NETO, O.M.V. Infecções do trato urinário. **Medicina**, v. 36, p. 365-369, 2003.
19. PIRES, M.C.S. *et al.* Prevalência e suscetibilidades bacterianas das infecções comunitárias do trato urinário, em Hospital Universitário de Brasília, no período de 2001 a 2005. **Ver Soc Bras Med Trop**, v. 40, n. 6, p. 643-7, 2007.
20. POLETTO, Karine Queiroz; REIS, Cleomenes. Suscetibilidade antimicrobiana de uropatógenos em pacientes ambulatoriais na cidade de Goiânia, GO. **Rev Soc Bras Med Trop**, [S. l.], v. 38, n. 5, p. 416–420, 2005.
21. PÓVOA, C. P., *et al.* Evolução da resistência bacteriana em infecção comunitária do trato urinário em idosos. **Rev Epidemiol Controle Infecç**, v. 9, n. 1, 2019.
22. SALTON, G.; MACIELB. M. J. Prevalência e perfil de resistência de bactérias isoladas em uroculturas de pacientes de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde**; v.10, n. 4, p. 194-199, 2017.
23. SEVERO, M.D. Pressão alta no diabetes tipo 2: risco à saúde e escolha do melhor tratamento. **Sociedade Brasileira de Diabetes**, 2016.
24. SILVA, G. F. *et al.* Prevalência de infecção do trato urinário em idosos assistidos por um programa de medicina preventiva em Cascavel/PR. **FAG Journal of Health**, v. 2, n. 3, p. 352-356, 2020.
25. SILVA, L. R. *et al.* Infecção do trato urinário em pacientes idosos em atendimento domiciliar: prevalência, manifestações clínicas e tratamento. **REAC/EJSC**, v. 2, n. 3, p. 352–356, 2020.
26. SIMÕES, L. P.; SOUZA, L. B. G. Avaliação in vitro da atividade antibacteriana de sucos de cranberry (*Vaccinium macro carpon*) sobre cepas de *Escherichia coli* responsáveis por infecção urinária. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 51, n. 2, p. 154-156, 2019.
27. VENTURIERI, V. R.; MASUKAWA, I. I.; NEVES, F. S. Suscetibilidade a antimicrobianos de bactérias isoladas de culturas de urina provenientes do hospital universitário da universidade federal de santa catarina. **Arq. Catarin Med**. v. 48, n. 1, p. 155-172, 2019.
28. VILLAS BOAS, P.J.F.; FERREIRA, A.L.A. Infecção em idosos internados em instituição de longa permanência. **Rev Assoc Med Bras** v. 53, n. 2, p. 126 126-129, 2007.

29. WOLDEMARIAM, H.K. *et al.* Common uropathogens and the antibiotic susceptibility pattern among diabetic patients. **BMC Infectious Diseases**, 2019.
30. ZAVALA CERNA, M.G. *et al.* The clinical significance of high antimicrobial resistance in community-acquired urinary tract infections. **Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology**, 2020.
31. ZUANAZZI, K; *et al.* Prevalência de infecção do trato urinário em idosos residentes em uma instituição de longa permanência na cidade de Farroupilha/RS. **Revista Uningá**, v. 52, n.1, p.77-83, 2017.

CAPÍTULO 6

UNINDO GERAÇÕES: A PERSPECTIVA DE JOVENS E IDOSOS SOBRE PROCESSO DE RELAÇÕES INTERGERACIONAIS

Data de submissão: 10/03/2023

Data de aceite: 03/04/2023

Érica Cristina da Silva Pereira

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/7285517871222403>

Célia Maria Gomes Labegalini

Universidade Estadual do Paraná –
UNESPAR
Paranavaí – PR
<http://lattes.cnpq.br/0026263831825992>

Maria Cécilia Vaz da Silva

Universidade Estadual do Paraná –
UNESPAR
Paranavaí – PR
<http://lattes.cnpq.br/2686101015934392>

Iara Sescon Nogueira

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/8164339764901005>

Eloise Panágio Silva

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/2726256460228811>

Maria Júlia Yunis Sarpi

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/2801572953940436>

Rebeca Iwankiw Lessa Beltran

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/1181575328245293>

Poliana Ávila Silva

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/3156951423567955>

Isabela Vanessa Tavares Cordeiro Silva

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá – PR
<http://lattes.cnpq.br/6182767203825926>

Mariana Pissioli Lourenço

Universidade Estadual do Paraná -
UNESPAR
Paranavaí – PR
<http://lattes.cnpq.br/0544903529001529>

Viviani Camboin Meireles

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá – PR
<http://lattes.cnpq.br/0133664256259857>

Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/5811597064340294>

RESUMO: Objetivo: sistematizar as relações intergeracionais entre idosos, jovens e crianças desveladas pelo projeto de extensão Unindo Gerações. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, desenvolvida segundo a abordagem da Sistematização da Experiência (SE). Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com 10 participantes do projeto e os registros dos encontros. **Resultados:** a interpretação crítica da SE em questão, culminou na categorização dos temas apreciados durante a experiência vivida, e foi possível identificar três repercussões das relações intergeracionais viabilizada pelo projeto Unindo Geração: “Motivando reflexões e desmistificando estereótipos associados a velhice”; “Interação social nas relações intergeracionais como estimulante do envelhecimento ativo promovido pelas relações intergeracionais”; “Intercâmbio de conhecimentos e experiências nas relações intergeracionais”. **Discussão:** atualmente existem muitos estereótipos associados ao envelhecimento, nesse sentido as relações intergeracionais auxiliam a desmistificar visões negativas que os jovens poderiam possuir sobre a pessoa idosa. Além disso, permite estimular a interação social que está alicerçada na promoção do envelhecimento ativo e manutenção da saúde mental. Cabe ressaltar a promoção da coeducação entre as gerações por meio da transmissão de saberes e experiências entre ambas as gerações. **Considerações Finais:** a SE permitiu o levantamento das repercussões viabilizada pelo projeto Unindo Gerações, essas possibilitaram que o jovem passasse ver a velhice de forma mais favorável e benéfica, aproxima as gerações, oportuniza o diálogo e inclui o idoso socialmente.

PALAVRAS-CHAVE: Relação entre gerações; Idoso; Jovens; Envelhecimento Saudável.

UNING GENERATIONS: THE PERSPECTIVE OF YOUNG AND ELDERLY PEOPLE ON THE PROCESS OF INTERGENERATIONAL RELATIONS

ABSTRACT: Objective: to systematize the intergenerational relationships between adolescents, young people and children unveiled in the Unindo Gerações extension project. **Methods:** this is a qualitative, descriptive and exploratory research, developed according to the Systematization of Experience (SE) approach. Data were collected through semi-structured interviews with 10 project participants and meeting records. **Results:** the critical interpretation of the SE in this one, culminated in the categorization of the themes appreciated during a lived experience, being possible to identify three repercussions of the intergenerating relationships through the Unindo Geração project: “Motivating reflexes and demystifying foreign types associated with speed”; “Social interaction in intergenerational relationships as a stimulant of active aging promoted by intergenerational relationships”; “Exchange of knowledge and experiences in intergenerational relationships”. **Discuss:** Currently there are many foreign types associated with involvement, there is a feeling that intergenerational relationships help to demystify negative views that young people may have on the elderly. At the same time, they allow us to stimulate social interaction that is licensed in the promotion of active development and maintenance of mental health. It is worth mentioning the promotion of co-education between generations through the transmission of knowledge and experience between am just the generations. **Final considerations:** if you allow the removal of repercussions to be made available to the project through joining groups, it is possible for the young person to go through the fastest and most favorable and beneficial way, approaching groups, opportunities or dialogue and including or socially worthy.

KEYWORDS: Relationship between generations; idosus; youth; Healthy Aging.

1 | INTRODUÇÃO

A humanidade perpassa, ao decorrer do tempo, por inúmeras atualizações de gerações com características próprias, decorrentes das mudanças que envolvem o desenvolvimento da sociedade (MALAFIA, 2011). Surge uma nova geração em cerca de vinte anos, estabelecendo um novo grupo com características organizacionais e comportamentais diferentes tornando as relações intergeracionais presentes e necessárias (ABREU; FORTUNATO; BASTOS, 2016).

Deste modo, as mudanças geracionais ocorrem desde os tempos mais remotos, mesmo que seja estudada e contextualizada só atualmente (BOAS *et al.*, 2016). No contexto contemporâneo, a globalização, o avanço dos meios de comunicação e da diversidade de influências culturais, ocasionou um cenário em que tudo se modifica mais rapidamente (MALAFIA, 2011). As alterações no cenário do trabalho, as relações de emprego e produtividade têm acentuando a desigualdade social, excluindo pessoas pela pobreza, a discriminação social, religiosa, étnico-cultural e etária, aumentando distinções entre as gerações e o isolamento de grupos populacionais como as gerações mais antigas (RAMOS, 2014).

Esse contexto pode favorecer uma inversão nos processos de socialização e transmissão de saberes e valores. A cultura contemporânea aponta para a centralidade da juventude, tornando-a a categoria social e econômica mais importante. Essa inversão aponta para a diminuição da inclusão das gerações mais velhas na sociedade ativa e conseqüentemente na diminuição das relações intergeracionais (BORGES; MAGALHÃES, 2011; RAMOS 2014).

As relações intergeracionais apontam a necessidade do embate a esse distanciamento que está se estabelecendo entre as gerações. A transmissão de saberes e valores, e a construção da história de uma sociedade se forma nos encontros e nas trocas com pessoas de outras gerações (BOSI, 1979; RAMOS, 2014), da mesma forma que as gerações jovens transmitem aos idosos valores e conhecimentos do mundo atual (GVOZD; DELLAROZA, 2012). Diante desse ponto, a relação intergeracional pode ser definida como:

Processos e procedimentos que se apoiam e se legitimam enfatizando a cooperação e interação entre duas ou mais gerações, assegurando a partilha de experiências, conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, com o fim de aumentar os respectivos níveis de autoestima e autorrealização pessoal. O objetivo é mudar e transformar-se na aprendizagem com o outro (SÁEZ, 2002, p. 104).

Outro precursor para o distanciamento das gerações se dá pela educação. Os ensinamentos tradicionais, fortemente presente na atualidade, destinam-se, em grande parte, apenas a uma faixa etária jovem, excluindo gerações mais velhas. É necessário que hajam

novas metodologias e estratégias que abordem as diversidades, num fator inclusivo e dinamizador, se estendendo a pessoas de todas as gerações, viabilizada, por exemplo, pela educação intergeracional (BOAS *et al.*, 2016).

Nessa perspectiva, o Programa de Educação Tutorial (PET) de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM) desenvolveu um projeto de extensão que se distanciava de ensinamentos tradicionais e viabilizasse, dessa forma, o desenvolvimento de relações intergeracionais, pautadas na aprendizagem problematizadora (FREIRE, 2011).

O Programa de Educação Tutorial (PET), assim denominado desde 2004, foi criado em 1974 e vinculado à Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SESu/MEC) desde 1999, e possui como principal objetivo a formação acadêmica e social de excelência (BRASIL, 2006).

Os projetos desenvolvidos pelo Programa almejam aprimorar o método de ensino, pesquisa e extensão das Instituições, articulando-os de forma indissociável (GONÇALVES; HIDALGO; ROSIN, 2017). A UEM, *locus* desse estudo, possui atualmente 15 grupos PET, criados a partir do ano de 1991 e vinculados a Pró-reitoria de Ensino (PEN). No curso de Enfermagem da UEM, o grupo PET teve início em 2009, e foi nomeado de PET-Enfermagem, e atualmente mantém o propósito de educação de excelência, consolidando uma história de ganhos, principalmente humanos, ligados a esta forma de organização da educação tutorial.

Nessa perspectiva, o planejamento das atividades do PET-Enfermagem é organizado seguindo o Método Altadir de Planejamento Participativo (MAPP) como referencial, para tal, pauta-se na compreensão de uma situação-problema contextualizada para definir hipóteses e soluções cabíveis por meio do trabalho colaborativo e coletivo (PEREIRA *et al.*, 2017).

No processo de planejamento anual das atividades de 2018, elencou-se que uma das situações-problemas se referia à falta de ações extensionistas de caráter social direcionada ao idoso e sua inserção na sociedade. Cabe destacar, que na sociedade moderna existe diminuição das relações intergeracionais (BORGES; MAGALHÃES, 2011; RAMOS 2014) e essas relações se apresentam como importante estratégia que contribui para o processo de educação e desenvolvimento de conhecimento (SAVATER, 2006; BOAS *et al.*, 2016). Assim, pactuou-se que uma das frentes de atuação do grupo, voltar-se-ia para sanar essa situação-problema, por meio do desenvolvimento de atividades de formação social e profissional organizadas em ações extensionistas e pautada nas relações intergeracionais, por meio do projeto Unindo Gerações.

Para tal, foram promovidos encontros entre os idosos da comunidade maringaense e idosos vinculados a Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI) com os alunos dos cursos de graduação e pós-graduação do grupo PET-Enfermagem/UEM. As atividades pautaram-se na comunicação e na relação intergeracional, com o objetivo de resgatar e registrar, junto aos idosos e jovens, o 'Viver em Maringá'.

As ações do projeto supracitado foram elaboradas por duas acadêmicas do PET-Enfermagem, sendo uma delas a autora desse trabalho, elas atuaram no planejamento, desenvolvimento e avaliação, bem como integrando o projeto e participando ativamente das atividades propostas.

As relações intergeracionais são indispensáveis e essenciais para preservação e transmissão da história, costumes, conhecimentos, princípios, valores e memória das sociedades. Essas relações contribuem efetivamente para o processo de educação, auxiliando também a romper preconceitos e estereótipos de idade, facilitando a tolerância e a identificação positiva com os idosos. No contexto atual, percebe-se que o contato entre jovens e idosos se tornou uma prática incomum.

Considerando a importância dessas relações e a ausência de iniciativas desse aspecto, constatou-se a viabilidade de desenvolver um projeto com ênfase na disseminação do conhecimento sobre relações intergeracionais, destacando iniciativas que abordem a temática, como o projeto de extensão Unindo Gerações do PET-Enfermagem.

Além disso, o envelhecimento saudável e qualidade de vida da população idosa está estritamente relacionada à processos mais amplos, dependendo de condições sociais, das possibilidades políticas, econômica e de saúde, cabendo sobretudo à profissionais da área da saúde o incremento de iniciativas para isso. Dessa forma, as relações intergeracionais se mostram como importante estratégia que promove a participação social, independência, autonomia e autorrealização dos idosos e conseqüentemente o envelhecimento ativo. Assim, reconstruir e avaliar o projeto Unindo Gerações contribuirá para a divulgação de um projeto inovador e de potencial transformador.

Como um incentivo a mais que ratifica a importância do projeto, observou-se que este é pioneiro a abordar relações intergeracionais na UEM. A presente pesquisa, portanto, permitirá a colaboração para produção de conhecimento nessa temática, o que pode incentivar e auxiliar na edificação de novas metodologias e estratégias sobre a temática, visto que se trata de um conceito que está em processo de construção.

Assim, as relações intergeracionais são relevantes para o cuidado ao idoso na comunidade, porém, existem poucos estudos e metodologias que desenvolvem a temática. Nesse aspecto, a proposta pesquisa pautou-se na seguinte questão: Quais são os impactos da relação intergeracional viabilizada pelo projeto Unindo Gerações? Dessa forma, o estudo tem como objetivo geral sistematizar as relações intergeracionais entre idosos, jovens e crianças, e como objetivos específicos: desvelar as percepções dos jovens e idosos a respeito das relações intergeracionais e reconstruir a trajetória histórica das relações intergeracionais.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória (MARCONI;

LAKATOS, 2006) desenvolvida segundo a abordagem da Sistematização da Experiência (SE) (HOLLIDAY, 2006).

Na perspectiva do estudo, a abordagem qualitativa, embasada na linha investigativa, aponta-se pela possibilidade de interpretar e considerar a realidade vivenciada pelo objeto em estudo, mediante seu contexto histórico e social (OLIVEIRA; STRASSBURG; PIFFER, 2017), oportunizando o processo de conhecimento circulante de forma interativa, intercomunicativa entre investigador e investigado (GIL, 2008; SILVA, 2008), tal qual se objetiva o presente estudo.

Considerando que a relevância da temática e a busca pela compreensão de relações, as pesquisas descritivas e exploratórias proporcionam maior familiaridade com o problema e maximização do conhecimento do pesquisador, pois objetivam descrever fenômenos estudados (GIL, 2008; GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

No intuito de possibilitar a interpretação da experiência vivenciada pelos participantes do projeto Unindo Gerações, o presente estudo foi organizado de acordo com a abordagem da SE que consiste na reconstrução crítica do vivido por meio da participação dos envolvidos no ordenamento dos elementos objetivos e subjetivos do processo, na compreensão/interpretação da experiência, bem como, no registro do aprendizado obtido (HOLLIDAY, 2006), e consiste em uma proposta metodológica organizada em cinco tempos: vivência da experiência, perguntas iniciais, recuperação do processo vivido, reflexões sobre a experiência, e os pontos de chegada

A SE se organiza em cinco tempos: a) o ponto de partida: viver a experiência; b) as perguntas iniciais; c) a recuperação do processo vivido; d) as reflexões de fundo: “Porque é que aconteceu da forma que aconteceu?”; e) os pontos de chegada (HOLLIDAY, 2006).

Inicialmente para realizar a sistematização o autor teve que ter participado da experiência e ter o registro da mesma (HOLLIDAY, 2006) como nesse estudo, no qual, a autora integrou o projeto e participou de seu planejamento, desenvolvimento e avaliação.

Na segunda fase deveríamos responder quatro perguntas iniciais: Para que queremos fazer esta sistematização? Que experiência(s) queremos sistematizar? Que aspectos centrais dessa(s) experiência(s) interessa sistematizar? Que fontes de informação vamos utilizar? Que procedimentos vamos seguir?. Definindo, assim, o objetivo da sistematização, norteados pela missão estratégia do projeto Unindo Gerações, delimitando o objeto a sistematizar, definindo quais experiências seriam sistematizadas, quais fontes de dados vamos utilizar e sua relevância (HOLLIDAY, 2006), sendo, nesse estudo, os participantes do projeto Unindo Gerações e os documentos produzidos pelo mesmo.

Ademais, na terceira etapa foi delimitado os procedimentos que seguiríamos, traçando um plano operacional de sistematização (HOLLIDAY, 2006), descrito abaixo.

Na fase de recuperação do processo vivido, foi reconstruída a história do projeto Unindo Gerações, de forma ordenada e classificada, por meio das falas de seus integrantes e dos documentos analisados. Seguindo para quarta etapa no qual realizamos uma reflexão

profunda da prática, por meio da análise, síntese e interpretação crítica dos dados. Por último, o quinto passo se desveleu pela formação das conclusões e a viabilização da comunicação das aprendizagens concebidas pela sistematização (HOLLIDAY, 2006).

O estudo em questão contou com duas fontes de dados: os participantes dos encontros intergeracionais, e registros dos encontros do Projeto Unindo Gerações.

A pesquisa teve como público-alvo idosos de um grupo de convivência, idosos da Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI) da UEM, e acadêmicos da UEM. Como critério de inclusão foram definidos: participação ativa no Grupo De Bem com a Vida, para os idosos do grupo; ser vinculado a UNATI/UEM, para o segundo grupo de idosos; ser acadêmico da UEM; ainda, ter participado das atividades desenvolvidas pelo Projeto Unindo Gerações para todo público-alvo.

Assim, participaram do projeto, sete idosos do Grupo De Bem com a Vida, sete idosos da UNATI/UEM, além de 35 alunos, sendo 23 acadêmicos dos cursos de graduação da UEM e 12 petianos integrantes do grupo PET-Enfermagem. Além disso, contou com a participação de 22 crianças de um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) local, presentes em apenas um dos encontros. Destes, entrevistamos quatro idosos e cinco jovens acadêmicos que estavam dentro dos critério de inclusão.

O estudo contou, também, como fonte de dados os registros produzidos durante as atividades desenvolvidas pelo Projeto como: diários de bordo (MORIN, 2004) construídos pelos organizadores a cada encontro do projeto Unindo Gerações, cartazes, materiais elaborados pelos participantes, bem como, os relatórios do PET-Enfermagem produzidos a cada encontro.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas (DUARTE, 2004) com apoio de um roteiro elaborado pela pesquisadora composto por questões de caracterização dos participantes e pela questão norteadora: “Relate-me sua experiência nos encontros intergeracionais” (Apêndice 1). As entrevistas ocorreram entre setembro e outubro de 2019 sendo, previamente agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes. As entrevistas foram gravadas em áudio utilizando um aparelho celular, em seguida transcritas na íntegra e analisadas.

Os registros das atividades desenvolvidas pelo Projeto Unindo Gerações, foram obtidos junto aos arquivos do PET-Enfermagem, separados sequencialmente segundo as atividades realizadas, lidos na íntegra, transcritos de acordo com a SE e analisados.

A análise dos dados gerou conclusões e viabilizou a comunicação das aprendizagens concebidas pela SE balizadas pelas relações intergeracionais entre crianças, jovens e idosos.

A pesquisa segue as premissas das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde. O estudo em questão, compõe uma pesquisa maior intitulada: Assistência domiciliar de Enfermagem às famílias de idosos dependentes de cuidado (ADEFI), aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo

Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP/UEM), sob número: 1.954.350/2017 e CAAE: 37457414.6.0000.0104 (ANEXO 1) permitindo a coleta de dados com os graduandos e idosos do grupo de convivência vinculado a UBS. Quanto aos idosos da UNATI/UEM foi solicitado avaliação do COPEP/UEM com CAAE : 24102619.0.0000.0104 em apreciação ética.

Dessa forma, a pesquisa foi iniciada com os idosos do grupo de convivência vinculado UBS. O estudo possui autorização da Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores de Saúde (CECAPS), órgão competente da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá-PR, e da UNATI/UEM (ANEXO 2).

Os participantes foram incluídos no estudo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE) (ANEXO 3), o qual, contém a identificação da equipe pesquisadora, os objetivos do estudo e a descrição do desenvolvimento da pesquisa, deixando claras as garantias e os direitos relativos à livre participação, bem como, total liberdade de desistir em qualquer momento do estudo, assegurando-lhes o anonimato e a confidencialidade nas informações obtidas.

O TCLE foi assinado pelo participante e pela pesquisadora em duas vias, ficando cada um com uma via. Para assegurar o anonimato dos participantes esses foram identificados com a letra P de 'participantes' e números arábicos sequenciais, segundo o a ordem de transcrição das falas.

3 | RESULTADOS

Os resultados foram divididos em duas etapas: Apresentação da Estrutura do Projeto de Sistematização de Experiências e Reconstrução do processo vivido.

O projeto ocorreu em seis encontros, no período de julho de 2018 à junho de 2019, contando com a participação de 71 pessoas, desses sete (9,9%) eram idosos do Grupo De Bem com a Vida, sete (9,9%) eram idosos da UNATI/UEM, além de 35 alunos, sendo 23 (32,4%) acadêmicos dos cursos de graduação da UEM e 12 (16,9%) petianos integrantes do grupo PET-Enfermagem. Além disso, contou com a participação de 22 (30,9%) crianças de um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) local, presentes em apenas um dos encontros.

Para auxiliar o processo de SE foram entrevistados 10 participantes do projeto, com idade entre 19 e 81 anos, destes se tratava de seis jovens (60%) e quatro idosos (40%). Quanto aos idosos entrevistados, predominou o sexo feminino (100%), com idade variando entre 64 a 81 anos.

Quanto aos jovens entrevistados, predominou-se sexo feminino (83,4%) com apenas um participante do sexo masculino (16,6%), com idade variando entre 19 a 26 anos. Tratou-se de acadêmicos exclusivamente do curso de Enfermagem da UEM que participaram de três ou mais encontros do projeto.

3.1 Estrutura do Projeto de Sistematização de Experiências

A apresentação dos principais elementos do projeto de sistematização da prática vivida nos encontros intergeracionais, foi organizada por meio de um Quadro de Consistência (Quadro 1), que indicou o objetivo da sistematização, objeto da reflexão, uma pergunta eixos e temas a serem contemplados na reflexão da experiência, no intuito de clarificar a compreensão.

A interpretação crítica da SE em questão, culminou na categorização dos temas apreciados durante a experiência vivida, ancorados nas percepções e interpretações individuais e coletivas dos sujeitos da experiência. Os elementos que emergiram da análise crítica, foram discutidos e refinados a partir da análise de registros dos encontros intergeracionais e de entrevistas semiestruturadas realizadas com participantes do Projeto.

Experiência a ser sistematizada: Atividades desenvolvidas pelo PET Enfermagem/UEM que proporcionaram interações intergeracionais através do Projeto Unindo Gerações.					
Objetivo:	Sistematizar as relações intergeracionais entre idosos, jovens e crianças.	Objeto:	Relações intergeracionais.	Eixo:	Quais as repercussões das relações intergeracionais viabilizadas pelo projeto Unindo Gerações?
Temas a serem contemplados: 1 - Motivando reflexões e desmistificando estereótipos associados a velhice; 2 - Interação social nas relações intergeracionais como estimulação do envelhecimento ativo promovido pelas relações intergeracionais; 3 - Intercâmbio de conhecimentos e experiências nas relações intergeracionais.					

Quadro 1: Quadro de Consistência do Processo de Sistematização de Experiência.

A pergunta eixo e os temas elencados no processo de SE das relações intergeracionais nortearam a investigação, a reconstrução do processo vivido, a análise crítica e reflexiva das experiências e formulação de conclusões na concepção de novos saberes.

3.2 Reconstrução do processo vivido

A reconstrução histórica foi sintetizada a partir de um conjunto de fontes diversas de registros do Projeto Unindo Gerações (atas de reuniões, notas pessoais, registros de tempo/atividade dos/as organizadores, planos, listas de participantes e avaliações das ações realizadas, registros financeiros), e narrativas que descrevem sumariamente, para cada ação, o respectivo contexto, desenvolvimento e seguimento, com destaque para os momentos relevantes das experiências.

As atividades desenvolvidas pelo Projeto Unindo Gerações foram norteadas pelo referencial teórico-metodológico de Paulo Freire, fundamentadas na pedagogia sistematizada a partir da aprendizagem problematizadora, na qual é utilizado um conjunto de habilidades que permitem a construção do conhecimento a partir da realidade, conforme vivenciada pelas pessoas envolvidas (FREIRE, 2011).

Os encontros desenvolvidos pelo Projeto, adotaram atividades em uma perspectiva mais dialógica, de educação em saúde, assumindo-as como um conjunto de práticas pedagógicas participativas e emancipatórias (SALCI, 2013; FREIRE, 2011).

O processo pedagógico permeou os primeiros encontros do projeto, que foram desenvolvidos como etapa preparatória com finalidade de assegurar o embasamento teórico sobre a temática, aplicado, também, aos demais encontros, etapas que visaram promover em si as relações intergeracionais.

3.2.1 Primeiro Encontro

A primeira ação teve início em junho de 2018 e ocorreu nas dependências da UEM, tendo como facilitadoras duas acadêmicas petianas, e contou com a participação de 35 jovens, sendo 23 estudantes graduandos de cursos da saúde e 12 integrantes do PET-Enfermagem da UEM.

O objetivo da atividade foi apresentar o projeto Unindo Gerações, contextualizar para jovens participantes os processos de envelhecimento e relações intergeracionais, no intuito de desmistificar tabus sobre a temática e promover a troca de experiências intergeracionais.

Os objetivos foram alcançados por meio da realização de dinâmicas elaboradas a partir da concepção de metodologias ativas: um jogo de mitos e verdades, que oportunizou a introdução da temática, reflexão e explicação de cada tema, culminando no esclarecimento sobre processo de envelhecer, conduzido por reflexões que desmistificaram percepções pré-estabelecidas sobre o idoso. A experiência ainda contou com um roda de conversa sobre as vivências pessoais que, envolveram o relato de relações intergeracionais já realizadas pelos participantes, e suas perspectivas sobre os benefícios advindos dessas relações.

O formato de roda de conversa foi escolhido como proposta metodológica, por se tratar de uma possibilidade de educação em saúde dialógica que abre espaço para que os sujeitos envolvidos no processo de ensino e aprendizagem que estabelecem espaços de diálogos e interações na ampliação de percepções sobre si e sobre o outro (TAVARES, 2015; BEZERRA, 2010; FREIRE, 2011).

Com a análise dos registros produzidos a partir das atividades, e os dados obtidos nas entrevistas, percebeu-se a existência de estereótipos, crenças e mitos sobre o envelhecimento, como: esquecimento e aumento das dores; improdutividade; normalidade da demência e doenças associada ao envelhecimento; alterações no sono; solidão; dependência; e inexistência de discriminação com os idosos atualmente.

Na fala dos jovens, foi possível observar que poucos possuem conhecimentos sobre relações intergeracionais, corroborando ao fato de ser uma temática que está sendo desenvolvida somente nos dias atuais (BOAS *et al.*, 2016), afirmadas nas falas:

“a gente tende achar que o idoso não sabe mais das coisas, que ele não tem mais autonomia, que ele precisa da gente ou alguém adulto pra estar fazendo as coisas” (P7)

“[...] antes de eu entrar pra faculdade a visão que eu tinha de idosos era bem diferente” (P8)

Os resultados apresentam aspectos positivos quanto ao diálogo no desenvolvimento das atividades, pois possibilitou que os envolvidos desvelassem sua realidade e conflitassem a respeito de suas relações intergeracionais no sentido de despontar novas perspectivas do fazer. Tal qual feito, o diálogo mostrou seu papel educativo de reconhecer-se, de refletir seus saberes e práticas e transformá-los, sobretudo, pelo desvelamento crítico que se dá a partir da realidade concreta que é colocada em análise (FREIRE, 2011).

3.2.2 Segundo Encontro

O encontro ocorreu nas dependências da UEM e teve como objetivo o desenvolvimento de conteúdos que permitissem a compreensão do processo de envelhecimento e o debate de ações para o envelhecimento ativo. O desenvolvimento da atividade contou com duas petianas e uma doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UEM como facilitadoras, com o presença de 12 acadêmicos como participantes.

O conteúdo programático foi pautado nas perspectivas do envelhecimento ativo e a senescência. Aparte central do desenvolvimento do conteúdo se concentrou majoritariamente em um painel integrado (VIEIRA, 2017) sobre o processo de envelhecimento, tendo como questões disparadoras: O que é envelhecimento? O que é envelhecimento ativo? O que é ser idoso? O que pode influenciar no processo de envelhecimento para que uma pessoa seja saudável ou não? O que você espera do contato intergeracional?

A análise dos documentos produzidos pelos participantes elucidou que poucos possuíam domínio da temática, bem como conhecimento sobre os conceitos de autonomia, independência, senescência e senilidade, realidade a ser considerado ao fato de serem graduando da área da saúde.

A abordagem possibilitou a aproximação com a temática, conhecimento e aprofundamento de conceitos que serão abordados no campo de trabalho, facilitando uma abordagem mais humanizada e integral, como relata um dos participantes:

“eu comecei estagio no HU e a maioria dos pacientes que eu tenho contato são idosos. E só de chegar eu olho eles não vejo mais como uma pessoa que eu via antes... uma pessoa debilitada, cansada, ranzinza... não, eu já chego, pergunto, as vezes tento estimular pra ele me contar como estava antes” (P1)

A utilização do painel integrado se deu por ser um instrumento participativo baseado em captar respostas de sujeitos para a identificação de conhecimentos prévios e a construção de novos conhecimentos (GIATTI *et al.*, 2010). Além de possibilitar que o aprendizado se torne um momento de interação e assimilação do conteúdo, possibilita aos

participantes a autonomia, iniciativa e reflexão sobre a temática (INOCENTE; CASTAMAN; VIEIRA, 2017), fato este observado durante a atividade do Projeto.

3.2.3 Terceiro Encontro

A atividade ocorreu em parceria com o grupo de convivência “De Bem Com a Vida” da UBS Vardelina no município de Maringá-PR. O encontro teve como facilitadores seis petianos, participação de cinco idosas e seis alunos graduandos.

O objetivo da atividade foi desenvolver uma dinâmica que permitisse reviver memórias da infância, construindo coletivamente cartazes com elementos encontrados em revistas e jornais.

A “contação de história” aqui proposta permitiu estimular a cognição e a memória dos idosos, além de possibilitar diálogos estimulantes em interação social e compartilhamento de saberes, ressignificando o processo de viver envelhecendo e podendo beneficiar as contadoras de história com mais uma atividade de lazer (COSTA *et al.*, 2016).

É rara a prática da “contação de histórias” (MATOS *et al.*, 2016). Ela se enquadra nos moldes de tecnologia leve e leve-dura de Merhy (1997), que considera a educação em saúde um ato vivo que inclui os saberes que organizam as ações humanas e estimula que os participantes desenvolvam atitudes para o cultivo do envelhecimento ativo, por meio de reflexão sobre conhecimentos úteis ao estilo de vida e aos comportamentos de autocuidado emancipatório do próprio envelhecer (COSTA *et. al*, 2016). Os participantes foram divididos em grupos e estimulados a elaborarem materiais com imagens e expor sua relação com a história contadas.

A atividade possibilitou que houvesse a identificação entre os pares, uma vez que os participantes relataram que embora houvesse distância em suas idades, as histórias eram parecidas e se aproximavam, permeando a visão de que outras gerações não são tão diferentes como muitos pensam. Evidenciado no discurso a seguir:

“acho que foi bem enriquecedor e principalmente pelo fato de que a gente não só conversava com eles, interagia, conhecia mas também aprendia um pouco sobre alguns pontos que eram muito interessantes sobre a vida deles, que consequentemente a gente aprendia também” (P10)

Além disso, a metodologia aplicada, se apresenta como uma ferramenta para o desenvolvimento psicomotor dos idosos, uma vez que o envelhecimento é evidenciado pela retrogênese, na qual são reveladas perdas gradativas nos componentes motores em diferentes graduações por diversos fatores (ANDREIS *et al.*, 2018). Essas alterações têm como consequência, por exemplo, a diminuição da capacidade funcional, tornando o indivíduo mais suscetível a quedas, fragilidade, institucionalização, depressão e outras comorbidades (PICCOLI *et al.*, 2016).

Nesse sentido, trabalhar com essa dinâmica aliadas à prática pedagógica do recorte e colagem, contribuiu para que o idoso desenvolvesse sua capacidade criativa,

suas habilidades de coordenação motora fina e conseqüentemente a independência e autonomia dos mesmos.

3.2.4 Quarto Encontro

Ocorreu nas dependências da UEM, em parceria à UNATI. Teve como facilitadores duas petianas e como participantes dois alunos da graduação, dez petianos e sete idosos da UNATI.

O objetivo da atividade foi o desenvolvimento de histórias por meio da metodologia de ensino Role Playing Games (RPG), que significa “jogos de interpretação de papéis” que por meio de narrações interativa, os participantes assumem papéis de personagens de uma determinada situação, vivenciando e criando de certa forma uma mini realidade social (TOLEDO, 2015).

Os participantes, divididos em grupos, narravam e construíram histórias juntos, com memórias da infância. Os participantes escolhiam qual papel desempenhariam, e construíram junto ao grupo, seus vínculos e ações, formando uma história na temática encontros familiares. Ao final da construção das histórias, os grupos puderam compartilhar o que desenvolveram com todos participantes.

A utilização da metodologia RPG proporciona os participantes o desenvolvimento de habilidades como: socialização, colaboração e interatividade (VYGOTSKY, 1996; DIAS; NUNES, 2015), corroborando aos achados da pesquisa em questão, que evidenciou maior aproximação com a realidade diferente do que estão acostumados, tanto jovens quanto idosos, onde cada participante pode confrontar seus próprios valores e visões, estabelecendo relações entre as diferentes épocas e os valores de outras gerações, que puderam ser incorporados à sua visão de mundo, exposta no depoimento:

“Estar em contato com os idosos, foi muito importante, porque tivemos essa troca de experiências, de coisas que a gente nem imagina. Percebemos a singularidade de cada um, e que eles têm uma história que eles podem passar pra gente.” (P1)

Por outro lado, percebeu-se que a maior divergência nas histórias advinha do formato diferente da estrutura familiar entre as gerações.

Os jovens se limitavam a contribuir para as histórias por poucas vivências nessa temática, fazendo com que os idosos assumissem o papel de mestre/narrador e os jovens o papel de jogadores dentro do RGP. Nesse viés, a relação intergeracional, na metodologia aplicada, permitiu que os jovens experenciassem momentos incomuns da sua realidade, e se sentissem parte da mesma.

Nessa perspectiva de mestre e jogador, o perfil que os idosos assumiram, propiciou e fortaleceu a autonomia, o papel de liderança e a sua importância na construção da história.

O encontro foi provido de diversos momentos de descontração, como recitação de poemas e entoação de músicas, por iniciativa dos idosos, sendo um dos momentos mais

enriquecedores para os jovens, como refere um dos participantes:

“Aquele senhor, ele foi uma das peças chaves que eu percebi. Eu fiquei encantado com a vontade e a alegria que ele demonstrava... eu lembro que era um dia chuvoso, que eu tinha passado por tanta coisa, estava muito cansado... dai chegar lá e ver ele assim, tão alegre, aquela vontade de interagir com a gente, animar as pessoas cantando e falando poesias” (P1)

Percebeu-se que a prática intergeracional, nesse encontro, despertou um novo olhar para o processo de envelhecer, muitas vezes nutrido de estigmas e valores negativos, associado à incapacidade funcional e traços de personalidades negativas:

“Porque as vezes a gente pensa né, tem todo aquele estigma em volta do idosos, a gente pensa numa pessoa frágil, uma pessoa que está sempre pra baixo, pessoa chata, mas não é assim” (P1)

Emergindo, assim, uma nova imagem de velho: uma pessoa idosa, porém ativa, participativa e alegre. Possibilitando que o idoso assumisse essa identidade, visto que as relações sociais são fundamentais na formação identitária, pois é neste convívio com os outros que o sujeito adquire ideias, comportamentos e hábitos (CAMPEDELLI, 2009, *apud* CALDAS, THOMAZ, 2010).

3.2.5 Quinto Encontro

A atividade foi realizada em parceria com o grupo de convivência “De Bem com a Vida” da UBS Vardelina, com a participação de oito idosas e 22 crianças de um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) local.

Consistiu-se de uma prática intergeracional, somada à troca de presentes. Em comemoração ao dia das crianças, e concomitantemente ao dia dos idosos, foram entregues pelas idosas brinquedos às crianças, e as crianças ofereceram flores para as idosas.

O intercâmbio entre gerações permite aos idosos resgatarem sua auto-estima, vivenciarem momentos agradáveis de aprendizado e compartilhamento de experiências, além de se reconhecerem como seres integrados, integradores e participativos na sociedade. Para as pessoas idosas existe uma relação recíproca entre saúde, doença, envelhecimento e relações sociais, na qual a deterioração da saúde pode ser causada não somente por um processo natural, mas também por falta ou qualidade de relações sociais e vice-versa (FRATEZI *et. al.*, 2012).

3.2.6 Sexto Encontro

O último encontro deu-se em junho de 2019, completando um ano de projeto. Ocorreu novamente em parceria com o grupo de convivência “De Bem Com a Vida”. Teve como facilitadoras duas petianas e contou com a participação de cinco idosas e nove jovens acadêmicos.

O objetivo foi desenvolver uma dinâmica que permitisse reviver e compartilhar

memórias da infância a partir de fotografias, ainda, buscou-se promover uma maior integração e construir memória do encontro a partir de uma sessão de fotos.

Para isso, foi solicitado que os participantes levassem para o encontro uma fotografia da sua vida que emitisse um significado importante. No encontro foram divididos em dois grupos, e para realizar o compartilhamento dessas lembranças, os participantes relataram o significado e o motivo da escolha das imagens e a relação de sua escolha com uma história da sua vida.

Todos os benefícios advindos da “contação de histórias” promovidos pelo segundo encontro foi identificado nessa última etapa: estimulação da cognição e a memória dos idosos, interação social e partir das vivências de cada geração envolvida. Diferenciando-se pelo uso da fotografia como instrumento, que se constitui um importante recurso didático, podendo contribuir na ilustração e vivacidade das experiências relatadas (MORAN, 2000; SILVA, 2016).

Por fim, trazendo os idosos à uma realidade juvenil, realizou-se uma sessão de fotografia, com uso de objetos geralmente usados pelas gerações mais novas. E em um segundo momento a realização e entrega do book com as fotografias para os participantes, como lembrança do projeto desenvolvido. Permeando a autoestima, socialização, amizade, troca de experiência, ensinamentos e solidariedade, presentes nas falas:

“Ah foi maravilhoso. Porque um vai ensinando o outro né... a gente aprende com os jovens, reaprende também, e tem muita coisa pra passar pros jovens” (P5)

“quanto mais eu penso em encontros intergeracionais eu penso em qualidade de vida” (P6)

Todos esses aspectos auxiliam na melhora na qualidade de vida, tanto do jovem quanto do idoso, exercida no convívio com o outro e no reconhecimento da pluralidade, resultando em novos papéis e na transformação e criação de novas imagens sobre a velhice.

4 | DISCUSSÃO

Com base nos resultados obtidos enfatizamos três aspectos fundamentais que permearam as relações intergeracionais: Motivando reflexões e desmistificando estereótipos associados a velhice; Interação social nas relações intergeracionais como estimulação do envelhecimento ativo; Intercâmbio de conhecimentos e experiências nas relações intergeracionais.

4.1 Motivando reflexões e desmistificando estereótipos associados a velhice

As atividades iniciais do Projeto Unindo Gerações foram propostas no sentido de estimular o desenvolvimento de conhecimentos a respeito dos aspectos que permeiam o envelhecimento, bem como, reflexão de estereótipos que existem por parte da sociedade

sobre os idosos.

Atualmente, ainda se nota a prevalência de um retrato negativo e estereotipado sobre a velhice, geralmente associado ao fim passivo da vida: seres dependentes e frágeis, que adoecem facilmente (TANIGUTI, 2019). Percebe-se esse fato quando analisamos os principais mitos apontados como verdades no primeiro encontro, e nos relatos das entrevistas, apontando, geralmente, concepções associadas a debilitações físicas e cognitivas no envelhecer.

Nessa perspectiva, a visão estereotipada tende a ser percebida como um precursor da morte, sendo um dos fatores que justificam uma necessidade sentida por indivíduos mais jovens a se distanciarem de indivíduos mais velhos, pois amplificam essa percepção o reconhecimento que os estereótipos de idade poderiam descrever o seu futuro (LEVY, 2017). Surgindo assim, a necessidade inicial de quebrar esses estereótipos afim de aproximar essas distintas gerações.

Foi comum verificar nas falas dos jovens no primeiro encontro do projeto que “a demência é uma condição natural da velhice”, sempre associada a comorbidades. É importante entender que envelhecer não é condição de demência e o processo de senilidade não deve ser visto como uma consequência natural do envelhecimento, (SOUSA *et al.*, 2014; TANIGUTI, 2019).

A velhice é um processo biológico e social próprio a condições humanas, e esses problemas advindo da idade podem acometer também adultos e jovens (TANIGUTI, 2019). Traçar uma sinonímia para o idoso como “uma pessoa doente” cria obstáculos na vivência entre gerações e aumenta o preconceito.

É notável na sociedade comportamentos inadequados em relação a uma pessoa baseada somente na sua idade, conhecido como comportamento idadista (AGUIAR *et al.*, 2019). Esse fato confronta a retórica de alguns participantes que apontaram a ausência de preconceitos em relação ao envelhecimento como fato verdadeiro.

A análise destes resultados, nos permitiu observar, que muitos estereótipos associados ao envelhecimento, se tratava de traços da personalidade e a fatores socioeconômicos, como exemplo, o estereótipo de que “todos os idosos são chatos, solitários e improdutivos”. Esse tipo de estereótipo não leva em consideração os idosos que têm uma vida social ativa e quando se debatem a idosos ativos socialmente, considera-os, muitas vezes, como atípicos que se enquadram numa exceção.

A concepção de estereótipos, sejam eles a contextos pessoais ou sociais, simplifica a realidade levando muitas vezes a uma ignorância acerca das características de cada sujeito, minimizando as diferenças individuais entre os membros de um determinado grupo (TANIGUTI, 2019).

Concepções equivocadas sobre a pessoa idosa, são estereótipos que não estão ligados somente a características específicas do envelhecimento, pois, fundamentam-se muitas vezes, na falta de apoio para o convívio social, a perda do poder aquisitivo e a falta

de acesso às políticas públicas (MARTINS; RODRIGUES, 2004; AGUIAR, 2019).

Nessa perspectiva, a visão estereotipada tende a ser percebida como um precursor da morte, sendo um dos fatores que justificam uma necessidade sentida por indivíduos mais jovens a se distanciarem de indivíduos mais velhos, pois amplificam essa percepção o reconhecimento que os estereótipos de idade poderiam descrever o seu futuro (LEVY, 2017). Diante dessa visão limitada sobre envelhecimento, associado ao contexto vivenciado atualmente quanto ao aumento do número de idosos na população total, torna-se essencial a busca da aproximação entre gerações distintas como estratégia de diminuição da discriminação e estereótipos idadista associados ao envelhecimento (AGUIAR, 2019).

Evidenciamos a importância de abordar essa temática no primeiro encontro do projeto, principalmente nessa intenção de desmistificar visões negativas que os jovens poderiam possuir sobre a pessoa idosa, uma vez que, o primeiro passo para estimular as relações intergeracionais é a quebra desses estereótipos. Apesar de ser uma ação do início do projeto, a quebra dos estereótipos permeou todas as atividades, pois os jovens vivenciaram na prática o que é o envelhecimento.

Cabe ressaltar que, a conscientização de profissionais de saúde quanto a necessidade de adotar atitudes flexíveis e erradicar preconceitos e mitos que cercam o envelhecimento é indispensável para promover uma atenção em saúde que visa o envelhecimento ativo e saudável, além da melhoria da qualidade de vida (OLIVEIRA, 2016).

O processo de intergeracionalidade evidencia que o preconceito tende a reduzir quando as pessoas desenvolvem a percepção de que os grupos a que pertencem e aqueles a que não pertencem são parte integrante da mesma comunidade. Visando promoção do autoconceito, autoestima e bem-estar a partir da aproximação entre as gerações (COELHO, 2013; MARTINS, 2013).

4.2 Interação social nas relações intergeracionais como estimulação do envelhecimento ativo

O impacto das atividades geradas por meio das relações intergeracionais entre crianças, jovens e idosos evidenciou que as relações propostas pelo projeto, estimularam a inclusão social da pessoa idosa, uma vez que na maioria dos encontros estes puderam ser protagonistas ao desempenhar seus papéis, como no caso da dinâmica de reviver as memórias da infância e do RPG. As atividades permitiram transmissão de valores culturais e a valorização de pessoas de todas as idades.

Diante disso cabe ressaltar a participação social, salientando-se a importância da integração do sujeito que envelhece ao seio familiar e comunitário pelo fortalecimento de vínculos entre pessoas de diferentes gerações.

A interação social, está alicerçada no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas, bem como nos princípios de autonomia, independência, participação,

dignidade, assistência e autorrealização do idoso, que é denominado pela OMS, como “Envelhecimento Ativo” (MASSI *et. al.*, 2016), o que permite ao idoso desempenhar as tarefas que gostaria de exercer dentro da sociedade, acrescentando qualidade aos anos de vida (ANTUNES, MOREIRA, 2018).

Para além do fortalecimento da relação entre pessoas de diferentes idades, as atividades intergeracionais sugerem efeitos benéficos sobre a saúde e o bem-estar de todas as gerações envolvidas (MASSI *et. al.*, 2016), apresentam potencialidades para promoção da saúde mental, o crescimento social, espiritual e emocional (NUNES *et. al.*, 2019).

4.3 Intercâmbio de conhecimentos e experiências nas relações intergeracionais

A SE das relações intergeracionais entre crianças, jovens e idosos evidenciou a potencialidade do contato intergeracional proposto pelo Projeto Unindo Gerações para o estímulo da proximidade entre os participantes, e fez com que os jovens vivenciassem a velhice por meio da troca de experiência com idosos e vice-versa adquirindo novos aprendizados. A socialização de experiência entre os idosos, jovens e crianças se faz na lógica de que aprendemos com o outro e ninguém aprende e se transforma sozinho. É na relação com o outro que nos tornamos mais humanos, permeando uma educação que torne os indivíduos autônomos, críticos, criativos e participativos (FREIRE, 2005).

O intercâmbio de experiências entre idosos, jovens, e crianças permitiu entender o papel do outro e reconhecer a importância dessa influência em suas vidas. Visto que, seu olhar ao outro havia sido modificado pelos encontros, possibilitando novos diálogos entre os saberes, uma vez que “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo; os homens educam-se entre si, mediados pelo mundo” (FREIRE, 1987: p.34).

Resultados semelhantes foram alcançados em um estudo, que realizou atividades recreativas com idosos e jovens em um parque público no município de São Paulo, o qual indicou a relevância do trabalho intergeracional na visão que idosos tinham sobre outra geração (MASSI *et al.*, 2016). De acordo com estudo mencionado, houve aproximação entre pessoas de diferentes gerações, na medida em que os idosos passaram a perceber que o jovem é capaz de estabelecer uma convivência harmoniosa. Da mesma forma, associamos em nosso estudo que essa convivência pode se mostrar benéfica para ambas as gerações, pois tanto os idosos como os jovens têm o que aprender e o que ensinar, como aponta Freire (1987: p.68): “não há saber mais ou menos: há saberes diferentes”.

De forma geral, programas voltados a desenvolvimento de encontros intergeracionais aproximam pessoas de diferentes idades, promovendo o intercâmbio de conhecimentos e experiências entre velhos, jovens e crianças. Dessa forma, permeia que a infância, a juventude, a vida adulta e a velhice sejam entendidas como ciclos de vida repletos de significado (FERREIRA, 2015).

As trocas de experiências promovidas pelo Projeto contribuíram para a produção de conhecimento sobre construção da sociedade. A interação entre gerações melhora a

transmissão de valores culturais e promove a valorização de pessoas de todas as idades. (FERREIRA, 2015).

As trocas de conhecimentos oportunizadas pelas relações intergeracionais possibilitam, também, que cada indivíduo elabore e reelabore suas experiências, possibilitando que pessoas de diversas idades aprendam e ensinem mutuamente, em função de pontos de vista próprios das diversas gerações que compõem a sociedade (MASSI, 2012; FERREIRA 2015).

Cabe ressaltar que durante os encontros do Unindo Gerações, observou-se que a transmissão de saberes e experiências não foi linear, ambas as gerações, dotadas de saberes contribuíram com informações desconhecidas para a outra geração, estabelecendo uma efetiva ampliação de conhecimento mútuo.

A literatura aponta que o estabelecimento de coeducação entre outras gerações e esperado a partir de relações intergeracionais, possibilitando aos sujeitos, em diferentes momentos da sua existência, a reorganização de suas metas, a valorização do outro, o estabelecimento do diálogo com o diferente e trabalho de coeducação entre sujeitos que compõem gerações distintas (FERREIRA, 2015).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo nos possibilitou sistematizar as relações intergeracionais, assimilando a realidade como um processo histórico-social, considerando a totalidade formada das dimensões objetivas e subjetivas das relações intergeracionais de forma integrada, permitindo, assim, o levantamento das repercussões viabilizada pelo projeto Unindo Gerações.

A SE indicou que as atividades que promovem relações intergeracionais, propiciam interações significativas entre jovens e idosos, desmistificando preconceitos e promovendo benefícios às diferentes gerações envolvido. Viabilizou que jovens passassem a perceber a velhice de forma mais favorável e benéfica, contribuindo com o próprio processo de envelhecimento a ser vivenciado por eles.

A partir dos encontros, pessoas idosas reconheceram que podem ensinar aos mais jovens e aprender com eles, ampliando e renovando suas perspectivas acerca da própria inserção na sociedade em que vivem.

As relações intergeracional contribuíram na aproximação das gerações, melhorando as relações interpessoais à medida que possibilitou maior compreensão sobre a velhice. Além disso, proporcionou a vivência de diversos modos de pensar, de agir e de sentir e, assim, renovando as visões acerca do mundo e das pessoas, permeando o reconhecimento da pluralidade e a solidariedade entre as gerações.

Por fim, entendemos que a velhice é determinada socialmente, não apenas em relação às condições econômicas, mas também no plano simbólico, na percepção coletiva

sobre o envelhecimento. Sendo assim, as atividades intergeracionais atingem o objetivo de aproximar as gerações, oportunizar o diálogo e incluir o idoso socialmente.

A metodologia da SE utilizada nesse estudo auxiliou elucidar conceitos e ideias acerca das relações intergeracionais, formulando problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis, passíveis de investigação e estudos posteriores.

REFERÊNCIAS

ABREU, G.G.; FORTUNATO, G.; BASTOS, S.A.P. Semelhanças e diferenças entre gerações: Complexidade e Complementaridade no Ambiente Organizacional. Vitória, **Revista Perspectivas Contemporâneas**, v. 11, n. 2, p. 179-202, mai./ago. 2016.

AGUIAR, V. F. F. *et al.* A intergeracionalidade entre idosos e adolescentes na busca da desconstrução de estereótipos na velhice: relato de experiência. **REAS/EJCH**, Belém, v.23, n. 413, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e413.2019>. Acesso em 8 nov. 2019.

ANDREIS, L. M. *et al.* Desenvolvimento motor de idosos: estudo comparativo de sexo e faixa etária. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 3, p. 601-607, 2018.

BEZERRA, A. R. R. Contribuições da pedagogia freireana à roda de conversa sobre textos literários. **Semantic Scholar**, Universidade Federal de Pernambuco, 2010. Disponível em: <http://coloquio.paulofreire.org.br/participacao/index.php/coloquio/viicolocoquio/paper/viewFile/204/219>. Acesso em: 25 out. 2019.

BOAS, S. V. *et al.* **A educação intergeracional no quadro da educação ao longo da vida**: desafios intergeracionais, sociais e pedagógicos. Coimbra, **Investigar em Educação - IIª Série**, n. 5, 2016.

BOSI, E. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. São Paulo: T.A. Queiroz Editor, 1979.

CALDAS, C. P. ; THOMAZ, A. F. A Velhice no Olhar do Outro: Uma perspectiva do jovem sobre o que é ser velho. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 75-89, nov. 2010.

CELLARD, A. **A análise documental**. IN: Poupart J,et al (Org). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis (RJ): Vozes, 2008.

COELHO, C. Idades apartadas: pensar o idadismo e a intergeracionalidade. **Associação para a promoção e divulgação cultural**, Porto Alegre, p. 63-72, 2013.

COSTA, N. P. *et al.* Storytelling: a care technology in continuing education for active ageing. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 6, p. 1068-75, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0390>. Acesso em: 22 out. 2019.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar em revista**, n. 24, p. 213-225, 2004.

FRATEZI, F.R. *et al.* Dia dos Avós: atividades socioeducativas e intergeracionais bem-sucedidas. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, "Vulnerabilidade/Envelhecimento e Velhice: Aspectos Biopsicossociais". São Paulo, 2012.

- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 21 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**. 48. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- GERHARDT, T. G.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
- GIATTI, L.L. *et al.* Exposição à água contaminada: percepções e práticas em um bairro de Manaus, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Manaus, v. 28, n. 5, p.337-43, 2010.
- GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GONÇALVES, A. C. A.; HILDALGO, M. M.; ROSIN, S. M. PET: Um programa direcionado ao aprimoramento da educação. In: Congresso Internacional da História, 8., 2017, Maringá. **Anais...** Maringá, p. 1433 – 1440, 2011.
- GVOZD R.; DELLAROSA M. S. G. Velhice e a relação com idosos: o olhar de adolescentes do ensino fundamental. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 295-304, 2012.
- HOLLIDAY, O. J. **Para sistematizar experiências**. MMA, 2. ed. p.128. Brasília, 2006.
- LEVY, B. Age-Stereotype Paradox: Opportunity for Social Change. **Gerontologist**, v. 57, n.2, p. 118–126, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/gnx059>. Acesso em: 5 nov. 2019.
- MALAFAIA, G. S. **Gestão estratégica de pessoas em ambientes multigeracionais**. In: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 7, 2011, Niterói (RJ). **Anais...** Niterói: UFF, 2011.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, e análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas, 2006.
- MARTINS, R. M. L.; RODRIGUES, M. L. M. Estereótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbica. **Millenium**, p. 249-254, 2004. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium29/32.pdf>. Acesso em 1 nov. 2019.
- MARTINS, S. M. F. **A Idade dos Afetos Avaliação de Necessidades de Contacto Intergeracional na Aldeia de Santa Isabel**. Tese (Mestrado em Psicologia) - Escola de Ciências Sociais e Humanas Lisboa, p. 167, 2013.
- MASSI G. *et al.* **Práticas intergeracionais e linguagem no processo de envelhecimento ativo**. Fonoaudiologia em contexto grupais. São Paulo: Plexus Editora, 2012.
- MATOS, J. S. *et al.* A cultura da contação de histórias: um passo para a formação do leitor. In: II Congresso Internacional de Educação Inclusiva, Campina Grande, 2016.
- MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MORAN, J. M. Ensino e aprendizagem inovadores com tecnologias. **Revista Informática na Educação: Teoria & Prática**. Porto Alegre, v.3, n.1. p.137-144, 2000. Disponível em: <http://docplayer.com.br/8126871-Ensino-e-aprendizagem-inovadores-com-tecnologias.html>. Acesso em: 29 out. 2019.

MORIN, A. **Pesquisa-ação integral e sistêmica**: uma antropopedagogia renovada. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

NUNES, R. *et al.* Intervice: Um Projeto Photovoice Intergeracional. **Revista Kairós-Gerontologia**. São Paulo, 2019.

OLIVEIRA, E. *et al.* Mitos e verdades sobre o envelhecimento: percepção dos idosos. *Revista Intercâmbio*, v.7, p. 68-89, 2016. Disponível em: <http://www.intercambio.unimontes.br/index.php/intercambio/article/download/86/74>. Acesso em: 28 out. 2019.

OLIVEIRA, N. M.; STRASSBURG, U.; PIFFER, M. Técnicas de pesquisa qualitativa: uma abordagem conceitual. **Ciências Sociais Aplicadas em Revista - UNIOESTE/MCR**, Cascavel, v. 17, n. 32, p. 87-110, 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/318886166>. Acesso em: 23 mai. 2018.

PEREIRA, E. L. C. *et al.* Método Altadir de Planejamento Popular experienciado no planejamento anual do PET-Enfermagem/UEM. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 21, n. 3, p. 163-168, set./dez. 2017.

PICCOLI, J. C. J. *et al.* Parâmetros motores e envelhecimento: um estudo de idosos de 60-83 anos de Ivoti, **RS. Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 306-318, 2009.

PIRES, M.R.G.M.; GOTTEMS, L.B.D.; FONSECA, R.M.G.S. Recriar-se Lúdico no Desenvolvimento de Jogos na Saúde: Referências Teórico-Metodológicas à Produção de Subjetividades Críticas. **Texto Contexto Enferm**, Brasília, v.26, n.4, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002500017>. Acesso em: 29 mar. 2019.

RAMOS, N. **Conflitos interculturais no espaço europeu**. Perspetivas de prevenção e intervenção. In Helena Pina, Paula Remoaldo, 2014.

ROSIN, S. M.; GONÇALVES, A. C. A.; HILDALGO, M. M. Programa de Educação Tutorial: lutas e conquistas. **Revista ComInG**, Maringá, v. 2, n. 1, p. 70-79, 2017.

SÁEZ, J. **Hacia la educación intergeneracional**. Concepto y posibilidades. In Juan, 2002.

SAVATER, F. **O valor de educar**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 2006.

SILVA, A. C. R. de. **Metodologia da pesquisa aplicada a contabilidade**: orientações de estudos, projetos, artigos, relatórios, monografias, dissertações e teses. 2. ed. 2. Reimpr. São Paulo: Atlas, 2008.

SILVA, N. A. B. O uso da fotografia como recurso didático para a Educação ambiental na era do selfie. **Produções Didáticas-pedagógicas**, Cianorte 2016. Disponível em: http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2016/2016_pdp_cien_unespar-paranavai_niveaalexandrabolzon.pdf. Acesso em: 25 out. 2019.

SOUSA, A. C. S. N. *et al.* Alguns Apontamentos sobre o Idadismo: A posição de pessoas idosas diante desse agravo à sua subjetividade. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 853-877, 2014.

TANIGUTI, E. As mídias e os estereótipos negativos contra os idosos. **Rev. Longevidade**, São Paulo, v. 1, n. 4, 2019.

TAVARES, M. Roda de conversa entre mulheres: denúncias sobre a lei Maria da Penha e descrença na justiça. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.23, n.2, p.547–559, 2015. Disponível em: www.jstor.org/stable/estufemi.23.2.547. Acesso em: 27 out. 2019.

TEIXEIRA, G. M.; SILVEIRA, A. C.; NETO, C. P. S.; OLIVEIRA, G. A. **Gestão Estratégica de Pessoas**. Rio de Janeiro: FGV Editora. 2010.

TOLEDO, E. A. O RPG como estratégia de ensino: uma proposta para o ensino de profissões. **Produções Didático-Pedagógicas**. Guarapuava, v. 2, , 2015.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

ZAGO, L. H. O método dialético e a análise do real. **Kriterion**, Belo Horizonte, v. 54, n. 127, p. 109-124, jun 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-512X20130001 00006>. Acesso em: 19 mai. 2019.

CAPÍTULO 7

A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL FRENTE AOS CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Data de submissão: 07/02/2023

Data de aceite: 03/04/2023

Simone Souza de Freitas

Mestranda pelo Programa Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE/MPSF) – Fiocruz-PE. Recife, PE, Brasil
<https://www.cnpq.br/3885340281560126>

Emmanuela Kethully Mota dos Santos

Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Gestão e Economia da Saúde - Recife, PE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2547385672160918>

Joyce Kelly Tomaz da Fonseca

Enfermeira pela Universidade Estacio Sá – Recife, PE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7302213185048185>

Kamilla da Costa Correia

Mestranda em UTI, pela Sociedade Brasileira em Cuidados Críticos. São Paulo, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2867460391323996>

Jessyka Chaves da Silva

Mestre em enfermagem pelo programa associado de pós graduação UPE/UEPB. Campina Grande, PB. Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0037876284971480>

Nalva Kelly Gomes de Lima

Doutoranda no Programa Associado de Pós Graduação UPE/UEPB. Recife, PE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3883764897876129>

Morgana Cristina Leoncio de Lima

Doutoranda no Programa Associado de Pós Graduação UPE/UEPB. Recife, PE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4533483947744014>

Cristiane Lima de Almeida

Enfermeira Especialista em Cardiologia pela Faculdade Metropolitana de Ciências e Tecnologia- FAMEC. Recife, PE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4165081423399715>

Loyane Figueiredo Cavalcanti Lima

Mestrado em Ciências Saúde e Tecnologia NUTES/UEPB. Campina Grande, PB. Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9926401935831035>

Tamyres Millena Ferreira

Mestre em enfermagem pelo Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem UPE/UEPB (PAPGenf). Recife, PE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5122485690530154>

Tereza Natália Bezerra de Lima

Mestranda em Enfermagem pelo Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem pela UPE-UEPB. João Pessoa, PB. Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4914671307570378>

RESUMO: Introdução: Os cuidados paliativos, atualmente é definido como cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionado à sua saúde, proveniente de doença grave, especialmente aquelas que ameace a continuidade da vida. **Objetivos:** analisar evidências científicas sobre a equipe multiprofissional frente aos cuidados paliativos na atenção primária à saúde. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com coleta de dados através das bases de dados Scientific Electronic Library Online(SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizou-se o operador Booleano “AND”, no período de dezembro de 2022 até janeiro de 2023. **Resultados:** foram analisados 314 artigos científicos originais voltados para a temática da equipe multiprofissional frente aos cuidados paliativos e sobre a importância de intervenções educativas na temática. **Considerações Finais:** evidências encontradas relacionando cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde apontam para a possibilidade desse cuidado; equipes multiprofissionais de saúde atuam de maneira próxima a família e seu domicílio, porém ainda se percebe a necessidade de ampliação deste tema principalmente durante a graduação.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos, Oncologia, Equipe de Assistência ao Paciente.

THE MULTIPROFESSIONAL TEAM IN FRONT OF PALLIATIVE CARE IN PRIMARY HEALTH CARE: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: Palliative care is currently defined as active holistic care, offered to people of all ages who are in intense suffering related to their health, resulting from a serious illness, especially those that threaten the continuity of life. **Objectives:** to analyze scientific evidence on the multidisciplinary team regarding palliative care in primary health care. **Methods:** This is an integrative literature review, with data collection through the Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) databases, using the Boolean operator “AND”, in the period from December 2022 to January 2023. **Results:** 314 original scientific articles were analyzed focused on the theme of the multidisciplinary team in palliative care and on the importance of educational interventions on the subject. **Final Considerations:** evidence found relating palliative care in Primary Health Care points to the possibility of this care; multidisciplinary health teams work closely with the family and home, but there is still a need to expand this theme, especially during graduation.

KEYWORDS: Palliative Care, Oncology, Patient Care Team.

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente o câncer tem sido o principal problema de saúde pública no mundo,

tornando-se uma das principais causas de morte no século XXI (INCA, 2019). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2019), com o crescente quadro de envelhecimento da população, a estimativa para 2030 é de 26 milhões de casos novos de câncer e 17 milhões de mortes (OMS, 2019).

De acordo com Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2019), no Brasil, a estimativa para 2022 foi de 625 mil novos casos de câncer (INCA,2019). Em virtude desses indicadores e graças aos avanços no diagnóstico precoce e tratamento, o número de sobreviventes de câncer tem aumentado, se transformando em uma nova realidade nos serviços de saúde (BARATA, 2008).

Diante desse cenário, destaca-se a importância da definição dos cuidados paliativos (CP) para pacientes elegíveis como um componente da atenção integral à saúde (MOSSER,2015). Os cuidados paliativos, é considerado um tipo de abordagem terapêutica multiprofissional, que tem por finalidade melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias diante do risco de morte associado a uma doença (INCA,2017).

Para garantir qualidade de vida, bem-estar, conforto e dignidade humana, a fim de minimizar o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual (COSTA,2016). Os CPs devem ser centrados na pessoa, valorizando as necessidades do paciente de forma que este receba informações adequadas e culturalmente apropriadas sobre seu estado de saúde e o seu papel nas tomadas de decisões sobre o tratamento recebido (GOMES & OTHERO, 2016).

Assim, considerando a ampliação da necessidade, decorrentes da existência de muitas mortes prematuras de pessoas portadoras de alguma enfermidade grave, como o câncer (CARDOSO,2013). Essa antecipação da morte pode ser justificada pela falta de cuidados especializados que poderia ser minimizada com a introdução de medidas paliativistas como: ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas que são capazes de promover melhor qualidade de vida ao paciente (FITARONI,2016).

Diante do contexto que envolve a saúde, os cuidados paliativos fazem parte do escopo de atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) (SILVA RS,2015). O qual, contemplam de forma clara a avaliação dos sintomas promovida por uma equipe multiprofissional, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença ou agravo que ameace a continuidade da vida por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (HERMES,2013).

O cuidado multiprofissional, visa reunir habilidades que possam ajudar o paciente, a se adaptar com as mudanças de vida impostas pela doença, e promover a reflexão necessária para o enfrentamento desta condição (SILVA EMB,2019).

Essa situação também excitou a mudança de enfoque dos CPs, os quais, originalmente, estavam direcionados ao câncer e aos cuidados especializados (OLIVEIRA,

2019). Atualmente, seu conceito foi ampliado para outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e a outros ambientes de cuidados (MAGALHÃES,2012). Um desses ambientes é a APS, considerando como porta de entrada, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA,2019).

Os CPs devem fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito da Rede de Atenção à Saúde e será elegível para toda pessoa acometida por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição (THEOBALD,2019). A APS, ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, é responsável por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras de vida em seu território, prevalecendo o cuidado longitudinal ofertado pelas equipes de atenção básica, conjuntamente com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), com a retaguarda dos demais pontos da rede de atenção (ARCANJO,2018).

Considerando a pactuação ocorrida na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no dia 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos CP, o qual estabelece a organização da assistência especializada através dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e da atuação das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD). Portanto, a APS passa a exercer um papel de protagonismo na coordenação dos CPs, na avaliação holística e com diagnóstico precocemente, e não apenas nos momentos finais da vida (LUZ,2019).

Nesse aspecto, a equipe multiprofissional se tornam indispensável nesse suporte, que não têm por finalidade a cura, mas sim ajudar na adaptação das situações de saúde/doença vivenciadas pela pessoa que recebe os cuidados, no qual a equipe multiprofissional utiliza-se de conhecimentos técnicos e humanísticos para atender as necessidades físicas, psicológicas e espirituais, praticado para promover conforto e bem-estar, realizando um cuidado centrado no paciente (RODRIGUES, 2020).

Sendo assim, considerando a relevância e magnitude da prática assistencial da equipe multiprofissional nos cuidados e promoção de conforto ao paciente oncológico em cuidados paliativos e os subsídios que o cuidado da equipe multiprofissional gera para uma assistência de melhor qualidade e eficácia centrada no paciente (SILVA, 2021), este estudo tem como objetivo analisar evidências científicas sobre a equipe multiprofissional frente aos cuidados paliativos na atenção primária à saúde. Afim de fornecer dados de grande relevância para maior compreensão das informações acerca deste tema e corroborar para criação de políticas públicas.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura, com abordagem qualitativa, tem como propósito a análise de revisões bibliográficas e como temática: cuidados paliativos e a percepção da equipe multiprofissional frente ao paciente oncológico, o trabalho

tem como ênfase o conhecimento, aprendizado e qualidade das evidências através dos dados e resultados levantados (SOUZA, 2010). De acordo com Minayo (2017), é um estudo científico, através dos dados levantados e analisados criteriosamente, a interpretação dos dados é a fase mais complexa, onde deve-se compreender a complexidade de fatos e processos específicos da saúde e correlacionar com o universo teórico e científico.

Para Mendes et al. (2019), a revisão integrativa consiste no método científico através de levantamento de dados por meio do processo sistemático. Para a construção desta pesquisa, foi realizado à análise de conteúdos e seguido o passo a passo da pesquisa que consiste em seis etapas, sendo: 1- Elaboração da pergunta da revisão, 2-Busca e seleção dos estudos, 3- Organizar os dados dos estudos, 4-Análise criteriosa dos estudos, 5-Síntese dos resultados, 6-Elucidação das considerações finais.

A abordagem qualitativa, é considerada múltipla e realista, de raciocínio indutivo, tem como base descrever as experiências dos indivíduos e sua influência, validar as análises e entender os fenômenos em profundidade, partindo das percepções. Segundo Patias & Hohendorff (2019), a metodologia deve responder o problema da questão norteadora, de forma estruturada e análise lógica dos estudos, de modo a corroborar a conclusão.

A pergunta norteadora conduz a pesquisa: quais evidências científicas sobre a equipe multiprofissional frente aos cuidados paliativos na atenção primária à saúde? Em seguida com o objetivo: apontar os cuidados paliativos e percepção da equipe multiprofissional frente ao paciente oncológico, afim de fornecer dados de grande relevância para maior compreensão das informações acerca deste tema.

Coleta na base de dados iniciou no mês de dezembro de 2022 até janeiro de 2023, ocorreu via levantamento bibliográfico das bases de dados na internet, sendo a Scientific Electronic Library Online(SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizou-se o operador Booleano “AND”. Para localização dos estudos, foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Cuidados Paliativos, Oncologia, Equipe de Assistência ao Paciente.

Para a realização do estudo foram encontrados o total de 314 artigos, e após ao critério de exclusão, 173 artigos da base de dados SCIELO e 135 artigos da LILACS foram excluídos por não responder ao problema de pesquisa e não abordar a temática proposta. Sendo assim, atendendo aos critérios de elegibilidade, 02 estudos foram selecionados na base de dados SCIELO e 03 artigos na base de dados LILACS, totalizando a amostra com 05 artigos elegível para realização deste estudo. A Figura 1 descreve a quantidade de artigos selecionados, artigos excluídos e a quantidade de artigos elegível para realização do estudo.

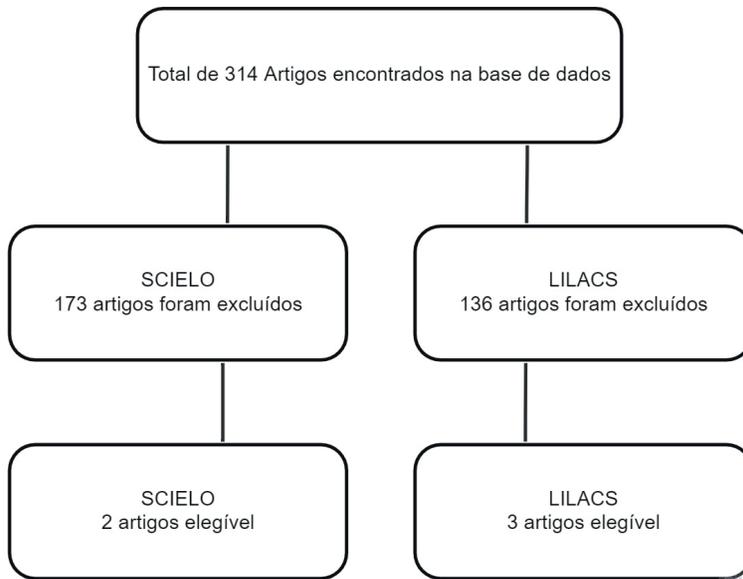


Figura 1-Fluxograma descreve a seleção dos artigos no estudo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Descrição geral dos artigos selecionados

A fim de facilitar a avaliação e a análise dos dados, foi elaborado um instrumento que pudesse agrupar informações detalhadas dos estudos (Quadro 1). Foram extraídas variáveis de identificação tais como: autores do estudo, título, desenho do estudo e resultado encontrado. Pretendeu-se com esse instrumento, além de formar um banco de dados, mapear pontos pertinentes, integrar dados e caracterizar a amostra revisada.

	Periódico, país e ano de publicação	Autor(es)	Título	Delineamento	Resultados
Artigo 1	RJ, 2019Revista SUSTINERE, Rio de Janeiro,	Miller TCC. Frossard AGS,	Saúde Cuidados Paliativos Oncológicos: o Cuidar na Perspectiva dos Profissionais de	Estudo de investigação por meio do método dialético para a apreensão da realidade com base na teoria de Representação Social alinhada à corrente de interpretação crítico-dialético.	A partir de um conjunto de falas que indicam a falta de compreensão dos Cuidados Paliativos ou a dificuldade de comunicação dos profissionais de saúde na fase do tratamento curativo foram iluminados tendo em vista que as ideias são entendidas como frutos de uma consciência determinada historicamente.
Artigo 2	Research, Society and Development, 2021	Silva, et.al 2021	As contribuições da equipe multiprofissional da atenção básica de saúde frente aos cuidados paliativos	Estudo de revisão integrativa de literatura, com abordagem qualitativa, realizada por meio de revisão de artigos publicados em base de dado	Entende-se por qualidade de vida a possibilidade de autonomia em relação à tomada de decisões, bem como a minimização da dor e/ ou de procedimentos invasivos que não possam modificar o processo de morrer com dignidade.
Artigo 3	Id on Line Multidisciplinary and Psychology Journal, 2017	Oliveira TCB; Maranhão TLG; Barroso ML.	Equipe Multiprofissional de Cuidados Paliativos da Oncologia Pediátrica: Uma Revisão Sistemática	O estudo propõe uma revisão sistemática da literatura dos últimos cinco anos, mais especificamente de 2012-2016	Diante dos resultados obtidos nos artigos selecionados, é evidente constatar que há uma reorganização da estrutura familiar e dos papéis desempenhados por cada membro da família diante do diagnóstico de câncer e período de cuidados paliativos
Artigo 4	Research, Society and Development, 2023	Pacheco ER, et.AL, 2023	Produção de tecnologia educativa sobre cuidados paliativos em um programa de residência multiprofissional no interior da Amazônia	Tratou-se de uma pesquisa do tipo desenvolvimento Metodológico de abordagem qualitativa, referindo-se a investigações dos métodos de obtenção e organização de dados e condução de pesquisas rigorosa	Após averiguação destes textos foi possível Condensar noções teórico-Práticas quanto à temática da palição, sua história e intervenção, ainda quanto à terminalidade da ida, cuidados oncológicos, cuidado emocional e demais atravessamentos que envolvem a atuação e vivência junto às práticas hospitalares, ou não, de cuidados paliativos.

Artigo 5	Rev. SBPH vol.22 no.1 São Paulo	Lima ASS et. Al.	Cuidados paliativos em terapia intensiva: a ótica da equipe multiprofissional	Trata-se de um estudo qualitativo, com delineamento exploratório descritivo e recorte temporal transversal.	Percebe-se que os profissionais expressaram claramente e com alta frequência ($n = 15$), a associação direta do conceito de CP com a terminalidade, relacionando a assistência e promoção de conforto e qualidade de vida à ausência de prognóstico. Demonstraram, em suas falas, uma concepção global da denominação do conceito de cuidados paliativos, mas não se distanciaram totalmente do que é afirmado e difundido pela OMS, evidenciando a importância do conforto e da qualidade de vida frente a assistência em CP.
----------	---------------------------------	------------------	---	---	--

Quadro 1. Distribuição dos artigos de acordo com o periódico, país, ano de publicação, autor(es), título, delineamento, resultados. Recife (PE), Brasil, 20223.

O presente estudo trouxe a oportunidade de conhecer de uma forma mais aprofundada os cuidados paliativos, sua origem e princípios, bem como os cuidados prestado pela equipe multiprofissional. A pesquisa foi satisfatória e alcançou com êxito os objetivos estabelecidos quanto as contribuições da equipe multiprofissional acerca do Cuidado Paliativo visando melhor qualidade assistencial e conforto ao paciente em sua fase terminal.

Segundo os estudos de Cardoso e colaboradores (2013), os Cuidados Paliativos compreende todas as condições do paciente de forma integral, portanto, em relação aos sintomas físicos, psicológico tem se uma necessidade maior de uma equipe multiprofissional, visando consenso no método terapêutico empregado, para que a assistência paliativa não se torne de alguma forma distanásia, trazendo sofrimento desproporcionais ao paciente, ou se aproxime da eutanásia, acelerando o processo de morte. Observou-se que capacitações e ações educativas voltadas para a equipe multiprofissional têm sido ferramentas importantes para a garantia do conforto e qualidade de vida do paciente e familiares inseridos no contexto de CP.

Além disso, foi identificado que o paciente é visto como um indivíduo complexo pela equipe multiprofissional, ou seja, o cuidado não se restringe apenas aos aspectos físicos de dor e sofrimento, mas também às necessidades psíquicas e emocionais de cada um. No que tange à fragilidade na formação acadêmica dos profissionais e, conseqüentemente, falta de conhecimento sobre a temática, foi evidenciado que o profissional recém-formado não se sente preparado para lidar com pacientes em CP.

Diante da problemática evidenciada, se sugere mudanças na grade curricular da graduação com abordagem sobre os CP, como ponto importante para que os profissionais compreenda o conceito dos cuidados paliativos para que venha auxiliar na identificação do momento adequado para iniciar os CP. Uma vez que a demora em começar esse

cuidado, prolonga a realização de procedimentos invasivos desnecessários.

Nos estudos de Silva e colaboradores (2015), os profissionais de saúde inseridos nos Cuidados Paliativos, na maioria das vezes, não sabem como lidar frente o processo de morte e morrer, visto que esses eventos tornam-se cotidiano de suas profissões. Principalmente, em relação ao processo de morte e morrer, pode ser afirmado que os pacientes que entram em protocolo de Cuidados Paliativos e que os profissionais da equipe multiprofissional participa diariamente do sofrimento destes pacientes e de seus familiares na espera da morte, até que ela chegue. Posto isso, não saber como lidar frente o processo de morte e morrer é um evento comum entre os profissionais de saúde, onde já não conseguem enxergar a morte como um acontecimento natural.

Já no estudo de Araújo (2012), foi identificado que o cuidado ofertado pela equipe multiprofissional, permite um foco maior em todas as necessidades do paciente, favorecendo uma abordagem mais humanizada, possibilitando maior independência ao paciente. Em nosso estudo, foi identificado que os profissionais da equipe multiprofissional, em relação ao fornecimento de assistência aos familiares e pessoas próximas ao paciente, promovem a participação destes em toda a terapêutica, incluindo estas pessoas no âmbito hospitalar do paciente, fazendo com que o paciente se enxergue como corresponsável, junto de seus entes, mas também como protagonistas, tendo papel ativo em todas as decisões e atitudes da equipe de saúde.

Também foi observado que tanto os familiares, quanto o paciente, existe uma necessidade de conhecimento de técnicas e estratégias de comunicação interpessoal, sejam verbais ou não verbais, a fim de trazer mais aproximação a equipe de saúde de saúde. Portanto, espera-se que os resultados desta pesquisa subsidiem o fortalecimento de um novo paradigma de atenção aos cuidados paliativos, por meio do cuidado prestado pela equipe multiprofissional através da sensibilização da equipe. Isso permitirá que eles compreendam que os CP não podem, nem tão pouco devem, ser dissociados das demais necessidades da pessoa, e que os pacientes precisam ser atendidos de forma digna e integral até sua finitude.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu compreender a percepção da equipe multiprofissional acerca do cuidado paliativo. Foi identificado que os profissionais compreendem o CP como estratégia de promover o conforto e amenizar o sofrimento, respeitando a dignidade do paciente e o tratando como um ser integral e complexo. O estudo corrobora com a literatura acerca do entendimento muitas vezes limitada e ultrapassada no que tange a compreensão do conceito de CP, bem como suas implicações práticas.

Tal fato remete a importância de investimento, principalmente com relação à capacitação da equipe, sendo enfatizada a importância da humanização nessa nova forma

de cuidar e promoção de melhorias na comunicação com a família e os demais membros da equipe Multiprofissional que possam vir como mecanismo para auxiliar a conduta da equipe.

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, M. M. T., & Silva, M. J. P.(2012). O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. *Texto contexto -enferm.* 21(1): 1219.
2. ARCANJO, S. P., Saporetti, L. A., Curiati, J. A. E., Jacob-Filho, W., & Avelino-Silva, T. J. (2018). Clinical and laboratory characteristics associated with referral of hospitalized elderly to palliative care. *Einstein*, 16.
3. BARATA, Rita Barradas. Condições de saúde da população brasileira. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008
4. BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil – Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017.
5. CARDOSO, Daniela Habekost et al. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [s.l.], v. 22, n. 4, p.1134-1141, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072013000400032>. Disponível em: Acesso em: 11 de Jan. de 2023.
6. COSTA, R. S. D., Santos, A. G. B., Yarid, S. D., Sena, E. L. D. S., & Boery, R. N. S. D. O. (2016). Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. *Saúde em debate*, 40, 170-177.
7. FITARONI, Juliana Batista. Morte nos cuidados paliativos: representações sociais da equipe multidisciplinar. 2016. p. 125. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: Acesso em: 15 de jan. de 2023.
8. HERMES, HR; LAMARCA, I.C.A. Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. In. *Ciência & Saúde Coletiva*.v.18, n.9. Rio de Janeiro, 2013. Doi: 10.1590/S1413-81232013000900012.
9. LUZ, R., & Bastos, D. F. (2019). Experiências contemporâneas sobre a morte e o morrer: O legado de Elisabeth Kübler-Ross para os nossos dias. *Summus Editorial*.
10. MOSSER, G.; BEGUN, J. W. *Compreendendo o trabalho em equipe na saúde*. Porto Alegre: AMGH, 2015.
11. GOMES, A. L. Z., & Othero, M. B.(2016). Cuidados Paliativos. *Estud. av.*30(88):155-66.
12. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA) (2019). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. INCA.

13. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Definition of palliative care. Geneva (CH): OMS, 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/search/r?keys=cuidados+paliativos#gsc.tab=0&gsc.q=cuidados%20paliativos>. Acesso em: 05 de jan. de 2023.
14. OLIVEIRA, M. et al. Atendimento domiciliar oncológico: percepção de familiares/cuidadores sobre cuidados paliativos. Recife, 2017. Disponível em: Acessado em: 05 jun 2019.
15. RODRIGUES, J. L. R., da Silva, S. M., Mendoza, I. Y. Q., & de Oliveira, A. M. C. (2020). Cuidados de enfermagem no manejo da dor em pacientes adultos e idosos em cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 10. <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3680>
16. SILVA, A, L., Andrade, E, A., Andrade, C, H, S., Correia, M, S, S., More, I, L, S., Farias, W, S., Lima, L., & Silva, V, C. (2021). Assistência de enfermagem a pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Desenvolvimento*,7(9), 4–9. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n9-010>.
17. SILVA, A. F., Issi, H. B., Motta, M. G. C., & Botene, D. Z. A. (2015). Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. *Rev Gaúcha Enferm.*36(2):56-62.
18. SILVA, R. S.; PEREIRA, A.; MUSSI, F. C. Conforto Para Uma Boa Morte: Perspectiva De Uma Equipe De Enfermagem Intensivista. Bahia, 2014. Disponível em: Acessado 01 jun 2019.
19. SILVA F., Lacerda M. C., Souza T.A.S, Homo R.F.B., & Lima A.F.C. Assistência multiprofissional ao paciente oncológico crítico em pronto socorro/ serviço de emergência especializado: revisão integrativa. *Rev Paul Enferm.* <https://repen.com.br/revista/volume-32-2021/>
20. THEOBALD, M.R. et al. Percepções do paciente oncológico: sobre o cuidado. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: Acessado em: 31 out. 2018.
21. SILVA RS, Pereira A, Mussi FC. Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. *Esc. Anna Nery.* 2015;19(1):40-46. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0040.pdf>
22. SILVA EMB, Silva MJM, Silva DM. Percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados paliativos neonatais. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(6):1787-94. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0842>.
23. MAGALHÃES, Suzane bandeira; FRANCO, Anamelia Lins e Silva. Experiência de profissionais e familiares de pacientes em cuidados paliativos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v.64, n.3, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf-arbp/v64n3/v64n3a07.pdf>>

CAPÍTULO 8

REFLEXÕES ACERCA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (SAPS)

Data de aceite: 03/04/2023

Lizandra Laila de Souza Silva

Farmacêutica pelo Centro Universitário UNIFAVIP/WYDEN, Caruaru, Pernambuco. Especialista em Farmácia Clínica e Hospitalar pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante – FAVENI.
<https://orcid.org/0000-0002-4490-5763>

Adjaneide Cristiane de Carvalho

Farmacêutica pelo Centro Universitário UNIFAVIP/WYDEN, Caruaru, Pernambuco. Pós-graduanda em Farmácia Clínica e Hospitalar pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante – FAVENI.
<https://orcid.org/0000-0003-4293-981X>

Rayanne Marília Carvalho Monteiro

Farmacêutica pelo Centro Universitário UNIFAVIP/WYDEN, Caruaru, Pernambuco.
<http://lattes.cnpq.br/3256837607416969>

João Paulo Souza de Lima

Graduando em Fisioterapia pelo Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA), Caruaru, Pernambuco.
<https://orcid.org/0000-0002-09626312>

Karen Millena da Silva Souza

Farmacêutica pelo Centro Universitário UNIFAVIP/WYDEN, Caruaru, Pernambuco. Residente em Atenção Básica e Saúde da Família pelo programa de residência da ASCES-UNITA. Especialista em Farmácia Clínica e Prescrição Farmacêutica e pós-graduanda em Farmácia Hospitalar e Acompanhamento Oncológico pelo Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade – ICTQ.
<https://lattes.cnpq.br/6135400877020472>

Ranyelle Hallana Andrade da Silva

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Vitória, Pernambuco.
<http://lattes.cnpq.br/6104494792464510>

Rayane Tamires Andrade da Silva

Assistente social pela Universidade de Pernambuco (UPE), Palmares, Pernambuco. Residente em Atenção Básica e Saúde da Família pelo programa de residência da ASCES-UNITA. Pós-graduanda em Serviço Social e Saúde pela Faculdade de Minas - FACUMINAS.
<https://orcid.org/0000-0002-7078-0538>

Graziely Veríssimo de Melo

Psicóloga pela Faculdade Maurício de Nassau (UNINASSAU), Recife, Pernambuco.
Residente em Atenção Básica e Saúde da Família pelo programa de residência da ASCES-UNITA. Especialista em Saúde Pública, Saúde Mental e Dependência Química pela Faculdade de Ciências Humanas - ESUDA.
<https://orcid.org/0000-0002-1694-1791>

Manoel Teixeira de Souza Neto

Psicólogo pela Faculdade Maurício de Nassau (UNINASSAU), Recife, Pernambuco.
Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental pela UNINTER.
<https://orcid.org/0000-0002-1629-6112>

Larissa Bezerra Calazans de Lyra

Enfermeira pelo Centro Universitário UNIFAVIP/WYDEN, Caruaru, Pernambuco
Especialista em Saúde da Mulher pela CEPEM.
<http://lattes.cnpq.br/5875533020908762>

RESUMO: Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como porta de entrada do indivíduo ao sistema de saúde, oferecendo um atendimento de amplo espectro, acessível e baseado na comunidade, para promoção da saúde prevenção de doenças e tratamento de enfermidades. Sua importância está baseada em seu potencial para responder à rápidas mudanças da sociedade que refletem na saúde das pessoas, nos níveis econômico, tecnológico e demográfico, justificando a importância da continuidade desse nível de atenção.

Metodologia: Trata-se de uma revisão de literatura, fundamentada em artigos científicos a respeito do tema, obtidos das bases de dados eletrônicas SciELO e MEDLINE. **Resultados**

e Discussão: Os atributos da Atenção Primária podem ser classificados como: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; focalização na família; orientação comunitária; e, competência cultural a APS também compreende três funções essenciais, sendo a resolubilidade, comunicação e responsabilização. **Conclusão:** a Atenção Primária à Saúde, configura-se como porta de entrada do SUS e o principal meio de comunicação com todos os outros níveis e redes de atenção desse sistema, sendo fundamental para promoção dos cuidados em saúde de um indivíduo ao longo de toda sua vida.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária a Saúde; Atendimento Primário; Cuidado de Saúde Primário.

REFLECTIONS ABOUT PRIMARY HEALTH CARE (SAPS)

ABSTRACT: Introduction: Primary Health Care (PHC) is defined as the individual's gateway to the health system, offering broad-spectrum, accessible and community-based care for health promotion, disease prevention and disease treatment. Its importance is based on its potential to respond to rapid changes in society that reflect on people's health, at the economic, technological and demographic levels, justifying the importance of continuing this level of care. **Methodology:** This is a literature review, based on scientific articles on the subject, obtained from the electronic databases SciELO and MEDLINE. **Results and Discussion:** The attributes of Primary Care can be classified as: first contact; longitudinality;

completeness; coordination; family focus; community orientation; and, cultural competence PHC also comprises three essential functions, namely resolvability, communication and responsibility. **Conclusion:** Primary Health Care is the gateway to the SUS and the main means of communication with all other levels and networks of care in this system, being fundamental for the promotion of health care for an individual throughout their entire life. your life.

KEYWORDS: Primary Health Care; Primary Care; Primary Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

Um sistema de saúde fundamentado na atenção primária direciona suas funções com base em princípios de equidade, solidariedade e direito de todo indivíduo gozar do mais alto nível de saúde possível, sem nenhuma distinção de caráter religioso, político, econômico, social ou racial. Para tal objetivo, um sistema desta natureza precisa atender de maneira equitativa e eficiente às necessidades de saúde de cada pessoa, devendo monitorar progressos, promover melhorias contínuas, prestar contas, garantir a sustentabilidade e a participação social e assegurar a implantação de intervenções intersetoriais, sempre mantendo o mais alto padrão de qualidade (FAUSTO et al., 2018; OPAS, 2021).

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como porta de entrada do indivíduo ao sistema de saúde, oferecendo um atendimento de amplo espectro, acessível e baseado na comunidade, para promoção da saúde (como orientações sobre alimentação, atividade física, higiene), prevenção de doenças (por exemplo, sistema de vacinação) e tratamento de enfermidades (agudas e crônicas), com a capacidade de atender grande parte das necessidades de saúde de um ser humano ao longo de sua vida (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018; ALMEIDA et al., 2018).

Segundo a Declaração Universal dos Direitos Humanos “todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis [...]”, estando a APS diretamente ligada ao reconhecimento e garantia desse direito fundamental, com base na justiça social (OPAS, 2021).

A APS é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com fundamento em três componentes, sendo eles o de garantir o acesso das pessoas aos serviços de promoção, proteção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos à saúde; agir sistematicamente sobre os determinantes de saúde através de políticas públicas; fortalecer indivíduos, suas famílias e comunidades, defendendo a promoção e proteção de sua saúde e bem-estar, participando diretamente como promotores da saúde individual e coletiva (CAMARGO; CASTANHEIRA, 2020).

A importância da APS fundamenta-se em seu potencial para responder à rápidas mudanças da sociedade que refletem na saúde das pessoas, sejam elas de caráter econômico, tecnológico ou demográfico. Além disso, através da APS é possível lidar com

os principais problemas de saúde que fazem parte da sociedade e outros desafios que possam ameaça-la no futuro. Também contribui para prevenção de ameaças a saúde e melhorias sanitárias, além de refletir diretamente sobre a redução do quadro de internações hospitalares, quando bem desenvolvida, diminuindo os custos relacionados com a saúde (OPAS, 2021).

Considerando a relevância da Atenção Primária a Saúde (APS) para promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento de enfermidades, é fundamental a reflexão sobre o tema para continuidade desse nível de atenção. Sendo assim, o objetivo desta pesquisa é compreender a importância da Atenção Primária a Saúde, bem como conhecer suas funções na sociedade.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura, fundamentada em artigos científicos obtidos das bases de dados eletrônicas Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), por meio dos seguintes descritores: Atenção Primária a Saúde; Atendimento Primário; Cuidado de Saúde Primário.

Os critérios de inclusão foram artigos disponíveis na íntegra, publicados no idioma português, que abordavam os objetivos propostos pela pesquisa, a saber, a importância e funções da Atenção Primária a Saúde na sociedade, publicados entre os anos de 2015 a 2022.

Como critérios de exclusão foram considerados os estudos que não possuíam relação com o tema proposto, que não estavam disponíveis para consulta ou que não tivessem sido publicados nos últimos sete anos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Breve histórico da Atenção Primária à Saúde

O entendimento atual da Atenção Primária à Saúde (APS) teve origem no Reino Unido, em 1920, por meio do Relatório Dawson que sugeria a organização dos serviços de saúde em diferentes níveis de atenção, sendo domiciliares, centros de saúde primários e secundários, serviços suplementares e hospitais de ensino. O documento em questão descrevia as funções de cada um dos níveis, assim como a relação que deveria existir entre eles, tornando-se um marco histórico na regionalização dos sistemas de atenção à saúde, alcançado vários países do mundo (MENDES, 2015).

O clima propício para a APS se deu a partir do início dos anos vinte ao final dos anos setenta, devido a acontecimentos como criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (1948), o movimento feminista, movimento dos pacifistas ecológicos, a saúde

materno-infantil, a publicação do estudo sobre saúde e tabaco feita pelo Cirurgião Geral dos Estados Unidos, a chegada do Dr. Halfdan Mahler na liderança da Organização Mundial da Saúde, e outros que contribuíram para institucionalizar a APS, o que acabou acontecendo na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, no ano de 1978 (FAUSTO, 2018; FACCHINI et al., 2020).

A APS foi, então definida, como: “cuidados essenciais [...] de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis aos indivíduos e às famílias, com total participação e a custo suportável para as comunidades e países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação.” A partir disso, surgiram questões essenciais da Atenção Primária, como educação em saúde; prevenção de endemias; planejamento familiar; saúde materno-infantil; plano de imunização; saneamento básico; e outros (MENDES, 2015).

No Brasil, o desenvolvimento da APS teve seu ponto de partida por meio da criação dos Centros de Saúde; do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP); das Secretarias de Saúde, com ações voltadas a prevenção de doenças, atenção médica aos grupos materno-infantil e sobre doenças de caráter infeccioso (tuberculose, hanseníase); do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento; e, das Ações Integradas de Saúde (AIS). Além disso, a municipalização das unidades de APS contribuiu com a expansão dos cuidados primários, especialmente com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), que vige atualmente e faz parte do ciclo de Atenção Básica à Saúde (MENDES, 2015; TASCA et al., 2020).

3.2 Atributos e funções da APS

Os atributos da Atenção Primária podem ser classificados como: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; focalização na família; orientação comunitária; e, competência cultural (LIMA et al., 2018; NEDEL, 2020).

Entende-se por primeiro contato o uso dos serviços a cada novo problema para os quais se busca atenção à saúde. Por sua vez, a longitudinalidade implica a existência de cuidados prestados pela equipe de saúde ao longo do tempo, em um ambiente harmônico e humanizado, com forte comunicação entre equipe, indivíduos e comunidade. Já a integralidade, refere-se à prestação de serviços, que atendam às necessidades da população mediante a promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, bem como a observação dos principais fatores associados com o aparecimento das doenças. A coordenação trata-se do potencial para assegurar a continuidade da atenção pela equipe da saúde, enquanto a focalização na família é compreendê-la como sujeito da atenção, o que requer a interrelação da equipe de saúde com essa unidade social. Nesta perspectiva, a orientação comunitária refere-se a observação das principais necessidades das famílias nos mais diferentes contextos, bem como sua integração em programas de enfrentamento dos determinantes sociais de saúde. A competência cultural, significa uma

relação humanizada entre equipe de saúde e família, com respeito as singularidades de cada grupo (MENDES, 2015; LIMA et., 2018; MOREIRA et al., 2021).

Além disso, a APS também compreende três funções essenciais, sendo a resolubilidade, comunicação e responsabilização, de modo que, somente é possível existir a APS, quando todos os seus sete atributos são operacionalizados e suas funções essenciais executadas (NEDEL, 2020)

Com relação a sua função de resolubilidade, significa dizer que a APS precisa ser resolutiva, possuindo potencial para atender mais de noventa por cento dos problemas da sua população. A comunicação expressa o potencial para coordenação do fluxo e contrafluxo de pessoas, produtos e informações com os diferentes componentes das redes. Para a responsabilização, considera-se a capacidade de manter conhecimentos e relacionamentos da população adstrita, das questões econômicas e sanitárias, e outros (MENDES, 2015).

3.3 Modelos de APS no Brasil

No Brasil, podem ser encontrados diferentes modelos de estruturação da atenção primária.

O modelo tradicional é representado pela presença de médicos e enfermeiros generalistas que atendem a determinada população, com ênfase em atendimentos médicos e de enfermagem. Outrossim, o modelo Semachko (russo bolchevique) pode ser identificado, formado por uma tríade de médicos com especialidade em clínica, gineco-obstreta e pediatria. Há, ainda, o modelo de medicina da família e comunidade estrito senso (europeu e canadense) com ênfase em atendimentos com médicos generalistas ou especializados em medicina da família e comunidade. Como também, o modelo do PSF, com serviços prestados por médicos e profissionais da enfermagem generalistas, bem como técnicos e auxiliares por meio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e agentes comunitários da saúde. Ademais, uma única unidade APS pode caracterizar o modelo misto, com a articulação de alguns dos diferentes modelos supracitados (MENDES, 2015).

4 | CONCLUSÃO

Assim sendo, a Atenção Primária à Saúde (APS) classifica-se como primeiro nível de atenção em saúde, caracterizada por um conjunto de ações voltadas a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, individual e coletiva, a fim de garantir a atenção integral à saúde da comunidade adstrita.

Configura-se como porta de entrada do SUS e o principal meio de comunicação com todos os outros níveis e redes de atenção desse sistema, estando pautada em sete

atributos, sendo o de primeiro contato; a longitudinalidade; integralidade; coordenação; focalização na família; orientação comunitária; e, competência cultural, e três funções, sendo a resolubilidade, comunicação e responsabilização, as quais lhe garantem a eficiência na prestação dos serviços, desde que desenvolvidas completamente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em debate**, v. 42, p. 244-260, 2018.

CAMARGO, D. S.; CASTANHEIRA, E. R. L. Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190600, 2020.

Declaração Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948. **Unicef**. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em 23 de set. de 2022.

FACCHINI, L. A. COVID-19: Nocaute do neoliberalismo? Será possível fortalecer os princípios históricos do SUS e da APS em meio à pandemia?. **APS em Revista**, v. 2, n. 1, p. 3-10, 2020.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em debate**, v. 42, p. 12-14, 2018.

LIMA, J. G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 52-66, 2018.

MOREIRA, D. C. *et al.* Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2021.

NEDEL, F. B. Enfrentando a COVID-19: APS forte agora mais que nunca!. **APS em Revista**, v. 2, n. 1, p. 11-16, 2020.

OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). Atenção primária à saúde. **Organização Mundial da Saúde (OMS)**, 2021. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>>. Acesso em 23 de set. de 2022.

TASCA, R. *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, 2020.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 361-378, 2018.

CAPÍTULO 9

AValiação de SOBRECARGA E DOR EM CUIDADORES DE PESSOAS COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Data de submissão: 01/03/2023

Data de aceite: 03/04/2023

Ana Julia Rodrigues de Oliveira

Universidade Estadual do Norte do Paraná
Jacarezinho – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/6211773308936161>

Mariana Moskado Batista de Almeida

Universidade Estadual do Norte do Paraná
Jacarezinho – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/84633554997981954>

Lucas Mateus Campos Bueno

Universidade Estadual Paulista
Presidente Prudente – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/2706847825388712>

Emanuely Andreoli de Siqueira

Universidade Estadual do Norte do Paraná
Jacarezinho – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/9633442327554449>

Igor Calixto da Silva

Universidade Estadual do Norte do Paraná
Jacarezinho – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/9013146435948917>

Beatriz da Silva

Universidade Estadual do Norte do Paraná
Jacarezinho – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/2915972978517378>

Jussara Eliana Utida

Universidade Estadual do Norte do Paraná
Jacarezinho – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/9307686002854310>

Joyce Karla Machado da Silva

Universidade Estadual do Norte do Paraná
Jacarezinho – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/6313398895832992>

Camila Costa de Araújo Pellizzari

Universidade Estadual do Norte do Paraná
Jacarezinho – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/9196899128937454>

RESUMO: Cuidadores são aqueles que cuidam e zelam pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida. Aquele que auxilia e facilita as atividades de vida diária. As alterações físicas e emocionais estão presentes no cotidiano do cuidador, tanto quanto a sobrecarga física e emocional imposta a esses indivíduos. O aumento das atividades de cuidados, a falta de preparo e instrução pode levar a dificuldades e excesso de funções, apresentando sintomas como dor e estresse. Este trabalho propõe investigar, caracterizar e avaliar os aspectos

relacionados à dor e sobrecarga em cuidadores de pacientes com dependência funcional. Foram entrevistados 21 cuidadores informais através do questionário de dor McGill, Escala Visual Analogia (EVA), Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal e em seguida as pessoas assistidas, por esses cuidadores, avaliados pela Escala da Medida de Independência Funcional (MIF). A amostra contou com 85,71% mulheres, entre mães e esposas, com dores na coluna lombar, punho e ombro e região dos joelhos, com média de 5,33 na escala EVA. Questionário de dor de McGill, com o número de descritores com média de 12,28, já o índice de dor com média de 32,33. As dimensões: sensorial (média 18,09), afetiva (média 4), avaliativa (média 3,04) e mista (média 2,28). Os cuidadores de pessoas com dependência funcional obtiveram nível de sobrecarga moderada com ênfase na dimensão financeira, dores moderadas e cotidianas, sem relação ao nível de dependência da pessoa assistida.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidadores; Dor; Sobrecarga; Dependência Funcional.

EVALUATION OF OVERLOAD AND PAIN IN CAREGIVERS OF PEOPLE WITH FUNCTIONAL DEPENDENCE

ABSTRACT: Caregivers are those who care for and watch over the well-being, health, food, personal hygiene, education, culture, recreation and leisure of the assisted person. One who assists and facilitates activities of daily living. Physical and emotional changes are present in the caregiver's daily life, as well as the physical and emotional overload imposed on these individuals. The increase in care activities, the lack of preparation and instruction can lead to difficulties and excess functions, presenting symptoms such as pain and stress. It proposes to investigate, characterize and evaluate aspects related to pain and overload in caregivers of people with functional dependence. Twenty-one informal caregivers were interviewed using the McGill Pain Questionnaire, Visual Analogy Scale (VAS), Informal Caregiver Burden Assessment Questionnaire, and then the people assisted by these caregivers, assessed by the Functional Independence Measure Scale (FIM). The sample had 85,71% women, including mothers and wives, with pain in the lumbar spine, wrist, shoulder and knee region, with an average of 5,33 on the VAS scale. McGill pain questionnaire, with the number of descriptors with an average of 12,28, and the pain index with an average of 32,33. The dimensions: sensory (mean 18,09), affective (mean 4), evaluative (mean 3,04) and mixed (mean 2,28) and with moderate burden. Caregivers of people with functional dependence had a moderate level of burden with an emphasis on the financial dimension, moderate and daily pain, unrelated to the level of dependency of the assisted person.

KEYWORDS: Caregivers; Pain; Overload; Functional Dependency.

1 | INTRODUÇÃO

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) qualifica os cuidadores como aqueles que cuidam e zelam pelo bem-estar da pessoa assistida. Classifica-se como primário aqueles que desempenham a função principal de cuidar, de total ou maior responsabilidade diante a pessoa doente, com deficiência ou limitações funcionais decorrentes da idade (SANTOS; YAMADA; CARDOSO, 2017).

O ato de cuidar impõe necessidades imediatas do paciente, que devem ser priorizadas; no entanto, há desdém as necessidades físicas e emocionais dos cuidadores, podendo levar a sobrecarga física e emocional (SANTOS; YAMADA; CARDOSO, 2017). Estudos mostram que cuidadores podem ter sintomas álgicos devido a sua função, com predomínio em mulheres (ALMEIDA; CONCEIÇÃO, 2013). Sintomas de dor podem estar relacionados à dependência dos pacientes, principalmente em cuidadores idosos devido à alterações decorrentes do envelhecimento (MORAIS; TERASSI; INOUE; 2016).

A sobrecarga, em cuidadores, remete ao aumento das atividades a ser realizadas. Como a assistência a um indivíduo, a necessidade de atenção a um paciente, ou até mesmo a resistência ou dificuldade de efetuar os cuidados (PEREIRA; FILGUEIRAS, 2009; RODRÍGUEZ-GONZÁLES *et al.*, 2017). Desta forma, a sobrecarga em cuidadores pode ocorrer devido a sua função, a qual exige responsabilidades e atenção com o outro, somada a pressão, estresse, privações sociais levando ao esgotamento, distúrbios emocionais e ao desgaste físico (LUZ; DEL ANTÔNIO; ARAÚJO, 2017).

A dor é uma experiência física dependente de momentos e situações anteriores. O relato da dor é, muitas vezes, de difícil descrição, assim a comparação a palavras, sentimentos e atitudes para traduzir algo qualitativo em quantitativo e descritivo. A luta contra a dor é constante (MORAIS; TERASSI; INOUE; 2016), e os medos e ansios podem acentuar levando algo emocional gerar algo físico.

A dependência funcional é compreendida como a limitação em executar tarefas básicas ou complexas da vida diária de forma autônoma, necessitando de uma pessoa para auxiliar no desempenho de suas tarefas (NARDI *et al.*, 2013).

O estudo dos aspectos relacionados à saúde do cuidador permitirá, aos profissionais da saúde, traçar condutas específicos para essa população, a fim de prevenir desgastes físicos e emocionais. Assim, surge a necessidade de fortalecer o apoio e atenção aos cuidadores, para identificar os impactos que as condições de saúde do paciente e o estresse podem gerar na saúde e qualidade de vida desses.

Nesse contexto, esta pesquisa dedica-se a investigar, caracterizar e avaliar os aspectos relacionados à dor e sobrecarga em cuidadores de pessoas com dependência funcional, por meio de identificação da presença, local e o nível de dor, medida de sobrecarga de trabalho dos cuidadores e o comprometimento funcional das pessoas assistidas por eles.

2 | METODOS

Trata-se de um estudo transversal e descritivo realizado na Clínica Escola de Fisioterapia no Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), na cidade de Jacarezinho/PR. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) com CAAE sob número nº 38803320.6.0000.8123,

com parecer sob o número 4.452.675.

Foram incluídos cuidadores primários com ou sem vínculo familiar com a pessoa assistida com dependência funcional e que são pacientes atendidos na Clínica escola de Fisioterapia da UENP no CCS em Jacarezinho-PR.

Os voluntários foram convidados a participarem da pesquisa, e foram avaliados durante o período que esperavam na clínica pelo atendimento das pessoas assistidas. O estudo avaliou nos cuidadores parâmetros de dor e sobrecarga; enquanto a funcionalidade foi avaliada nas pessoas assistidas. Ambos foram coletados os dados sociodemográficos.

Para avaliar a dor, foi utilizado o questionário de dor McGill que mensura a dor através de qualidades sensorial, afetiva, temporal e miscelânea (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996). Contendo palavras/descriptores que estão divididas em grupos, e o paciente escolhe uma (ou nenhuma) de cada grupo que caracterize a sua dor. Portanto, no final do questionário, totaliza o escore de IND (índice numérico da descritores) que mostra a quantidade de quadros assinalados com valores de 0 a 20 e o ID (índice de dor), que é a soma dos valores dos descritores assinalados, de 0 a 77. Ainda, contém um diagrama corporal para localização, periodicidade e duração da dor e escala atual de dor com valores de 0 (sem dor) a 5 (com dor insuportável) (COSTA *et al.*, 2019).

Para complementar a avaliação da dor, foi utilizada a Escala Visual Analógica (EVA) onde o cuidador relata a intensidade de dor no momento da avaliação, onde 0 (nenhuma dor) e 10 (pior dor possível) (COSTA *et al.*, 2019).

O Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) é utilizado como quantificador da sobrecarga física, emocional e social do cuidador. Inclui 32 itens avaliados por uma escala numérica de frequência que varia de 1 a 5, sendo o índice e a sobrecarga diretamente proporcionais. Composto por 7 dimensões: sobrecarga emocional (4 itens); implicações na vida pessoal do cuidador (11 itens); sobrecarga financeira (2 itens); reações a exigências (5 itens); percepção dos mecanismos de eficácia e de controle (3 itens); suporte familiar (2 itens); e satisfação com o papel e com o familiar (5 itens). O escore total varia de 32 a 160, onde maior sobrecarga é observada em maiores valores (MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015). Para classificação da sobrecarga, utilizamos o método da zona centro de Portugal, que realiza a seguinte análise de pontuação: 0 pontos = Ausência de Sobrecarga; 1 a 25 pontos = Sobrecarga Ligeira; 26 a 50 pontos = Sobrecarga Moderada; 51 a 75 pontos = Sobrecarga Grave e >75 pontos = Sobrecarga Extremamente Grave.

Para a avaliação de funcionalidade do paciente, foi aplicada a Escala da Medida de Independência Funcional (MIF). Essa escala mostra a necessidade em executar atividades e a carga utilizada de energia de seu cuidador. É dividida em 5 categorias totalizando 18 perguntas, pontuadas entre 1 (total dependência) e 7 pontos (independente). Ao final é calculado todos os pontos com mínimo de 18 ao máximo de 126. Dentro dessa equivalência têm-se três classificações: 126 a 104 com independência completa; 103 a

61 com dependência modificada (25% de auxílio nas tarefas); 60 a 19 com dependência modificada (50% de auxílio nas tarefas) e 18 pontos com dependência total (RIBERTO *et al.*, 2004).

Os dados obtidos foram analisados por estatística descritiva. Inicialmente, transcritos para o Excel, após realizado o tratamento de dados pelo software Statistical Package for Social Science (SPSS), utilizando teste de Shapiro-Wilk para normalidade, a análise descritiva, máximo, mínimo, média e/ou mediana quartis (primeiro e terceiro), frequência absoluta e desvio padrão (variabilidade).

3 | RESULTADOS

A amostra totalizou 21 pares de voluntários, sendo cuidadores e suas respectivas pessoas assistidas/pacientes da clínica escola de Fisioterapia. Entre os cuidadores, houve predomínio do sexo feminino (85,71%) com $46,42 \pm 11,19$ anos. Todos os participantes têm algum grau de parentesco com os pacientes, como é demonstrado na tabela 1.

Os pacientes assistidos tinham média idade de $33,80 \pm 24,86$ anos, 75% do sexo masculino, como demonstrado na tabela 2, nenhum desempenha função remunerada e apenas 38,1% recebem benefício/aposentadoria.

	N	%
Gênero		
Feminino	18	85,71
Masculino	3	14,29
Idade		
18 à 29	1	4,76
30 à 39	5	23,81
40 à 49	8	38,1
50 à <60	7	33,33
Grau de parentesco		
Esposo ou Esposa	5	23,81
Mãe ou Pai	12	57,14
Avó ou avô	1	4,76
Filho ou Filha	3	14,29
Escolaridade		
Ensino Fundamental	7	33,33
Ensino Médio	11	52,38
Ensino Superior	3	14,29

Renda salarial		
Até um Salário	4	19,05
de 2 a 3 salários	10	47,62
de 4 salários ou +	7	33,33
Exerce função remunerada		
não	12	57,14
sim	9	42,86
Problemas de saúde		
não	7	33,33
sim	14	66,67
Uso de medicamento contínuo		
não	9	42,86
sim	12	57,14

Tabela 1. Caracterização da Amostra Cuidadores

	N	%
Gênero		
Feminino	9	42,86
Masculino	12	57,14
Idade		
Até 10	5	23,81
11 à 17	2	9,52
18 à 29	4	19,05
30 à 39	3	14,29
40 à 49	0	0,00
50 à <60 +	7	33,33
Estado civil		
Casado (a)	6	28,58
Solteiro (a)	13	61,9
Viúvo (a)	1	4,76
Divorciado (a)	1	4,76
Benefício/aposentadoria		
Sim	8	38,1
Não	13	61,9

Tabela 2. Caracterização da Amostra Pessoa Assistida

Inicialmente foi aplicada a EVA para mensurar a dor dos cuidadores no momento da entrevista. Foram encontrados os valores mínimo de 0 e máximo de 10, com média de 5,33 considerada dor moderada.

O questionário de dor de McGill, com o índice numérico de descritores com média

de 12,28, foi encontrado máximo 20 e o mínimo 4. Já o índice de dor apresentou média de 32,19 sendo máximo de 57 e mínimo de 11, como representado na tabela 3. Quanto às dimensões sensoriais, obteve-se na dimensão sensorial - Discriminativa média de descritores de 17,95 com descrição mais assinalada “Latejante”; para Afetiva - Motivacional a média na pesquisa foi de 4, com a palavra mais sinalizada “Cansativa”; na dimensão Avaliativa - Cognitiva, a média de descritores foi 3,04 com “Incomoda” mais indicada. A dimensão mista foi obtida valor 7,19 tendo o descritor “Desagradável” como mais notado.

DOR	N	IND	ITD	Índice de dor			
				Sensorial	Afetiva	Avaliativa	Mista
	21	12,28	32,19	17,95	4	3,04	7,19

IND – Índice numérico de descritores

ITD – Índice total de dor

Tabela 3. Índice e número de descritores de dor em cuidadores de pessoas com dependência funcional

A palavra com maior recorrência foi “Latejante”, que se enquadra na categoria sensorial - descritiva, e o segundo mais assinalado foi “Desagradável”, da categoria mista. Todos os cuidadores assinalaram pelo menos um descritor em cada dimensão do questionário, como vemos na tabela 4.

	N	%
Sensorial- Discriminativa		
Latejante	12	57,14
Provocada	10	47,62
Agulhada	5	23,81
Aguda	6	28,57
Pressionante	8	38,1
Distensão	7	33,33
Queimação	6	28,57
Formigamento/Ferroada *	5/5	23,81
Dolorida	9	42,86
Tensão	7	33,33
Afetivo- Motivacional		
Cansativa	10	47,62
Sufocante	8	38,1
Amedrontadora	5	23,81
Debilitante	6	28,57

Enlouquecedora	4	19,05
Avaliativa- Cognitiva		
Incomoda	6	28,57
Miscelânea		
Penetrante	9	42,86
Aperto	5	23,81
Fria	4	19,04
Desagradável	11	52,38

* Mesma quantidade de participantes escolheram os descritores.

Tabela 4. MCGILL- Palavras/ Descritores mais utilizados para caracterização da dor em cada quadro.

Ainda no questionário de McGill, os participantes assinalaram os principais locais de dor no diagrama corporal, com 13 cuidadores apontando dores na coluna vertebral, 4 em nos membros superiores (MMSS) e 7 em membros inferiores (MMII), como visto na tabela 5.

Com relação aos sintomas associados com a dor, 10 cuidadores não relataram nenhum sintoma, mas 11 descreveram algum tipo de sintoma. Quanto ao uso de medicamentos, 6 cuidadores utilizavam para controle das dores.

Local do corpo	N	%
Ombro	1	4,76
Torácica	3	14,28
Cotovelo	1	4,76
Punho	1	4,76
Mão	1	4,76
Lombar	10	47,61
Região Púbrica	1	4,76
Coxa	3	14,28
Joelho	4	19,04

* Um mesmo cuidador pode relatar dor em mais de um local.

Tabela 5. Perfil das regiões de dores dos cuidadores de pessoas com dependência funcional.

No questionário de sobrecarga, obteve-se valor médio de $61,24 \pm 21,21$, considerado sobrecarga moderada. Porém todos os cuidadores apresentaram algum grau de sobrecarga que variou de 19% a 66,7% conforme figura 1.

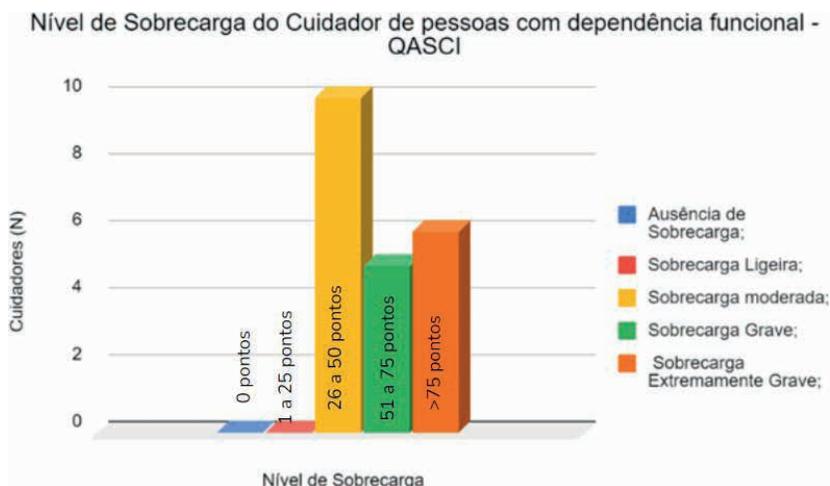


Figura 1. Níveis de sobrecarga de cuidadores de pacientes com dependência física.

As dimensões de pontos positivos, no cotidiano do cuidador e consequente menor sobrecarga no presente estudo, foram Satisfação com o papel e com a família, Suporte familiar, Percepção dos mecanismos de eficácia e controle, conforme tabela 6. Contudo, a dimensão de sobrecarga financeira mostrou-se a mais afetada, evidenciando as perguntas: “O seu familiar mostra gratidão pelo que você está fazendo por ele?” (média de 4,47) e “Fica satisfeita (o), quando o seu familiar se sente contente por pequenas coisas que você faz para ele?” (média 4,71), obtiveram escores próximo de 5, indicando máximo de sobrecarga.

QASCI	SE	IVP	SF	RE	PMEC*	Sup F*	SPF*	Escore Geral
Máximo	20	51	10	21	15	10	25	107
Mínimo	4	11	2	5	5	2	11	30
Média	9,52	27,71	5,42**	10,23	11,95	7,19	22,57	61,24
Desvio Padrão	5,57	11,72	3,17	4,99	3,04	2,87	3,47	21,21
Porcentagem	47,6***	50,38	54,2	40,92	79,66	35,95	90,28	66,87

Implicações na vida pessoal (IVP); Satisfação com o papel e com a família (SPF); Sobrecarga emocional relativa ao doente (SE); Reações a exigências (RE); Suporte familiar (Sup F); Percepção dos mecanismos de eficácia e controle (PMEC); Sobrecarga financeira (SF).

*São dimensões com valores positivos. ** Dimensão com a menor média. ***Dimensão com a menor porcentagem.

Tabela 6. Dimensões questionário de avaliação de sobrecarga em cuidadores informais de pessoas com dependência funcional.

Quanto à dependência funcional dos pacientes assistidos, 4 apresentaram dependência modificada de até 50%, 2 com dependência modificada com até 25% e

15 com independência ou dependência modificada. Nenhum encontra-se em estado de dependência total, como visto na tabela 7.

Classificação	N	%
Dependência completa	0	0
Dependência modificada (Até 50%)	4	19,05
Dependência modificada (Até 25%)	2	9,52
Independência / dependência modificada	15	71,42

Tabela 7. Nível de comprometimento de pacientes assistidos por cuidadores informais atendidos na clínica escola de fisioterapia - UENP.

Os domínios com maior comprometimento funcional foram de autocuidado em questões de alimentação, banho e vestimenta, e o domínio de locomoção em questões de obstáculos como as escadas, conforme tabela 8.

MIF	Média	Min/ Max observado	Média (DP)
		Pontuação total	36/125
Domínios*			102,36 (27,01)
Autocuidado	5,26	6/42	31,57(12,86)
Controle de Esfíncter	6,61	2/14	12,33 (3,86)
Mobilidade	5,93	3/21	17,8 (5,83)
Locomoção	5,5	6/14	11 (2,6)
Comunicação	5,85	2/14	11,71 (3,84)
Conhecimento Social	5,85	3/21	17,57 (5,7)

*(Independência: 7, Dependência: 1)

Tabela 8. Escala MIF por domínios e pontuação total de pacientes assistidos por cuidadores informais atendidos na clínica escola de fisioterapia - UENP.

4 | DISCUSSÃO

O presente estudo investigou o nível de dor e sobrecarga em cuidadores de pacientes com dependência funcional. A maior parte dos investigados foram mulheres, média de idade de 46 anos, com grau de parentesco (mães) como também observado no estudo com cuidadores de pacientes idosos no Canadá, onde 69,1% eram mulheres com média de idade de 51 anos, porém não relatam grau de parentesco. No estudo de

Perdomo, Cantillo-Medina e Pordomo-Romero (2022) com cuidadores de pacientes de doenças crônicas, 74,5% mulheres e média de 48,2 anos com grau de parentesco de mães ou esposa e no estudo de Pimenta, Rodrigues e Greguol (2010) com cuidadores de pacientes com deficiência intelectual, 83,8% eram cuidadoras mulheres, com média de idade de 50,26 anos e sua maioria mães, todos corroborando com achados desse trabalho.

Foi constatado que 57% dos cuidadores não exercem atividades remuneradas, o que segundo o autor Mendes *et al.* (2019) justifica essa colocação do cuidador de não ser uma escolha aleatória, e sim, uma conexão e escolha indiretamente realizada pelo paciente, sendo levada em conta pelo maior tempo de dedicação disponível (PIMENTA; RODRIGUES; GREGUOL, 2010). Encontrado no presente estudo, 95,23% dos cuidadores moram juntamente com o paciente assistido e esses fatores agregam a essa escolha explícita e indireta do cuidador informal morar juntamente com a pessoa assistida e influenciar nessa escolha do cuidador (CHAPPELL; REID, 2002; PERDOMO; CANTILLO-MEDINA; PORDOMO-ROMERO, 2022).

As doenças crônicas estão presentes em 66% dos cuidadores do presente estudo, a sua maioria com Hipertensão arterial sistêmica (64%), sendo que apenas 64% destes cuidadores com alguma doença crônica faz uso de medicamentos para controle, o que vai de encontro com o estudo de Seima e Lenardt (2011) onde 62% dos cuidadores entrevistados tinham alguma doença crônica, dentre elas hipertensão, depressão, problemas inflamatórios e articulares e problemas digestivos. As doenças crônicas podem ser adquiridas pela predisposição genética e/ou hábitos de saúde, porém não podemos afirmar a relação com os cuidados ao paciente e a dependência desses.

Os locais mais recorrentes de dor nesse estudo compreendem a região lombar e joelho, também encontrado por Moraes, Terassi e Inouye (2016) com 58,8% em região lombar e MMII, Lopes *et al.* (2020) relata que os cuidadores de paciente idosos atribuíram dores na parte inferior das costas, quadril/coxas e joelhos. Essas manifestações geradas podem ter relação com as atividades cotidianas realizadas pelos cuidadores, sobrecarga musculoesquelética, falta de condicionamento físico e a má postura.

Os cuidadores apresentaram intensidade de dor moderada de acordo com os dados da EVA. Mesmo com os cuidadores apresentando nível de dor moderada, eles continuaram mantendo seu papel de cuidar e por muitas vezes suportam esses momentos para atender as necessidades de seus pacientes, conforme descrito por Seima e Lenardt (2011).

Em relação ao questionário de avaliação de sobrecarga no cuidador informal (QASCI) foi encontrado 52,38% dos cuidadores enquadrados com nível de sobrecarga grave e gravíssimo. Salientando que a média de sobrecarga encontrada nesta pesquisa em mulheres foi de 61,10% (média 65,26) e em homens 34,76 % (média 37,13) o que vem de encontro com os achados de Masson onde evidenciam que mulheres têm maiores níveis de sobrecarga por se enquadrarem como local de protetoras, tanto culturalmente como historicamente por se dedicarem mais aos trabalhos do lar em meio doméstico (MASSON;

BRITO; SOUSA, 2008; PIMENTA; RODRIGUES; GREGUOL, 2010).

A dimensão de Satisfação com o papel e com a família mostrou-se a com menor sobrecarga, evidenciando os ganhos e desejos dos cuidadores quanto ao processo de cuidar de um parente. A dimensão percepção dos mecanismos de eficácia e controle apresentou baixo nível de sobrecarga, mostrando a capacidade do cuidador de enfrentar a problematização do seu cotidiano e superação de problemas quanto ao papel de cuidador como relatado por Martins, Ribeiro e Garrett (2003).

Neste estudo também foi possível evidenciar baixa nível de sobrecarga quanto a dimensão do Suporte familiar, onde se visualiza o reconhecimento e apoio dos familiares (TUNA *et al.*, 2004). O estudo de Aguiar *et al.* (2021) com cuidadores de pacientes com Mal de Alzheimer, também apresentou baixos valores quanto aos domínios de Satisfação com o Papel e com a Família, percepção dos mecanismos de eficácia e controle e suporte familiar.

De acordo com Tuna *et al.* (2004) a sobrecarga se relaciona a fatores como o acúmulo de tarefas, à limitação financeira, a redução de limitação das atividades do cotidiano e quanto aos fatores subjetivos podemos encontrar a experiência e olhar da família sobre a doença do paciente, suas responsabilidades e preocupações com a saúde. Na literatura podemos encontrar que a sobrecarga pode ter relação com o desgaste com pacientes com problemas comportamentais, assim a redução do cognitivo pode aumentar a sobrecarga ao cuidador (PEREIRA; FILGUEIRAS, 2009).

Nesta pesquisa, 95,23% dos cuidadores se dedicam de forma integral a assistência de pessoas com dependência funcional. O estudo de Garrido e Menezes (2004), evidencia que quanto maior o tempo de cuidados, maior o grau de sobrecarga do cuidador, levando ao alerta quanto à qualidade de vida desses cuidadores e disposição para realização das atividades cotidianas diurnas.

Na escala MIF, os quesitos com maior nível de dependência dos pacientes avaliados foram Banho: lavar o corpo (média 5) e Vestir: metade inferior do tronco (média 5) que se enquadram no autocuidado. Diferentemente dos achados de Chappell e Reid (2002) onde as dimensões de menor pontuação foram comunicação e cognição social, dentro dela o item memória se mostrou com o menor escore.

Os cuidadores de pessoas com maior dependência (assistência de até 50%) obtiveram maior média de sobrecarga no quesito Implicações da Vida Pessoal que os outros cuidadores de pacientes com dependência mínima ou modificada até 25%. No estudo de Seima e Lenardt (2011) com cuidadores de idosos foi encontrado correlação da dependência funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador. Os cuidadores de pessoas com dependência mínima obtiveram uma média de escore de sobrecarga menor quando comparado aos cuidadores de pessoas com maior dependência funcional.

Segundo Lopes *et al.* (2020), não foi encontrada associação entre a intensidade de dor e o nível de independência do idoso, porém foram encontradas dores em regiões de lombar e membros inferiores. Quanto à estimativa de dor, foi possível verificar que

grande parte assinalou descritores de maior pontuação assim o níveis de dor são similares a um estudo brasileiro, onde a intensidade da dor encontrada foi de moderada a intensa (RIBEIRO; SOUZA, 2010). Seima e Lenardt (2011) não encontraram relação de dor e sobrecarga em cuidadores de idosos e no estudo de Lopes *et al.* (2020) não foi vista correlação da intensidade da dor e da independência da pessoa assistida.

Os achados desse trabalho sugerem que as dores são cotidianas e principalmente em região lombar, sendo a dor por uma variável subjetiva, engloba influência ambiental, emocional, social e comportamental. Esses achados mostram a necessidade de maior atenção aos cuidadores de pessoas com dependência funcional, sendo meios de intervenção a ergonomia do ambiente domiciliar, treinamento para melhor execução de atividades rotineiras e o preparo físico.

A fisioterapia munida de maior conhecimento quanto a atuação dos cuidadores e suas dificuldades, pode trabalhar de forma mais direta e assertiva em necessidades musculoesquelética do cuidador. Desta forma o treinamento físico, o correto manejo da pessoa assistida, adaptações funcionais de objetos cotidianos para redução de esforços físicos e por fim melhorar a funcionalidade da pessoa assistida pode reduzir a dor e sobrecarga física e/ou emocional dos cuidadores.

A pesquisa apresentou algumas limitações, uma delas o fato da amostra ter sido relativamente pequena, assim dificultando a extrapolação dos dados. Sugere-se que futuras pesquisas utilizem um número maior de cuidadores, outro ponto é a comparação entre cuidadores remunerados e cuidadores não remunerados descrevendo as principais dificuldades enfrentadas.

5 | CONCLUSÃO

Este estudo buscou mostrar o perfil dos cuidadores informais de pessoas com dependência, sua sobrecarga e nível de dor. Os cuidadores avaliados são majoritariamente mulheres, com alguma doença crônica, dores na região lombar com maiores descritores na categoria sensorial. Ainda, apresentam nível de sobrecarga moderada com ênfase na dimensão financeira e a maioria dos pacientes assistidos por esses cuidadores apresentaram dependência modificada ou independência.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, G. S.; SILVA, J. L.; RAULINO, L. T. S.; SILVA JUNIOR, R. R.; ALMEIDA, E. F.; BARRETO, K. L. Nível de sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores de indivíduos com mal de Alzheimer. **Revista Fisisenectus**, v. 9, n. 1, p. 100-111, 12 fev. 2022.

ALMEIDA, M. S.; CONCEIÇÃO, T. M. A. PREVALÊNCIA DE SINTOMAS ÁLGICOS, SOBRECARGA E QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 3, n. 1, p. 36-49, 1 ago. 2013.

CHAPPELL, N. L.; REID, R. C. Burden and Well-Being Among Caregivers: examining the distinction. **The Gerontologist**, v. 42, n. 6, p. 772-780, 1 dez. 2002.

COSTA, M. I. L.; CAMPOS, I. O.; BELO, M. H. S.; CUNHA, P. H. A.; SILVA, R. M. C.; AGUIAR, G. A.; SILVA, M. H. S.; PAULA, A. J. F.; PUJATTI, P. B. Prevalência de dor e adequação da terapia analgésica em um hospital público referência. **Revista de Medicina Minas Gerais**, v. 29, n. 8, p. 65-70, 2019.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psiquiátrico. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 835-841, dez. 2004.

LOPES, C. C.; OLIVEIRA, G. A.; STIGGER, F. S.; LEMOS, A. T. Associação entre a ocorrência de dor e sobrecarga em cuidadores principais e o nível de independência de idosos nas atividades de vida diária: estudo transversal. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 1, p. 98-106, mar. 2020.

LUZ, R. I. V.; ANTONIO, T. T. A.; ARAUJO, C. C.; NASCIMENTO, A. P.; VIRMOND, M. C. L.; CAMPOS, M. L. G.; SILVA, J. K. M. Análise de sobrecargas adquiridas por cuidadores e seus pacientes com complicações neurológicas antes e após um programa de orientações. **Revista Conexão Uepg**, v. 13, n. 2, p. 256-267, 2017.

MARTINS, T.; RIBEIRO, J. P.; GARRET, C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 4, n. 1, p. 131-148, 2003.

MASSON, L. P.; BRITO, J. C.; SOUSA, R. N. P. O trabalho e a saúde de cuidadores de adolescentes com deficiência: uma aproximação a partir do ponto de vista da atividade. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 4, p. 68-80, dez. 2008.

MENDES, P. N.; FIGUEIREDO, M. L. F.; SANTOS, A. M. R.; FERNANDES, M. A.; FONSECA, R. S. B. Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 87-94, fev. 2019.

MONTEIRO, E. A.; MAZIN, S. C.; DANTAS, R. A. S. Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal: validação para o Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 3, p. 421-428, jun. 2015.

MORAIS, D.; TERASSI, M.; INOUE, K.; LUCHESI, B. M.; PAVARINI, S. C. I. Dor crônica de idosos cuidadores em diferentes níveis de fragilidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 4, p. 1-7, dez. 2016.

NARDI, E. F. R.; SAWADA, N. O.; SANTOS, J. L. F. The association between the functional incapacity of the older adult and the family caregiver's burden. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1096-1103, set. 2013.

PERDOMO, C. A. R.; CANTILLO-MEDINA, C. P.; PERDOMO-ROMERO, A. Y. Competência do cuidar e seu impacto na qualidade de vida de cuidadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. 1-8, 2022.

PEREIRA, M. J. S. B., FILGUEIRAS, M. S. T. The dependency in the process of growing old: a review about informal caregivers of elderly people. **Rev APS Internet**, v. 12, n.1, p. 72-82, 17 dez. 2009.

PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 30, n. 3, p. 473-483, dez. 1996.

PIMENTA, R. A.; RODRIGUES, L. A.; GREGUOL, M. Avaliação da qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de pessoas com deficiência intelectual. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 14, n. 3, p. 69-76, 1 set. 2010.

RIBEIRO, A. F.; SOUZA, Célia A. de. O cuidador familiar de doentes com câncer. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 1, p. 22-27, jan-mar. 2004.

RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M. H.; JUCÁ, S. H.; SAKAMOTO, H.; PINTO, P. P. N.; BATTISTELLA, L. R. Validation of the Brazilian version of Functional Independence Measure. **Acta Fisiátrica**, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004.

RODRÍGUEZ-GONZÁLEZ, A. M.; RODRÍGUEZ-MÍGUEZ, E.; DUARTE-PÉREZ, A.; DÍAZ-SANISIDRO, E.; BARBOSA-ÁLVAREZ, A.; CLAVERÍA, A. Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. **Atención Primaria**, v. 49, n. 3, p. 156-165, mar. 2017.

SANTOS, T. V. *et al.* Avaliação da sobrecarga imposta a cuidadores primários de pacientes com paralisia cerebral. **AMAZÔNIA: SCIENCE & HEALTH**, v. 5, n. 1, p. 03-11, 11 abr. 2017.

SEIMA, M. D.; LENARDT, M. H. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 388-398, ago./dez. 2011.

TUNA, H.; ÜNALAN, H.I; TUNA, F.; KOKINO, S. Quality of life of primary caregivers of children with cerebral palsy: a controlled study with short form-36 questionnaire. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 46, n. 9, p. 646-648, 24 ago. 2004.

ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA POSICIONAMENTO DE PRONA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 03/04/2023

Maria Fernanda Silveira Scarcella

Doutoranda em Ciências da Saúde
Universidade Estadual de Montes Claros
Montes Claros -MG
<http://lattes.cnpq.br/2246188321999013>

Lincoln Lobus Gomes freire

Enfermeiro Hospital das Clínicas da
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG
<http://lattes.cnpq.br/1007832001216384>

Luciana Nobre Leite

Mestre em Biotecnologia industrial pela
Universidade Estadual de Montes Claros
Montes Claros - MG
<http://lattes.cnpq.br/2028408701676232>

Juliana da Silva Mata

Enfermeira Hospital das Clínicas da
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG
<http://lattes.cnpq.br/2659481571629007>

Aline Borges Penna

Universidade Presidente Antônio Carlos -
UNIPAC
Belo Horizonte - MG
<http://lattes.cnpq.br/6977405642878034>

Indira Iaina Paula Prado Santos

Médica graduada pela Universidade do
Estado do Amazonas
Ibipitanga-BA
<https://lattes.cnpq.br/0556629833754283>

Leandra Delfim do Nascimento

Mestranda em Terapia Intensiva pelo
Centro de Ensino em Saude
Belo Horizonte - MG
<http://lattes.cnpq.br/3762497183919658>

Gísia Teodoro Braga

Mestre em Terapia Intensiva IBRATI
Belo Horizonte
<http://lattes.cnpq.br/7556324042489733>

Valmara Maxilaine Costa Cardinali

Enfermeira Hospital das Clínicas da
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG
<http://lattes.cnpq.br/1824098718830643>

Gabriela Freitas Pinheiro

Enfermeira Hospital das Clínicas da
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG
<http://lattes.cnpq.br/9806127939596295>

Isabela Alves Mamão

Enfermeira graduada pela Unincor -
Centro Universitário Vale do Rio Verde
Belo Horizonte - MG
<http://lattes.cnpq.br/4176543651212106>

RESUMO: Objetivo: verificar na literatura evidências científicas que descrevam a técnica adequada e mais segura para orientar na condução do posicionamento de prona em pacientes com Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo. Método: estudo qualitativo realizado pela revisão de publicações dos últimos 15 anos indexadas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) via Biblioteca Virtual de Saúde, e Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE), através do site da PUBMED, durante os meses de fevereiro a maio de 2020. Foram incluídos estudos em inglês, português e espanhol. A condução da coleta de dados ocorreu mediante a inicial leitura dos títulos e resumos, e enquadramento com tema da pesquisa, e em seguida, pela leitura na íntegra das publicações que atendiam este último critério. Resultados: as práticas aqui revisadas visam fundamentar aos profissionais durante sua prática assistencial promovendo a sistematização das evidências científicas sobre a técnica de posicionamento de prona, a fim de assegurar a segurança do paciente durante este procedimento muitas vezes vital durante a SRDA. Conclusão: Dessa revisão emerge a observação que trata-se de uma assistência complexa e intensiva, e toda a equipe de saúde deve ter conhecimento sobre técnica, suas implicações e as complicações. Tal conhecimento permitirá a construção de um protocolo assistencial e compilação de evidências sobre essa temática, otimizando os conhecimentos e a prática assistencial em terapia intensiva.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome do desconforto respiratório agudo; Protocolo assistencial; Decúbito ventral.

PREPARATION OF ASSISTANCE PROTOCOL FOR PRONE POSITIONING OF THE PATIENT IN INTENSIVE CARE

ABSTRACT: Objective: to verify scientific evidence in the literature describing the appropriate and safest technique to guide prone positioning in patients with Acute Respiratory Distress Syndrome. Method: qualitative study carried out by public review; coes of the last 15 years indexed in the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Spanish Bibliographic Index of Health Sciences (IBECS) via the Virtual Health Library, and Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line. line (MEDLINE), through the PUBMED website, from February to May 2020. Studies in English, Portuguese and Spanish were included. Data collection was carried out by first reading the titles and abstracts, and framing the research theme, and then by reading the publications in full that met this last criterion. Results: the practices reviewed here aim to support professionals during their care practice, promoting the systematization of scientific evidence on the prone positioning technique, in order to ensure patient safety during this procedure, which is often vital during ARDS. Conclusion: From this review, the observation emerges that this is a complex and intensive

care, and the entire health team must have knowledge about the technique, its implications and complications. Such knowledge will allow the construction of a care protocol and compilation of evidence on this topic, optimizing knowledge and care practice in intensive care.

KEYWORDS: Acute respiratory distress syndrome; Assistance protocol; Prone position.

INTRODUÇÃO

A síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) representa um problema de saúde pública mundial, com altas taxas de mortalidade. É definida por uma resposta inflamatória da membrana alvéolo-capilar, secundária a injúrias pulmonares diretas; tal como pneumonias e COVID-19, ou indiretas; a exemplo dos traumas e sepse. Cursa com redução de complacência e presença de infiltrados pulmonares. Tal condição provoca alterações na mecânica pulmonar e nas trocas gasosas, gerando hipoxemia com pressão parcial de oxigênio/fração inspirada de oxigênio (PaO_2/FiO_2) < 300 com pressão positiva expiratória final (PEEP) ≥ 5 cmH₂O (VERAS et al., 2019; ARDS et al., 2012).

A fim de padronizar os conceitos de diagnósticos da SDRA é possível classificar os pacientes em três categorias: leve ($PaO_2/FiO_2 \leq 300$ mm/Hg com PEEP ou CPAP ≥ 5 cmH₂O); moderada ($PaO_2/FiO_2 \leq 200$ mm/Hg com PEEP ≥ 5 cm/H₂O); e grave ($PaO_2/FiO_2 \leq 100$ mm/Hg com PEEP > 5 cm/H₂O). Isto é, a categoria leve consiste no nível de oxigenação menor ou igual a 300 mm/Hg; a categoria moderada consiste no nível de oxigenação menor ou igual a 200 mm/Hg e grave consiste no nível de oxigenação de menor ou igual a 100 mm/Hg (DALMEDICO et al., 2017)

As doenças respiratórias estão entre as primeiras causas de morte no Brasil, sendo que a SDRA é um fenômeno de alta incidência no âmbito da terapia intensiva. Devido ao quadro hipoxêmico, os pacientes com SDRA requerem estratégias ventilatórias intensivas (ventilação protetora e ventilação em posição prona) que demonstraram ser importantes na redução da mortalidade em curto prazo. Dentre as estratégias propostas até o momento, a que melhor modificou o prognóstico dos pacientes, com redução significativas das taxas de morbimortalidade, foi a ventilação protetora, caracterizada pelo uso de baixo volume corrente (BROWER et al., 2000; PAPAZIAN et al., 2010; SANTOS et al., 2015).

Além desta, os estudos demonstram que a chamada manobra de recrutamento (MR), que se trata de uma intervenção terapêutica para abrir unidades alveolares colapsadas, situação recorrente na SDRA, também tem sido demonstrada como estratégia benéfica. Acrescido a isso, outra medida evidenciada que é o posicionamento do paciente em prona, que consiste em uma medida simples e segura que melhora a oxigenação e o quadro geral do paciente (SANTOS et al., 2015).

Revisão sistemática conduzida com ensaios clínicos randomizados investigou os efeitos e repercussões da posição prona em pacientes com SDRA, demonstrou resultados positivos na oxigenação, pouca influência na mecânica respiratória, melhora nas taxas de

mortalidade e alta prevalência de efeitos adversos, que são minimizados com a capacitação da equipe. O estudo conclui que a posição prona é capaz de promover efeitos benéficos na oxigenação, complacência, mortalidade e queda de eventos adversos em indivíduos com SDRA (VERAS et al., 2019).

Dessa forma, mediante a influencia benéfica do posicionamento de prona, sendo um procedimento seguro e que melhora as taxas de mortalidade quando bem executado, o presente estudo busca na literatura evidências científicas que descrevam a técnica adequada e mais segura para orientar a equipe de enfermagem na condução de pacientes com SDRA em relação a ventilação prona, obtendo assim resultados significativos na melhora e no prognostico destes pacientes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de revisão, utilizado para analisar o estado da arte de determinado tema. O percurso metodológico foi constituído por uma análise ampla da literatura, sem estabelecer uma sistematização rigorosa para a busca de referenciais teóricos.

Este modelo de pesquisa é de fundamental importância para a aquisição e atualização de conhecimentos sobre uma temática específica, evidenciando novas ideias, métodos e subtemas que têm recebido maior ou menor ênfase na literatura.

Por ser uma análise bibliográfica para fundamentar a construção de uma instrução técnica de trabalho para garantia da segurança do paciente para o qual for benéfico a prescrição do posicionamento de prona, foram recuperados artigos indexados em nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) via Biblioteca Virtual de Saúde, e *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE), através do site da PUBMED, durante os meses de fevereiro a maio de 2020, tendo como período de referência os últimos 15 anos. Foram incluídos estudos em infles, português e espanhol.

A condução da coleta de dados ocorreu mediante a inicial leitura dos títulos e resumos, e enquadramento com tema da pesquisa, e em seguida, pela leitura na íntegra das publicações que atendiam este ultimo critério. Foram excluídos aqueles que apresentavam duplicidade, ou seja, publicações recuperadas em mais de uma das bases de dados.

REVISÃO DE LITERATURA

A SDRA é muito estudada pela terapia intensiva, no entanto, não há um tratamento específico e o principal manejo é a ventilação protetora do pulmão, que visa minimizar as lesões pulmonares associadas pela utilização da ventilação em volumes correntes baixos com pressão controlada. A aplicação da mecânica respiratória pode auxiliar de forma

significativa no diagnóstico bem como nos ajustes dos parâmetros ventilatórios, visando à garantia adequada da proteção pulmonar além de conferir ao paciente uma repercussão prognóstica positiva (ANNANE et al., 2017; CAVALCANTI, 2017).

Outras estratégias são utilizadas no tratamento da SRDA tais como: controle do fator causal; exposição controlada ao oxigênio; ventilação mecânica; volume corrente (CV); ventilação não convencional; ventilação não invasiva; ventilação líquida parcial; terapia medicamentosa; oxigenação de membrana extracorpórea (OMEC); terapia de posição; analgesia e sedação; prevenção e diagnóstico precoce de infecções; suporte nutricional; suporte psicológico (RUBENFELD et al, 2008).

Porém, apesar de apresentarem sucesso, as modalidades de tratamento disponíveis apresentam limitações, seja de cunho financeiro, operacional ou humano em muitos serviços de saúde. Nesse ensejo, emerge a Terapia de Posição, mais conhecida como Posição Prona, sendo definida como uma manobra de rotação do paciente que se encontra em posição supina para a posição de decúbito ventral. Esta modalidade terapêutica, de baixo custo e segura é benéfica a saúde dos pacientes, pois proporciona uma melhor condição de oxigenação, redistribuição da ventilação alveolar e perfusão, mudanças na conformação da estrutura pulmonar e do diafragma, levando à diminuição da pressão pleural (ROTTA, 2003).

Portanto, entendemos que no contexto assistencial e intensivo para a execução eficaz da terapia de prona, os cuidados de enfermagem sistematizados são imprescindíveis para a segurança do paciente e para a melhoria do quadro de SDR. Sendo assim durante a assistência de enfermagem devemos: avaliar as características da SDR; avaliar as indicações e contraindicações para o decúbito prona; observar a permeabilidade dos dispositivos invasivos; atentar quanto a posição do paciente no leito; utilizar coxins para melhor conforto do doente; avaliar a ocorrência de complicações evitando assim a extubação do paciente e caso necessário alterando o posicionamento do paciente no leito; avaliar o paciente quanto a assistência ventilatória e a sedação; instalar sistema de aspiração fechado; observar intercorrências na infusão de dieta enteral; avaliar quanto a monitoração eletrocardiográfica e observar ocorrência de instabilidade hemodinâmica em posição prona (MANFREDINI, 2013).

A posição prona vem sendo estudada com estratégia terapêutica no tratamento da SDR há mais de 30 anos e nos últimos anos isso se intensificou com a pandemia COVID-19, onde a SRDA levou muitos pacientes ao óbito. Comparando todos os tipos de estratégias ventilatórias e não ventilatórias no manejo da síndrome, esta estratégia terapêutica demonstra melhorar a hipoxemia em cerca de 70% dos casos e é a de maior impacto de redução na mortalidade, promovendo a melhora da oxigenação por meio da expansão da região como um auxílio à terapia de suporte ventilatório (OLIVEIRA et al.,2017; MANFREDINI et al., 2013).

O posicionamento deve ser utilizado de forma precoce nas primeiras 48 horas após

identificação da SRDA, sendo ideal nas primeiras 24 horas, principalmente em pacientes com graves alterações nas trocas gasosas, onde identifica-se uma relação entre pressão parcial de oxigênio arterial - PaO₂ e fração inspirada de oxigênio - FiO₂ (PaO₂/FiO₂) inferior a 150 mmHg. Após execução da terapia de prona, esta deve ser mantida no mínimo por 16 horas, podendo chegar 20 horas, antes de retornar o paciente para posição anterior (GUERIN et al. 2013)

O paciente em posição supina exerce forças compressivas sobre as regiões dorsais dos pulmões devido ao seu peso corporal, todavia, na posição prona, a área cardíaca desloca-se para a posição ventral, aumentando, assim, o volume para a ventilação. Dessa maneira, uma pequena área dos pulmões sofre compressão do coração, melhorando a ventilação nessa região. A melhora da oxigenação caracteriza o efeito fisiológico mais importante da posição prona, proporcionando fatores que contribuem para a diminuição do colapamento alveolar, à redistribuição da ventilação alveolar e à redistribuição da perfusão. Outro mecanismo que pode contribuir para a melhora da hipoxemia arterial é que a drenagem de secreções que se torna muito maior em posição prona (BORGES et al., 2019; MANFREDINI et al., 2013).

Durante a terapia de prona o paciente deve ser avaliado a cada 6 horas, sendo a primeira avaliação, realizada após uma hora, a partir da realização de uma gasometria arterial a fim de verificar a responsividade do paciente a esta técnica. Caso o paciente apresente aumento de 20 mmHg na relação PaO₂/FiO₂ ou de 10 mmHg na PaO₂, o posicionamento deve ser mantido. Caso não seja verificada resposta positiva, o paciente deve ser retornado à posição supina (OLIVEIRA et al., 2017)

A presença de sinais de sofrimento cutâneo pode indicar a necessidade de interrupção do posicionamento prono, assim como extubação acidental, parada cardiorrespiratória; hemoptise; entre outros (GUERIN et al. 2013).

Apesar de estudos apontarem benefícios, esse procedimento também pode apresentar algumas complicações, tais como lesões por pressão; edema; hemorragia conjuntival; pneumotórax; por isso é importante que toda equipe seja capacitada e haja um engajamento entre a mesma para que seja executada da forma mais segura possível. Sendo assim checklists e fluxogramas podem ser empregados como ferramentas para realização da manobra de prona segura, conforme orientação da Associação Brasileira de Fisioterapia Respiratória, fisioterapia cardiovascular e fisioterapia em terapia intensiva (2020). Esta entidade também realizou a adaptação de um fluxograma para utilização da posição de prova (Figura 1).

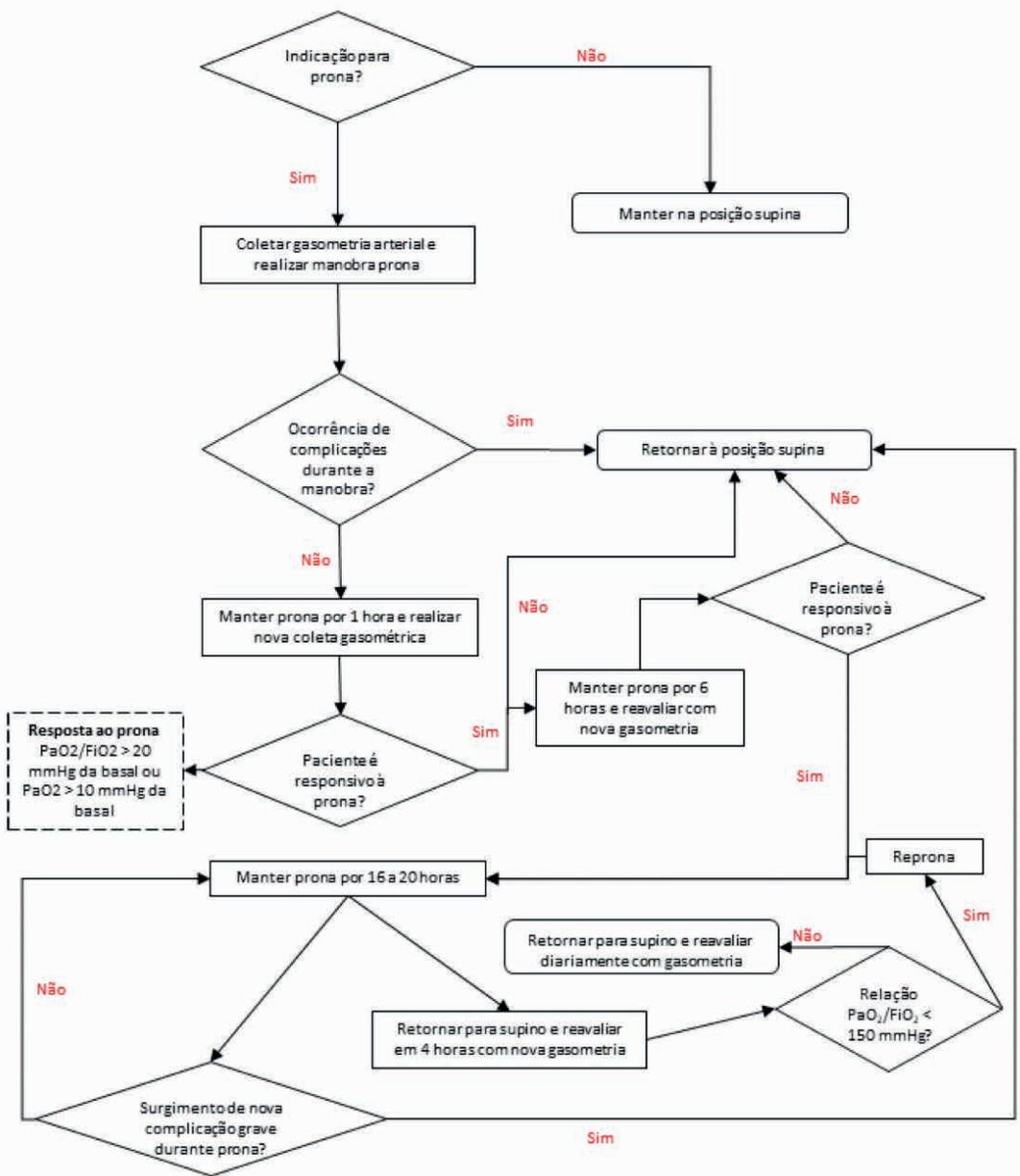


Figura 1 - Fluxograma para execução da posição de prona

Fonte: ASSOBRAFIR, 2020, p.138.

No que se refere a realização da instrumentalização da técnica de pronação, Oliveira e colaboradores (2017) apresentam o seguinte checklist ilustrado na figura 2. Nele podemos sistematizar todos os recursos necessários para a execução da técnica de forma segura, organizando recursos humanos, materiais, procedimentos técnicos e

registros necessários, devendo ser realizado por um profissional que não está diretamente participando do procedimento.

CHECKLIST DA PRONA SEGURA

Data: ___/___/___ Turno: ___ Hora da prona: ___:___ Hora do retorno para supina: ___:___

ETIQUETA DO PACIENTE AQUI

Realizar as atividades abaixo, conforme as siglas: TEC (Técnico de enfermagem), ENF (enfermeiro), FIS (fisioterapeuta), MED (médico)

PRÉ-MANOBRA - TIME IN	EXECUÇÃO DA MANOBRA	PÓS-MANOBRA - TIME OUT
Dieta <input type="checkbox"/> TEC: Pausar e abrir SNE em frasco 2 horas antes Hora da pausa da dieta: ___h	Registros <input type="checkbox"/> TEC: BIS, sinais vitais, parâmetros da VM	Posicionamento
Materiais <input type="checkbox"/> ENF/FIS: Providenciar coxins Confecção: coxim de piramidal + 2 lençóis + fronha presos com fita crepe. <input type="checkbox"/> TEC: Aproximar carro PCR e caixa de intubação <input type="checkbox"/> TEC: Testar material de aspiração e ambu	Preparação para manobra <input type="checkbox"/> ENF: Posicionar eletrodos e dômus da PAM nos MsSs e alinhar cabos de monitorização e oximetria <input type="checkbox"/> TEC: Desconectar BIS, frasco de SNE, extensor de aspiração <input type="checkbox"/> TEC: Clampear sondas e drenos (exceto dreno de tórax) e posicionar entre as pernas ou braços do paciente.	<input type="checkbox"/> MED: Confirmar posição do TOT ou TQT <input type="checkbox"/> ENF/FIS: Posicionar coxim facial <input type="checkbox"/> TEC 1: Reiniciar infusões <input type="checkbox"/> ENF: Posicionar dômus da PAM (revisar ponto ZERO) <input type="checkbox"/> TEC 1: Posicionar eletrodos no dorso <input type="checkbox"/> TEC 2: Posicionar sondas e drenos e abrir clamps <input type="checkbox"/> ENF/FIS: Elevar membro superior em posição de nadador <input type="checkbox"/> TEC/FIS: Posicionar demais coxins (mão, abaixo e acima do joelho) <input type="checkbox"/> TEC: Trendelenburg reverso (elevar a cabeça o máximo que a cama permitir)
Cuidados <input type="checkbox"/> TEC: Realizar cuidados oculares (hidratação e oclusão) Cuidados com a pele: hidrocolóide em () face, () tórax, () crista ilíaca, () joelho, () _____ <input type="checkbox"/> ENF: Revisar fixação dos dispositivos invasivos e curativos. Revisar comprimento dos extensores <input type="checkbox"/> ENF: Pausar hemodilise contínua, recircular e heparinizar cateter	Execução da manobra <input type="checkbox"/> TEC: Posicionar cabeceira posição plana, inflar colchão e alinhar membros <input type="checkbox"/> ENF/FIS: Posicionar os coxins - peixe e tórax. <input type="checkbox"/> TEC: Posicionar o lençol móvel sobre o paciente <input type="checkbox"/> TEC: Pausar infusões e desconectar (manter apenas vasopressor e NPT) <input type="checkbox"/> TEC/ENF/FIS: Formar o ENVELOPE (enrolar a borda dos lençóis o mais próximo possível do corpo do paciente) <input type="checkbox"/> Realizar a manobra (não esquecer 3 momentos do giro)	<input type="checkbox"/> ENF: Reiniciar hemodilise contínua (se mantiver estabilidade hemodinâmica e ventilatória) <input type="checkbox"/> ENF/TEC/FIS/MED: Alternar posição de nadador a cada 2 horas <input type="checkbox"/> TEC: Aliviar pontos de pressão <input type="checkbox"/> TEC: Registrar: BIS, sinais vitais, parâmetros VM, comissão labial, pressão balonete e intercorrências
Via aérea <input type="checkbox"/> TEC: Aspirar VAS e TOT ou TQT <input type="checkbox"/> ENF: Verificar fixação do cadarço, registrar comissura labial e pressão do balonete do TOT <input type="checkbox"/> MED/FIS: Pré-oxigenar (FiO ₂ 100% por 10min)	Eventos adversos ATENÇÃO: NÃO REALIZAR RAIOS-X EM PRONA. Em caso de dreno de tórax: NÃO CLAMPEAR DRENO DE TÓRAX!	Cuidados <input type="checkbox"/> ENF: Reiniciar dieta 1 hora após (30ml/hora ou conforme avaliação médica), se não houver intercorrências Hora de reinício da dieta: ___h <input type="checkbox"/> TEC: Observar tolerância à dieta e progredir: 40ml/h após 6 horas e 50ml/hora após 12 horas de prona
Analgésia e sedação <input type="checkbox"/> MED: Avaliar necessidade de repique de sedação e curarização (Avaliar valor do BIS)	Dieta <input type="checkbox"/> ENF: Reiniciar dieta 1 hora após (30ml/hora ou conforme avaliação médica), se não houver intercorrências Hora de reinício da dieta: ___h <input type="checkbox"/> TEC: Observar tolerância à dieta e progredir: 40ml/h após 6 horas e 50ml/hora após 12 horas de prona	

ORGANIZAÇÃO DA EQUIPE

PASSO 1 - Definição da HORA e da EQUIPE

⇒ Médico define a manobra de prona e combina com enfermeiro e fisioterapeuta o momento da execução da manobra. O enfermeiro define a equipe que participará do procedimento (**6 membros**: 1 médico, 1 fisioterapeuta, 1 enfermeiro e 2 técnicos. O sexto componente será responsável apenas pelo *checklist*).

Responsabilidades durante toda a manobra:

Enfermeiro - PAM invasiva/suspensão das drogas/rever dieta

Médico - cuidados com TOT durante manobra e verificação pós manobra

Fisioterapeuta - aspiração do tubo

Técnico 1 - responsável por retirada e colocada de eletrodos

Técnico 2 - clampear e desclampear drenos e sondas

ATENÇÃO: Em caso de **dreno de tórax** a equipe deve ser constituída por **mais um membro** que será responsável pelos cuidados com o dreno e o seu frasco.
NÃO CLAMPEAR DRENO DE TÓRAX!

PASSO 2 – Providenciar coxins (responsável fisioterapeuta)

PASSO 3 – Realizar os cuidados pré-manobra (responsável: enfermeiro)

PASSO 4 – Reunião da equipe para execução da manobra

⇒ No momento determinado a equipe deve se reunir: o médico se posiciona na cabeceira do leito, um enfermeiro e um fisioterapeuta a cada lado do tronco do paciente e dois técnicos. Uma pessoa da equipe que não está envolvida na manobra deve realizar o *checklist*.

⇒ O **time-in** (cuidados pré-manobra) deve ser checado com todos os membros da equipe reunidos, embora sua execução já deva ter sido realizada previamente.

⇒ **Em caso de parada cardiorrespiratória reanimar paciente em posição prona!**

REGISTROS

COLETA DE GASOMETRIA

	Posição supina (antes da prona)	1 hora de prona	6 horas de prona	Final da prona	4 horas em posição supina	12 horas em posição supina
PaO ₂						
PaCO ₂						
pH						
SatO ₂						
FiO ₂						

MECÂNICA VENTILATÓRIA

	Posição supina	1 hora de prona	Final da prona	4 horas em posição supina
Ppico				
Pplato				

Figura 2: Passo a passo para pronação segura

Fonte: Oliveira et al., 2017

Associado ao checklist apresentado pelos supracitados autores, alguns importantes cuidados de enfermagem devem ser conjuntamente observados, antes; durante e após a manobra; tais como: Alinhamento do corpo para prevenção de lesões neuromusculares;

Cuidados com equipamentos diversos e tegumentares; e recomendações neurológicas (Zanchetta et al, 2022). No quadro 1 ilustra-se os procedimentos operacionais imprescindíveis relacionados a estes cuidados.

Intervenção	Cuidados associados				
Alinhamento do corpo para prevenção de lesões neuromusculares	Manter cabeceira plana	Providenciar coxins para manutenção do corpo em posição confortável, minimizando o risco de lesões	Atentar para cuidados oculares e com a pele	Alinhar membros; colocar os coxins de pelve e tórax	
Cuidados com equipamentos diversos e tegumentares	Pausar a dieta e abrir a sonda nasoentérica 2 horas antes do procedimento	Desconectar do frasco a sonda nasoentérica – SNE	Revisar fixação dos dispositivos invasivos e curativos;	posicionar eletrodos e dômus de pressão arterial invasiva nos membros superiores e alinhar cabos de monitorização e oximetria;	Clampar sondas e drenos, e posicioná-los entre as pernas ou braços do paciente
Recomendações neurológicas e hemodinâmicas	Preparar carrinho de emergência mantendo-o próximo ao leito, como também a caixa de intubação; testar material de aspiração e ventilação por pressão positiva	Realizar analgesia e sedação, se necessário	Pausar hemodiálise contínua (recircular e heparinizar cateter)	Pausar infusões e desconectar, se possível	
Recomendações ventilarias	Aspirar vias aéreas; verificar fixação do cadarço; registrar comissura labial e pressão do balonete do tubo endotraqueal		Pré-oxigenar com fração inspirada do oxigênio – FiO2: 100% por 10 minutos);	Fechar, desconectar o extensor de aspiração;	

Quadro 1 - Cuidados na técnica de pronação

Fonte: Adaptado Zanchetta et al, 2022

Para execução da manobra é necessário a confirmação do posicionamento de toda a equipe que deve conter no mínimo 5 pessoas, a saber: médico na cabeceira do leito e os outros componentes do grupo distribuídos a cada dois nas laterais da cama. Deve ser realizada a manobra do envelope e os três momentos do giro para segurança do paciente. Após o procedimento, deve-se checar o posicionamento do tubo endotraqueal pela ausculta pulmonar e comissura labial, além de confirmar a pressão do balonete do tubo. Elevar a

cabeceira da cama, deve estar posicionada em Trendelenburg reverso, reduzindo o risco de aspiração. Os membros superiores devem ser posicionados em posição de nadador (um braço fletido para cima e outro estendido para baixo, com rosto virado para o braço fletido), havendo alternância a cada 2 (duas) horas para evitar lesão do plexo braquial e deve-se posicionar os eletrodos do eletrocardiograma no dorso do paciente (Zanchetta et al, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas aqui revisadas visam fundamentar aos profissionais durante sua prática assistencial promovendo a sistematização das evidências científicas sobre a técnica de posicionamento de prona, a fim de assegurar a segurança do paciente durante este procedimento muitas vezes vital durante a SRDA.

Dessa revisão emerge a observação que trata-se de uma assistência complexa e intensiva, e toda a equipe de saúde deve ter conhecimento sobre técnica, suas implicações e as complicações.

Tal conhecimento permitirá a construção de um protocolo assistencial e compilação de evidências sobre essa temática, otimizando os conhecimentos e a prática assistencial em terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

ANNANE, Djillali et al. "GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF CRITICAL ILLNESS-RELATED CORTICOSTEROID INSUFFICIENCY (CIRCI) in Critically Ill Patients (Part I): Society of Critical Care Medicine (SCCM) and European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) 2017." *Critical care medicine* vol. 45,12 2078-2088 2017. doi:10.1097/CCM.0000000000002737. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28938253/>. Acesso em: 24 mar. 2020.

ARDS Definition Task Force, Ranieri VM, Rubenfeld GD, Thompson BT, Ferguson ND, Caldwell E, Fan E, et al. Acute respiratory distress syndrome: the Berlin Definition. *JAMA*. 2012;307(23):2526-33.

ASSOBRAFIR. Posição prona no tratamento da insuficiência respiratória aguda na COVID-19. 2020. Disponível em https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/03/ASSOBRAFIR_COVID-19_PRONA.v3-1.pdf

Brower RG, Matthay MA, Morris A, Schoenfeld D, Thompson BT, Wheeler A. Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med*. 2000;342(18):1301-8.

CAVALCANTI, Alexandre Biasi et al. EFFECT OF LUNG RECRUITMENT AND A TITRATED POSITIVE END-EXPIRATORY PRESSURE (PEEP) VS LOW PEEP ON MORTALITY IN PATIENTS WITH ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2017;318 (14):1335- 1345. DOI: 10.1001/jama.2017.14171 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5710484/>. Acesso em: 24 mar. 2020.

DALMEDICO, Michael Marcos et al. EFETIVIDADE DA POSIÇÃO PRONA NA SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO: OVERVIEW DE REVISÕES SISTEMÁTICAS. Revista da Escola de Enfermagem da USP.São Paulo,p.1-8, abr. 2017. Disponível em:<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03251.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

Guérin C, Reignier J, Richard JC, et al. Prone positioning in severe acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med. 2013;368(23):2159–68.

MANFREDINI, Geruza Maria Silva Gonçalves; MACHADO, Regimar Carla; MANTOVANI, Renata. POSIÇÃO PRONA NA SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM. Revista de EnfermagemUFPE Online. Recife, p. 1-10, ago. 2013.Disponível em:<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11805/14189>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

Oliveira VM, Piekala DM, Deponti GN, et al. Safe prone checklist: Construction and implementation of a tool for performing the prone maneuver. Rev Bras Ter Intensiva. 2017;29(2):131–41.

Papazian L, Forel JM, Gacouin A, Penot-Ragon C, Perrin G, Loundou A, Jaber S, Arnal JM, Perez D, Seghboyan JM, Constantin JM, Courant P, Lefrant JY, Guérin C, Prat G, Morange S, Roch A; ACURASYS Study Investigators. Neuromuscular blockers in early acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med. 2010;363(12):1107-16.

ROTTA, Alexandre Tellechea; KUNRATH, Cláudia Laura Barberio; WIRYAWAN, Budi. O MANEJO DA SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro, v.79, suppl.2, p.1-12, nov. 2003.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572003000800004&script=sci_arttext>. Acesso em :03 mar.2020.

RUBENFELD, Gordon et al. INCCIDENCE ANDA OUTCOMES OF ACUTE LUNG INJURY. N Engl J Med. 2005;353(16):1685-93. DOI: 10.1056/NEJMoa050333. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16236739/>. Acesso em:13 abr.2020.

Véras, J. B., Martinez, B. P., Neto, M. G., Saquetto, M. B., Conceição, C. S., & Silva, C. M. (2019). Efeitos da posição prona em pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo: uma revisão sistemática. Revista Pesquisa Em Fisioterapia, 9(1), 129–138. <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v9i1.2175>

ZANCHETTA, F. C. .; SILVA, J. L. G. .; PEDROSA, R. B. dos S. .; OLIVEIRA-KUMAKURA, A. R. de S.; GASPARINO, R. C. .; PERISSOTO, S. .; SILVA, V. A. .; LIMA, M. H. de M. Atención de enfermería y decúbito prono: revisión integradora. Avances en Enfermería, [S. l.], v. 40, n. 1supl, p. 37–51, 2022. DOI: 10.15446/av.enferm.v40n1supl.91372. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/91372>. Acesso em: 25 feb. 2023.

USO DA ULTRASSONOGRAFIA EM PACIENTES NA EMERGÊNCIA COM CLÍNICA DE DOR TORÁCICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de submissão: 25/02/2023

Data de aceite: 03/04/2023

Luiz Felipe Alves Fernandes

Universidade de Vassouras
Vassouras – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/6048805690283830>

Brenda Alves Fernandes

Universidade de Vassouras
Vassouras – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/0448268178333894>

Maria Eduarda Luizeto de Oliveira

Universidade de Vassouras
Vassouras – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/2098846951861265>

Camila Santos Guimaraes

Universidade de Vassouras
Vassouras – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/0507471153734636>

RESUMO: A dor torácica é uma queixa frequente no departamento de emergência, podendo ter etiologias cardíacas ou não cardíacas. Para definir diagnóstico e identificar gravidade da situação é necessário uma boa anamnese, exame físico, laboratorial e de imagem. A ultrassonografia é um exame de imagem que ganha cada vez mais importância, sendo considerado atualmente como

uma extensão do exame físico. Porém, a utilização desse exame em casos de dor torácica de forma isolada ainda não é consolidada. O objetivo desse artigo foi analisar a aplicabilidade da ultrassonografia no departamento de emergência em pacientes que apresentassem queixa de dor torácica. Para esta revisão integrativa foram utilizadas as bases de dados National Library of Medicine (PubMed) e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A pesquisa foi feita através da frase “ultrasonography and chest pain and emergency” sendo encontrados 4931 resultados, que após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram reduzidos a 10 artigos. O uso da ultrassonografia para o manejo de pacientes com dor torácica em cenário de emergência se mostrou ser eficaz quando o objetivo é diminuir o tempo de elucidação diagnóstica e iniciar o tratamento adequado. É necessário enfatizar que o seu uso não interfere no diagnóstico final do paciente, no desfecho de morte e em tempo hospitalização.

PALAVRAS-CHAVE: Ultrassonografia; Emergências; Dor no Peito.

USE OF ULTRASONOGRAPHY IN EMERGENCY DEPARTMENT PATIENTS WITH CHEST PAIN: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Chest pain is a frequent complaint in the emergency department and may have cardiac or non-cardiac etiologies. In order to define the diagnosis and identify the severity of the situation, a good anamnesis, physical, laboratory and imaging examinations are required. Ultrasonography is an imaging test that is gaining more and more importance, and is currently considered an extension of the physical examination. However, the use of this test in cases of isolated chest pain has not yet been consolidated. The objective of this article was to analyze the applicability of ultrasound in the emergency department in patients who complained of chest pain. For this integrative review, the National Library of Medicine (PubMed) and Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) databases were used. The search was carried out using the phrase “ultrasonography and chest pain and emergency” and 4931 results were found, which, after applying the inclusion and exclusion criteria, were reduced to 10 articles. the use of ultrasonography for the management of patients with chest pain in an emergency setting has proven to be effective when the objective is to reduce the diagnostic elucidation time and initiate adequate treatment. It is necessary to emphasize that its use does not interfere with the final diagnosis of the patient, the outcome of death and length of hospital stay.

KEYWORDS: Ultrasonography; Emergencies; Chest Pain.

INTRODUÇÃO

A dor torácica é um sintoma que leva muitas pessoas para o departamento de emergência. A estimativa de atendimentos por essa queixa no Brasil é de 4 milhões por ano. (MIRANDA A, RAMPALLOTTI LF, 2019). Pode ter como origem causas cardíacas ou não cardíacas, sendo as causas musculoesqueléticas, gastrointestinais, cardíacas, psiquiátricas e pulmonares respectivamente as mais prevalentes (BARBOSA AC, et al., 2010).

Por possuir diversos diagnósticos diferenciais, o diagnóstico etiológico depende de diversos fatores como história clínica, exame físico, exame laboratorial e de imagem (CAYLEY WE, 2005). Esses recursos médicos principalmente dentro de protocolos permitem uma triagem para identificar causas que podem levar ao óbito como síndromes coronarianas agudas, ruptura e perfuração esofagiana ou tromboembolismo pulmonar, melhorando assim a sobrevida e prognóstico do paciente (BARBOSA AC, et al., 2010; FONTENELE RM, et al., 2020).

Nesse sentido, em casos de dor torácica, exames como eletrocardiograma de 12 derivações e marcadores séricos de danos miocárdico são necessários em caso de suspeita de síndrome coronariana aguda. Os exames de imagem solicitados variam de acordo com a suspeita diagnóstica, como por exemplo a radiografia pode auxiliar na suspeita de pneumonia e ultrassonografia na suspeita de embolia pulmonar (CAYLEY WE, 2005).

A ultrassonografia atualmente é considerada uma extensão do exame físico, e sua utilização no departamento de emergência tem sido recomendada cada vez mais em casos

de dispneia, dor torácica ou choque (MARTINS ACL, et al., 2021). Seu uso em caso de dor torácica isolada, porém, possui limitações principalmente por ser um método operador dependente e por não possuir sólido embasamento científico (HA YR, TOH HC, 2016; EL-HUSSEIN M, et al., 2022).

O objetivo desse artigo de revisão integrativa foi analisar e discutir com base na literatura existente a aplicabilidade da ultrassonografia no departamento de emergência em pacientes que apresentassem queixa de dor torácica.

METODOLOGIA

Trata-se de um artigo de revisão integrativa de literatura que utilizou artigos científicos dos bancos de dados National Library of Medicine (PubMed) e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A pesquisa para seleção dos artigos foi realizada em setembro de 2022 utilizando a associação dos descritores: “ultrasonography”, “chest pain” e “emergency” com operador booleano “AND” entre as respectivas palavras formando a seguinte frase de pesquisa: “ultrasonography and chest pain and emergency”.

Como critérios de inclusão foram utilizados artigos em inglês publicados entre 2012 e setembro de 2022 e que possuíam acesso ao texto completo. Como critérios de exclusão foram utilizados: não representar o tema proposto e artigos duplicados.

As etapas seguidas nessa revisão integrativa foram: pesquisa de publicações sobre o tema nas bases de dados, definição dos critérios de elegibilidade, definição critérios de inclusão e exclusão, análise e apresentação dos resultados.

RESULTADOS

A partir da frase utilizada para pesquisa obteve-se 4931 resultados, sendo 3044 no PubMed e 1887 no BVS. Após essa pesquisa, foram aplicados os seguintes filtros: ano de publicação, acesso ao texto completo, e tipo de pesquisa.

Após o filtro do ano de publicação a amostra de artigos foi reduzida para 1,783 no PubMed e 1119 no BVS. Selecionando acesso ao texto completo a amostra foi para 1712 no PubMed e para 1020 no BVS. Filtrando a partir do tipo de estudo, obteve-se artigos de ensaio clínico e ensaio clínico controlado, a amostra foi para 65 no BVS e 64 no Pubmed. Depois de análise dos artigos foram encontrados 15 artigos dentro do tema, sendo 7 PubMed e 8 BVS. Após excluir os artigos duplicados, a amostragem foi para 10 artigos conforme figura 1.

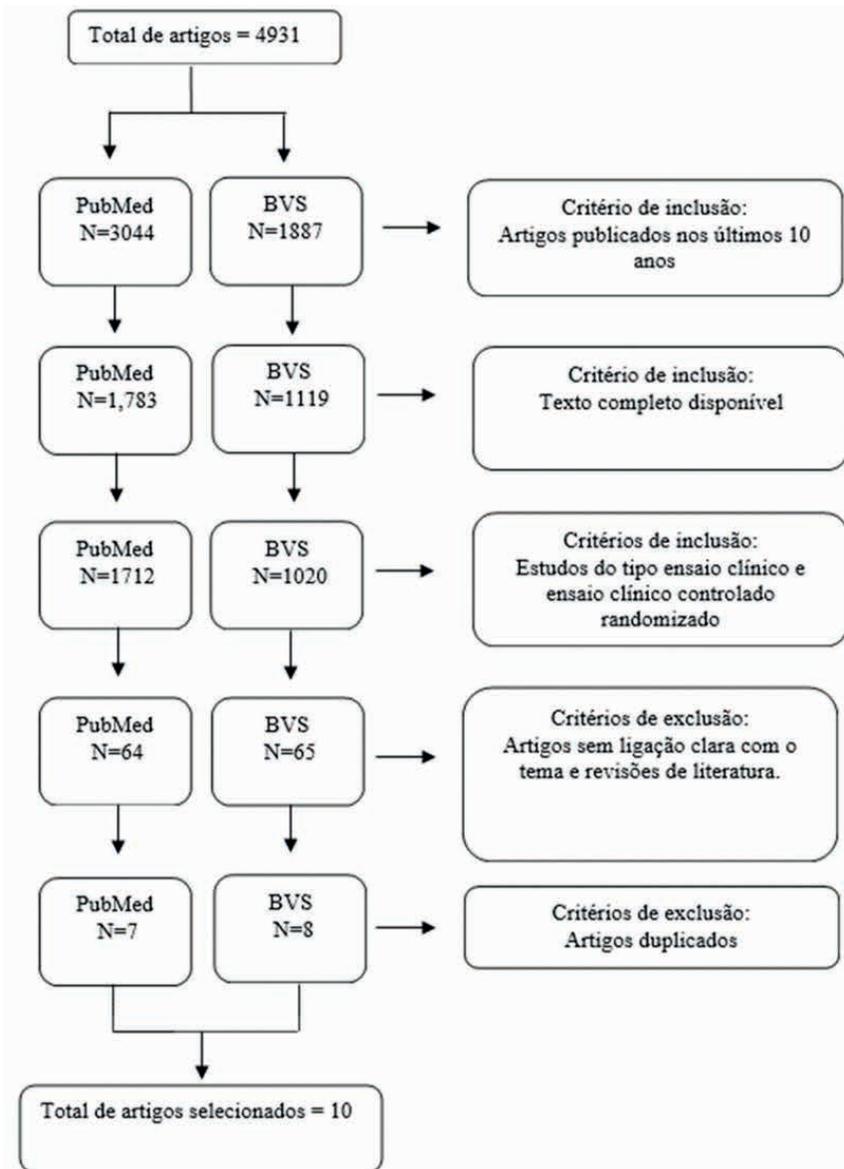


Figura 1: Fluxograma de identificação e seleção dos artigos nas bases PubMed e BVS.

Fonte: Autores, 2022.

As principais conclusões dos 10 artigos selecionados e situações em que a ultrassonografia foi usada são especificados na tabela 1.

Autor/ Ano	Situação em que foi empregado	Conclusões
Ben-Baruch Golan Y, et al; 2020	Pacientes que chegaram na emergência com dispneia, ou saturação de oxigênio <90%, ou necessidade de oxigênio suplementar ou ventilação não invasiva; e pacientes com queixa de dor torácica, ou edema periférico novo ou agudizado, ou novo achado no eletrocardiograma	Não houve diferença significativa em relação ao diagnóstico final O tempo necessário para chegar ao diagnóstico correto foi menor com o uso do ultrassom; Otimiza tempo para tratamento apropriado Foi possível mudar diagnóstico através dos achados do ultrassom Principais achados no ultrassom: disfunção ventricular esquerda, valvulopatias, edema de pulmão
Shiran A, et al; 2019	Suspeita de síndrome coronariana aguda	A ecocardiografia não é eficaz no diagnóstico de síndrome coronariana aguda (SCA) Não há diferenças significativas entre uso de imagens de alta ou baixa qualidade para diagnóstico de SCA. Imagens de alta qualidade demonstram ser ligeiramente mais específicas, mas seu uso ainda não é indicado por baixo valor no diagnóstico.
Levsky JM, et al; 2018	Pacientes com dor torácica de baixo e intermediário risco, sem elevação de troponina, instabilidade hemodinâmica, alterações no ECG sugestivos de SCA	Tempo de permanência hospitalar foi relativamente maior em pacientes submetidos a angiotomografia computadorizada em comparação aos submetidos à ecocardiografia de estresse Não houve diferença significativa em cateterismos e revascularizações subsequentes entre os grupos que utilizaram angiotomografia computadorizada e ecocardiografia de estresse. A ecocardiografia de estresse se demonstra eficaz na triagem de pacientes com dor torácica de baixo a intermediário risco
Gurunathan S, et al; 2018	Pacientes com probabilidade pré-teste baixa a intermediária de possuir doença artéria coronariana e suspeita de angina	O uso do ecocardiograma de estresse apresentou alto valor preditivo positivo, menos dias de hospitalização e menor custo quando comparado ao uso do eletrocardiograma Não houve diferença no desfecho morte, revascularização não planejada e hospitalização em pacientes com queixa de dor torácica.
Neglia D, et al; 2015	Pacientes com queixa de dor torácica e probabilidade intermediária de doença arterial coronariana	Angiotomografia computadorizada de coronárias possui maior acurácia diagnóstica Ecocardiograma possui uma acurácia semelhante, porém apresenta menor sensibilidade e maior especificidade

Laursen CB, et al 2014	Pacientes como Saturação de oxigênio menor que 95%, uso de oxigênio suplementar, dispneia frequência respiratória maior que 20 irpm ou dor torácica	A porcentagem de diagnósticos corretos foi maior com o uso de Ultrassom, permitindo tratamento adequado em um intervalo de tempo menor Não houve diferença no desfecho número de pacientes transferidos para tratamento intensivo, tempo de hospitalização ou mortes
Levsky JM, et al; 2014	Pacientes do departamento de emergência com queixa de dor torácica de risco baixo a intermediário	O artigo busca delinear um estudo para comparar o uso do ecocardiograma de estresse com a angiotomografia em pacientes com dor torácica Visa encontrar resultados semelhantes aos estudos anteriores como diminuição da admissão hospitalar com o uso do ecocardiograma, maior sensibilidade com o uso da angiotomografia; maior especificidade do ecocardiograma
Miller CD, et al 2012	Pacientes com queixa de dor torácica de baixo risco	A ressonância magnética cardíaca mandatória possui um custo mais alto quando comparado ao exame complementar direcionado pelo médico quando este julgar ser necessário. A escolha de exames complementares de imagem como ecocardiografia não altera desfechos como tempo de internação.
Guner, Necip Gokhan, et al; 2020	Pacientes com queixa de dor torácica	O uso de ultrassom em pacientes com dor torácica não aguda diminui tempo de permanência hospitalar Quando detectada patologia pelo ultrassom o tempo de permanência, o custo aumentou e porcentagem de internação aumentaram
Shiran, Avinoam, et al; 2017	Pacientes com suspeita de síndrome coronariana aguda sem alteração no eletrocardiograma ou troponina	O uso do strain longitudinal bidimensional do ventrículo esquerdo por ecocardiografia possui uma boa sensibilidade e alto valor preditivo negativo. Entretanto a sua especificidade, valor preditivo positivo e acurácia são baixos, o que aumenta hospitalização para investigação adicional Devido discordância com estudos anteriores são necessários mais estudos

Tabela 1: Tabela com as principais conclusões referentes ao uso do ultrassom e situação em que foi usado

DISCUSSÃO

A dor torácica é um sintoma responsável por levar as pessoas a procurarem o serviço de emergência em todo mundo. (MIRANDA A, RAMPELLOTTI LF, 2019). Trata-se de uma queixa importante devido à sua relação com doenças potencialmente fatais

como síndromes coronarianas agudas ou tromboembolismo pulmonar (FONTENELE RM, et al., 2020). Uma anamnese e um exame físico completo são necessários para diferenciar patologias graves das benignas (JOHNSON K, GHASSEMZADEH, S, 2022).

A ultrassonografia é uma ferramenta complementar útil no diagnóstico de diversas doenças (CAYLEY WE, 2005; JOHNSON K, GHASSEMZADEH, S, 2022). No cenário da emergência apresenta a vantagem de ser um exame não invasivo e poder ser utilizado em pacientes instáveis. (EL-HUSSEIN M, et al., 2022).

Em pacientes que chegaram na emergência com dispnéia, ou necessidade de oxigênio suplementar ou ventilação não invasiva ou pacientes com queixa de dor torácica, o uso do ultrassom não influenciou significativamente no diagnóstico final, mas demonstrou menor tempo para chegar ao diagnóstico e instituir tratamento adequado. O uso do ultrassom também permitiu mudar diagnósticos pelos achados do ultrassom e maior taxa de diagnóstico correto (BEN-BARUCH GOLAN Y, et al; 2020; LAURSEN CB, et al 2014).

Em pacientes com suspeita de síndrome coronariana aguda com baixa a intermediária probabilidade, o uso do ecocardiograma de estresse possui alto valor preditivo positivo, sendo eficaz para triagem desses pacientes (LEVSKY JM, et al; 2018). Quando comparado com o uso do eletrocardiograma, o ecocardiograma apresenta um menor tempo de internação hospitalar, não interferindo nos desfechos morte e hospitalização. Esse exame de imagem também possui um custo menor quando comparado com o uso do eletrocardiograma e com a ressonância magnética cardíaca mandatória (MILLER CD, et al 2012; GURUNATHAN S, et al; 2018).

O ecocardiograma apesar de possuir maior especificidade do que a angiotomografia, possui uma sensibilidade menor, desse modo o exame com maior acurácia para pacientes com dor torácica de baixo a intermediário risco para doença arterial coronariana é a angiotomografia computadorizada (NEGLIA D, et al; 2015; LEVSKY JM, et al; 2014). O uso da angiotomografia representa um tempo de permanência hospitalar maior quando comparado a pacientes submetidos ao ecocardiograma de estresse (Levsky JM, et al; 2018). Um artigo indicou a ineficácia da ecocardiografia no diagnóstico da síndrome coronariana aguda, não havendo diferença também no uso de imagens de alta ou baixa qualidade, possuindo as imagens de alta qualidade uma especificidade ligeiramente maior. (SHIRAN A, et al; 2019).

Não houve diferença no desfecho morte e tempo de permanência hospitalar com o uso do ultrassom em pacientes com probabilidade pré-teste baixa a intermediária de possuir doença artéria coronariana e suspeita de angina (GURUNATHAN S, et al; 2018; MILLER CD, et al 2012). Segundo um dos artigos analisados, em pacientes com saturação de oxigênio menor que 95%, uso de oxigênio suplementar, dispneia frequência respiratória maior que 20 irpm ou dor torácica o uso do ultrassom indicou não modificar os desfechos: morte, tempo de internação ou número de transferência para tratamento intensivo (GUNER, NG, et al; 2020; LAURSEN CB, et al 2014).

Em pacientes com suspeita de síndrome coronariana aguda sem alteração no eletrocardiograma ou troponina, um artigo indica que o uso do strain longitudinal bidimensional do ventrículo esquerdo possui baixa especificidade e valor preditivo positivo, não sendo efetivo para diagnóstico de síndrome coronariana aguda. Tal achado contradiz estudos anteriores que indicam boa sensibilidade e capacidade de detectar doenças coronarianas (SHIRAN A, et al; 2017).

CONCLUSÃO

Nesse estudo, o uso da ultrassonografia para o manejo de pacientes com dor torácica em cenário de emergência se mostrou ser eficaz quando o objetivo é diminuir o tempo de elucidação diagnóstica e iniciar o tratamento adequado. É necessário enfatizar que o seu uso não interfere no diagnóstico final do paciente, no desfecho de morte e em tempo hospitalização. Contudo, o manejo do paciente com dor torácica necessita ser realizado de maneira rápida e eficaz para evitar complicações tardias. Com isso, o uso desse método de imagem nas emergências hospitalares é de grande valia, pois auxilia em uma conduta médica direcionada.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, A. C. et al. **Diagnóstico diferencial da dor torácica: ênfase em causas não coronarianas**. v. 20, n. 2, p. 24–29, [s.d.]
- BEN-BARUCH GOLAN, Y. et al. **Early Point-of-Care Ultrasound Assessment for Medical Patients Reduces Time to Appropriate Treatment: A Pilot Randomized Controlled Trial**. *Ultrasound in Medicine & Biology*, v. 46, n. 8, p. 1908–1915, ago. 2020.
- CAYLEY, W. E. **Diagnosing the Cause of Chest Pain**. *American Family Physician*, v. 72, n. 10, p. 2012–2021, 15 nov. 2005.
- EL-HUSSEIN, M.; HAMIEH, C.; GAUTIER, M. **How point-of-care Ultrasound became an essential part of the assessment in the Emergency Department**. *Radiology Case Reports*, v. 17, n. 7, p. 2453–2459, 9 maio 2022.
- FONTENELE, R. M. et al. **Eficácia de protocolos clínicos para o tratamento da dor torácica em serviços de urgência**. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, v. 10, n. 32, p. 288–294, 31 dez. 2020.
- GUNER, N. G. et al. **Effects of Point-of-Care Ultrasonography on the Diagnostic Process of Patients Admitted to the Emergency Department with Chest Pain: A Randomised Controlled Trial**. *Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan: JCPSP*, v. 30, n. 12, p. 1262–1268, dez. 2020.
- GURUNATHAN, S. et al. **Cost-Effectiveness of a Management Strategy Based on Exercise Echocardiography versus Exercise Electrocardiography in Patients Presenting with Suspected Angina during Long Term Follow up: A Randomized Study**. *International Journal of Cardiology*, v. 259, p. 1–7, 15 maio 2018.

HA, Y.-R.; TOH, H.-C. **Clinically integrated multi-organ point-of-care ultrasound for undifferentiated respiratory difficulty, chest pain, or shock: a critical analytic review.** *Journal of Intensive Care*, v. 4, p. 54, 15 ago. 2016.

JOHNSON, K.; GHASSEMZADEH, S. **Chest Pain.** Em: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2022.

LAURSEN, C. B. et al. **Point-of-Care Ultrasonography in Patients Admitted with Respiratory Symptoms: A Single-Blind, Randomised Controlled Trial.** *The Lancet. Respiratory Medicine*, v. 2, n. 8, p. 638–646, ago. 2014.

LEVSKY, J. M. et al. **Rationale and Design of a Randomized Trial Comparing Initial Stress Echocardiography versus Coronary CT Angiography in Low-to-Intermediate Risk Emergency Department Patients with Chest Pain.** *Echocardiography (Mount Kisco, N.Y.)*, v. 31, n. 6, p. 744–750, jul. 2014.

LEVSKY, J. M. et al. **Coronary Computed Tomography Angiography Versus Stress Echocardiography in Acute Chest Pain: A Randomized Controlled Trial.** *JACC. Cardiovascular imaging*, v. 11, n. 9, p. 1288–1297, set. 2018.

MILLER, C. D. et al. **Provider-Directed Imaging Stress Testing Reduces Health Care Expenditures in Lower-Risk Chest Pain Patients Presenting to the Emergency Department.** *Circulation. Cardiovascular Imaging*, v. 5, n. 1, p. 111–118, jan. 2012.

MIRANDA, A. V. de S.; RAMPPELLOTTI, L. F. **Incidence of Chest Pain as a Symptom of Acute Myocardial Infarction in an Urgent Care Unit.** *BrJP*, v. 2, p. 44–48, mar. 2019.

NEGLIA, D. et al. **Detection of Significant Coronary Artery Disease by Noninvasive Anatomical and Functional Imaging.** *Circulation. Cardiovascular Imaging*, v. 8, n. 3, p. e002179, mar. 2015.

SHIRAN, A. et al. **Two-Dimensional Strain Echocardiography for Diagnosing Chest Pain in the Emergency Room: A Multicentre Prospective Study by the Israeli Echo Research Group.** *European Heart Journal. Cardiovascular Imaging*, v. 18, n. 9, p. 1016–1024, 1 set. 2017.

SHIRAN, A. et al. **Effect of Image Quality on Accuracy of Two-Dimensional Strain Echocardiography for Diagnosing Ischemic Chest Pain: A 2DSPER Multicenter Trial Substudy.** *The International Journal of Cardiovascular Imaging*, v. 35, n. 4, p. 617–625, abr. 2019.

UTILIZAÇÃO DE UM MANOVACUOMETRO ARTESANAL EM UMA UNIDADE HOSPITALAR PEDIÁTRICA DO NORDESTE BRASILEIRO

Data de submissão: 11/02/2023

Data de aceite: 03/04/2023

Andrezza Tayonara Lins Melo

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Fisioterapia - Natal - RN – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6595932443358552>.

Letícia Amanda Dos Santos Dantas

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Fisioterapia - Natal - RN – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4104713044099239>

Beatriz Cristina Medeiros de Lucena

Fisioterapeuta, Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Fisioterapia - RN – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4052172853136296>

Laura Inez Santos Barros

Instituição: Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), Fisioterapia – Recife – PE – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8402096953680024>.

Vinícius Souza Melo

Instituição: Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA - Fisioterapia – Recife – PE – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5866813971726403>

Luciene Regina de Lima

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Enfermagem - Natal - RN – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2130130431274177>

Thayse Bezerra Rodrigues

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Enfermagem - Natal - RN – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2202099985460237>

Thalita Almeida de Oliveira

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Enfermagem - Natal - RN – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5371289992842700>

RESUMO: Introdução: A avaliação da força muscular respiratória, realizada pela manovacuômetria, é extremamente importante para direcionar o treinamento muscular respiratório, no entanto, o manuvacuometro é um dispositivo de baixa adesão as unidades hospitalares publica devido a seu custo elevado, por este motivo, novos dispositivos como o este instrumento artesanal, foram desenvolvidos com a finalidade de mensurar a força dos músculos respiratória. **Objetivo:** Relatar o

processo de criação de um manovacuometro artesanal aplicado a uma unidade de cuidados pediátricos de um hospital universitário no nordeste brasileiro. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência que descreveu a aplicação de um manovacuometro artesanal, que é construído, por sensor de pressão diferencial eletrônico (MPX5010DP), canudinhos, microcontrolador (Arduino Nano R3), cabo USB para conexão ao computador e um filtro bacteriológico acoplado como bocal do dispositivo. O instrumento foi utilizado para avaliação da força muscular respiratória em crianças entre 7 e 15 anos de idade. **Discussão:** Na aplicação do instrumento a técnica utilizada, foi a mesma usada para avaliação das forças musculares respiratórias no manovacuometro tradicional (Analógico e digital). **Conclusão:** O instrumento consegue avaliar a força muscular respiratória em crianças e de fácil adesão as unidades hospitalares, principalmente públicas.

PALAVRAS-CHAVE: Força muscular; Pressões Respiratórias Máximas; Assistência Integral à Saúde; Especialidade de Fisioterapia.

ABSTRACT: Introduction: The assessment of respiratory muscle strength, carried out by manovacuometry, is extremely important to direct controlled muscle training, however, the manovacuometro is a low adherence device as public hospital units due to its high cost, for this reason, new devices like this handcrafted instrument, were administered for the purpose of measuring the strength of the respiratory muscles. **Objective:** To report the creation process of a handmade manovacuometer applied to a pediatric care unit of a university hospital in northeastern Brazil. **Methods:** This is an experience report that described the application of a handmade pressure gauge, which is built by electronic differential pressure sensor (MPX5010DP), straws, microcontroller (Arduino Nano R3), USB cable for connection to the computer and a bacteriological filter attached to the mouthpiece of the device. The instrument was used to assess respiratory muscle strength in children between 7 and 15 years of age. **Discussion:** In the application of the instrument, the technique used was the same used to assess respiratory muscle strength in the traditional vacuum manometer (analog and digital). **Conclusion:** The instrument is able to assess respiratory muscle strength in children and is easily adhered to hospital units, mainly public ones.

KEYWORDS: Muscle Strength; Maximal Respiratory Pressures; Comprehensive Health Care; Physical Therapy Specialty.

INTRODUÇÃO

Os músculos respiratórios são responsáveis pelo funcionamento adequado do sistema respiratório. (Freitas et al., 2012) A avaliação da força muscular ocorre através da mensuração dos valores da Pressão muscular inspiratória máxima (PI_{max}) e pressão muscular expiratória máxima (PE_{max}), que auxiliam no diagnóstico de desordens cardiorrespiratórias e neuromusculares. (Oliveira et al 2009) A PI_{max} corresponde a força muscular inspiratória do diafragma e músculos acessórios da inspiração, enquanto a PE_{max} corresponde a força muscular expiratória, correspondente a musculatura abdominal (Oliveira et al 2009).

A avaliação da PI_{max} e PE_{max} é extremamente importante para a identificação

de fraqueza muscular e direcionamento do treinamento muscular respiratório (TMR). A mensuração de tais variáveis é um método frequentemente usado e não invasivo, sendo uma mensuração oral ou nasal, durante a realização de um esforço inspiratório ou expiratório máximo, contra a via aérea ocluída, seja tal manobra realizada em adultos ou crianças (Oliveira et al., 2009).

Através da avaliação da musculatura é possível quantificar a força muscular. A fraqueza muscular respiratória leva a uma série de complicações, como redução da capacidade funcional e redução da proteção da via aérea. (Marcelino et al., 2012). Uma vez identificada a fraqueza respiratória, inicia-se o TMR e os músculos da respiração exibem adaptação similar ao treinamento realizado em outros grupos musculares (Macedo et al 2010).

O equipamento considerado padrão ouro na avaliação da força muscular respiratória é o manovacuômetro, que é um manômetro e consiste em um aparelho que determina com precisão a força muscular respiratória (Santos et al., 2017). A técnica é realizada com o paciente sentado, coluna ereta e braços junto ao corpo, e estímulo verbal adequado para obter os valores reais. (Severino et al 2010) O manovacuômetro pode ser analógico com pressões entre -300/+300 ou digital, (Pereira et al., 2007) O fato de ser um aparelho de alto custo, dificulta sua aquisição pelas instituições públicas (Santos et al., 2017).

Nesse contexto, é necessário pensar em alternativas para conseguir avaliar tais variáveis com menor custo, como o dispositivo desenvolvido por Santos et al.,2018. Que é um manovacuometro artesanal, o aparelho consegue mensurar fluxo inspiratório e expiratório, através de um pneumotacógrafo, que mede fluxo e volume respiratório, através da diferença de pressão sob uma resistência de tubos, sendo de baixo custo e fácil manuseio. (Santos et al., 2018) Ele é capaz de avaliar as pressões respiratórias de crianças, e os valores obtidos, correspondem a P_Imax e P_Emax, podem direcionar o TMR.

Diante disso, o objetivo do presente estudo, relata a experiência da utilização de um instrumento artesanal de uma unidade hospitalar do nordeste brasileiro.

METODOLOGIA

O presente estudo é caracterizado como um estudo do tipo relato de experiência, que apresenta o processo de aplicação de um manovacuometro artesanal, a ser aplicado em crianças de uma unidade hospitalar pediátrica de um hospital no nordeste do Brasil.

O estudo faz parte de um projeto guarda chuva, submetido e aprovado CAAE: 49757621.7.0000.5292 número do parecer: 4.947.380 pelo Comitê de Ética e Pesquisa, conforme determinações da Resolução nº 466/13 do Conselho Nacional de Saúde, bem como constará do TCLE de todos os responsáveis pelos participantes desta pesquisa o TALE e o Termo de autorização para gravação de voz e/ou registro de imagem

A utilização deste material instrumento, transcorreu-se nos meses de agosto a

setembro de 2021, a partir da vivência prática das autoras no âmbito hospitalar, como profissionais da assistência pediátrica.

DESCRIÇÃO DO RELATO DE EXPERIÊNCIA

Construção do instrumento

O instrumento foi construído, através de um sensor de pressão diferencial eletrônico (MPX5010DP), canudinhos, microcontrolador (Arduino Nano R3), cabo USB para conexão ao computador e um filtro bacteriológico acoplado como bocal do dispositivo. O filtro é um componente extra e descartável usados para proteger o dispositivo e o paciente de possíveis contaminações.

Os materiais são de fácil aquisição. O dispositivo captura valores de pressão diferencial proporcionais ao fluxo de ar através de um tubo de PVC. O sensor é conectado ao microcontrolador Arduino, possibilitando o uso em sistemas computacionais. Envia-se através de conexão serial somente valores diretos do sensor MPX5010DP as análises dos dados apareceram no computador, através do programa Arduino.



Figura 1 – Instrumento artesanal

Fonte: Elaborada pela autora (2022).

A criança estará sentada com flexão de 90° graus do quadril e coluna ereta, braços juntos ao corpo na avaliação da força muscular respiratória a criança será instruída a exalar todo o ar do pulmão e assim inspirar profundamente, a manobra se repetirá 3x com intervalo

de 2 mm entre elas. Não podendo haver uma diferença maior que 20% entre os valores e se necessário repetir no máximo 5 vezes as manobras (Santos et al., 2017)

Na avaliação da PEmáx, a criança inspira até a capacidade pulmonar total, em seguida, realiza um esforço expiratório máximo até o volume residual e sustentado. A medida da Plmáx, a criança vai expira até o volume residual e, a seguir, realiza um esforço inspiratório até a capacidade pulmonar total. Assim são obtidos os valores de cada criança (Nascimento et al., 2012).

As variáveis Plmax e PEmax, necessita de um esforço dependente, o que dificulta essa mensuração em crianças mais jovens, sendo usado em pacientes acima de 6 anos de idade (Faroux et al., 2007). É importante enfatizar que os valores encontrados de Plmax e PEmax, em crianças acima de 6 anos, não devem ser utilizados como referência em crianças menores (Stanojevic et al., 2007).

DISCUSSÃO

A Plmax e a PEmax, são índices de força dos músculos inspiratórios e expiratórios, cujos valores representam a força gerada pelo conjunto dos músculos inspiratórios e expiratórios, obtidos ao nível da boca. (Cartilho et al., 2020) Por meio dessa avaliação é possível identificar alterações clínicas como fraqueza muscular, habilidade de tossir e expectorar, dessa forma, auxiliar no diagnóstico de doenças neuromusculares e progressivas, na prescrição de programas de TMR no desmame da ventilação mecânica e na avaliação da expansividade às intervenções. (Melo et al., 2018)

A análise da Plmax e PEmax, pode trazer informações relevantes e direcionar a um processo de TMR adequado. (Frizzo et al., 2020) Com isso, os benefícios que um dispositivo de baixa custo e a facilidades de adesão, é de grande relevância que facilita a adesão sendo de grande valia para os serviços públicos e grande contribuição para comunidade científica.

O manovacuômetro é um aparelho de alto custo, dificultando sua adesão pelos setores públicos. No entanto, um grupo de professores de Santa Catarina, criou um dispositivo artesanal, capaz de avaliar a musculatura respiratória, sendo usado tanto para avaliação quanto para TMR. Esse dispositivo é capaz de registrar a variação de fluxo durante a inspiração e expiração calculando a força muscular. (Cordeiro et al., 2020)

O manovacuômetro artesanal, funciona através de um pneumotacógrafo, aparelho padrão que mede fluxo e volume respiratórios através da diferença de pressão sob uma resistência de tubos capilares, por um controle de vídeo game, apelidado PITACO. (Santos et al., 2018)

Assim, depreende-se que este singelo material avaliativo de fácil usabilidade apoiou as discussões teóricas, interativa e sobretudo consolida entendimentos acerca da utilização deste instrumento artesanal na prática assistencial cotidiana. Dessa forma o dispositivo

poderá ser implementado nas unidades hospitalares e ambulatoriais, sendo de baixo custo e fácil reprodutibilidade e avaliando de forma segura a P_{Imax} e P_{E_{max}}, resultando em um melhor direcionamento no TMR e avaliação da função do sistema muscular respiratório.

REFERÊNCIAS

- 1-Catilho T, Itaborahy BDH, Hoepers A, Brito JN, Almeida ACS, Schivinski CIS, Effects of inspiratory muscle training and breathing exercises in children with asthma: systematic review, *J Hum Growth Dev.* 2020; 30(2):291-300.
- 2- Cordeiro JA, Silva CP, Britto MCA, Andrade LB, Avaliação estática e dinâmica da força muscular respiratória de crianças e adolescentes asmáticos. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife*, 20 (4): 1017-1024 out-dez., 2020
- 3- Freitas DAF, Ferreira GMH, Nogueira PAMS, Mendonça KMPP, Predictive equations and normal values for maximal respiratory pressures in childhood and adolescence, *Rev Paul Pediatr* 2011;29(4):656-62.
- 4- Frizzo RJ, Macedo GS, Escorcio R, Mendes BCA, Respiratory muscular strength in children with hearing impairment and their relationship with hearing and language categories. *Distúrb Comun, São Paulo*, 32(3): 481-489, setembro, 2020.
- 5- Macedo TMF, Oliveira KM, Melo JBC, Medeiros MG, Medeiros-Filho WC, Ferreira GMH, Borja RO, Campos TF, Mendonça KMPP, Inspiratory muscle training in patients with acute leukemia: preliminary results, *Rev Paul Pediatr* 2010;28(4):352-8.
- 6-Marcelino AMFC, Cunha DA, Cunha RA, Silva HJ, Respiratory muscle strength in asthmatic children, *Int. Arch. Otorhinolaryngol., São Paulo - Brasil*, v.16, n.4, p. 492-496, Oct/Nov/December - 2012.
- 7-Melo ALS, Lira YFB, Lima LAB, Vieira FC, Dias AS, Andrade LB, exercise tolerance, pulmonary function, respiratory muscle strength, and quality of life in children and adolescents with rheumatic heart disease, *Rev Paul Pediatr.* 2018;36(2):199-206
- 8- Nascimento RA, Campos TF, Melo JBC, Borja RO, Freitas DN, Mendonça KMPP, Obtained and predicted values for maximal respiratory pressures of brazilian children, Obtained and predicted values for maximal respiratory pressures of Brazilian children *Journal of Human Growth and Development* 2012; 22(2): 166-172.
- 9- Pereira, V. F. Pressões respiratórias máximas: Valores encontrados e preditos em indivíduos saudáveis. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 11, n. 5, p. 361-368, 2007
- 10- Oliveira EA, Fernandes FE, Torquato JA, Verification of the breathing pattern and breathing muscle strength in pediatric patients with brain neoplasms, *Pediatrics, (São Paulo)* 2009;31(3):143-51
- 11- Santos AM, Grimes RH, Hounsell MS, Noveletto F, IBluel: Um Jogo Sério para auxiliar na Reabilitação Respiratória, *SBC – Proceedings of SBGames 2018 — ISSN: 2179-2259*
- 12- Santos, R. M. (2017). Manovacuometria realizada por meio de traqueias de diferentes comprimentos. *Revista Fisioterapia e Pesquisa*, v. 24, n. 1, p. 9-14. doi:10.1590/1809-2950/15614124012017.

13-Severino FG, Resqueti VR, Bruno SS, Azevedo IG, Vieira RHG, Fregonezi GAF, Comparison between a national and a foreign manovacuometer for nasal inspiratory pressure measurement, Rev Bras Fisioter, São Carlos, v. 14, n. 5, p. 426-31, set./out. 2010.

PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS E SUA IMPORTÂNCIA NA PRÁTICA CLÍNICA PARA PROMOÇÃO DO CUIDADO AO PACIENTE

Data de aceite: 03/04/2023

Lizandra Laila de Souza Silva

Farmacêutica pelo Centro Universitário UNIFAVIP/WYDEN, Caruaru, Pernambuco. Especialista em Farmácia Clínica e Hospitalar pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante – FAVENI.
<https://orcid.org/0000-0002-4490-5763>

Adjaneide Cristiane de Carvalho

Farmacêutica pelo Centro Universitário UNIFAVIP/WYDEN, Caruaru, Pernambuco. Pós-graduanda em Farmácia Clínica e Hospitalar pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante – FAVENI.
<https://orcid.org/0000-0003-4293-981X>

Rayanne Marília Carvalho Monteiro

Farmacêutica pelo Centro Universitário UNIFAVIP/WYDEN, Caruaru, Pernambuco.
<http://lattes.cnpq.br/3256837607416969>

João Paulo Souza de Lima

Graduando em Fisioterapia pelo Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA), Caruaru, Pernambuco.
<https://orcid.org/0000-0002-09626312>

Karen Millena da Silva Souza

Farmacêutica pelo Centro Universitário UNIFAVIP/WYDEN, Caruaru, Pernambuco. Residente em Atenção Básica e Saúde da Família pelo programa de residência da ASCES-UNITA. Especialista em Farmácia Clínica e Prescrição Farmacêutica e pós-graduanda em Farmácia Hospitalar e Acompanhamento Oncológico pelo Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade – ICTQ.
<https://lattes.cnpq.br/6135400877020472>

Ranyelle Hallana Andrade da Silva

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Vitória, Pernambuco.
<http://lattes.cnpq.br/6104494792464510>

Rayane Tamires Andrade da Silva

Assistente social pela Universidade de Pernambuco (UPE), Palmares, Pernambuco. Residente em Atenção Básica e Saúde da Família pelo programa de residência da ASCES-UNITA. Pós-graduanda em Serviço Social e Saúde pela Faculdade de Minas - FACUMINAS.
<https://orcid.org/0000-0002-7078-0538>

Graziely Veríssimo de Melo

Psicóloga pela Faculdade Maurício de Nassau (UNINASSAU), Recife, Pernambuco.
Residente em Atenção Básica e Saúde da Família pelo programa de residência da ASCES-UNITA. Especialista em Saúde Pública, Saúde Mental e Dependência Química pela Faculdade de Ciências Humanas - ESUDA.
<https://orcid.org/0000-0002-1694-1791>

Manoel Teixeira de Souza Neto

Psicólogo pela Faculdade Maurício de Nassau (UNINASSAU), Recife, Pernambuco.
Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental pela UNINTER.
<https://orcid.org/0000-0002-1629-6112>

Larissa Bezerra Calazans de Lyra

Enfermeira pelo Centro Universitário UNIFAVIP/WYDEN, Caruaru, Pernambuco
Especialista em Saúde da Mulher pela CEPEM.
<http://lattes.cnpq.br/5875533020908762>

RESUMO: Introdução: Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecem critérios de diagnóstico de diferentes doenças, seu tratamento correto, os mecanismos de controle, acompanhamento do quadro, verificação de resultados, entre outros. Sua construção para aplicação no Sistema Único de Saúde, é realizada pelo Ministério da Saúde, em consonância com o movimento internacional sobre Saúde Baseada em Evidências. É indispensável uma análise sobre o tema, principalmente para compreender a essencialidade de sua atualização periódica para otimização da assistência à saúde. **Metodologia:** O presente estudo está baseado em uma revisão bibliográfica, fundamentada em artigos científicos a respeito do tema, obtidos das bases de dados eletrônicas SciELO e BVS. **Resultados e Discussão:** O PCDT envolvem critérios para diagnóstico e tratamento, promoção do uso racional de medicamentos, através da regulação das prescrições e indicações médicas e os esquemas terapêuticos, como também normatiza a vinculação dos gestores da saúde com relação à oferta das intervenções sinalizadas nesses documentos, das mais simples às mais complexas, sendo importante aliados para garantia da integralidade do cuidado. **Conclusão:** Com base nisso, os PCDT são instrumentos-chave no diagnóstico e tratamento de doenças e outros agravos à saúde, sendo necessário estarem baseados em evidências científicas concretas, com a finalidade de promover a atenção à saúde com maior qualidade e segurança.

PALAVRAS-CHAVE: Protocolos clínicos; Guias de prática clínica; Atenção à saúde.

CLINICAL PROTOCOLS AND THERAPEUTIC GUIDELINES AND THEIR IMPORTANCE IN CLINICAL PRACTICE TO PROMOTE PATIENT CARE

ABSTRACT: Introduction: The Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines (PCDT) establish diagnostic criteria for different diseases, their correct treatment, control mechanisms, monitoring of the condition, verification of results, among others. Its construction for application in the Unified Health System is carried out by the Ministry of Health, in line with the international

movement on Evidence-Based Health. An analysis on the subject is essential, mainly to understand the essentiality of its periodic updating to optimize health care. **Methodology:** The present study is based on a bibliographic review, based on scientific articles on the subject, obtained from the SciELO and VHL electronic databases. **Results and Discussion:** The PCDT involves criteria for diagnosis and treatment, promotion of the rational use of medicines, through the regulation of medical prescriptions and indications and therapeutic schemes, as well as standardizing the link between health managers and the provision of interventions indicated in these documents, from the simplest to the most complex, being important allies to guarantee comprehensive care. **Conclusion:** Based on this, the PCDT are key instruments in the diagnosis and treatment of diseases and other health problems, being necessary to be based on concrete scientific evidence, in order to promote health care with greater quality and safety.

KEYWORDS: Clinical protocols; Clinical practice guides; Health care.

1 | INTRODUÇÃO

A elaboração das diretrizes clínicas deu-se a partir do final dos anos 1970, resultando em aumento considerável de protocolos em inúmeras áreas médicas, sendo desenvolvidas por hospitais, sistemas de saúde públicos e privados e sociedades médicas (RONSONI et al., 2015).

As diretrizes clínicas configuram-se em documentos informativos que incluem recomendações voltadas a otimização do cuidado ao paciente. Documentos com essa natureza também podem ser nomeados como guias de prática clínica, protocolos, manuais, entre outros. No Sistema Único de Saúde (SUS), com a Lei nº 12.401 de 2011, normatizou-se a denominação Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) (MEGA et al., 2015).

Os protocolos surgem com a finalidade de estabelecer os critérios de diagnóstico de diferentes doenças, o tratamento correto (medicações e posologias), mecanismos de controle, acompanhamento do quadro e verificação de resultados, como também mecanismos de controle das prescrições médicas para garantia de sua segurança e eficácia e fornecimento dos medicamentos necessários (PICON; BELTRAME, 2014; MEGA et al., 2015).

Para construção dos protocolos do SUS, o Ministério da Saúde leva em consideração o movimento internacional sobre Saúde Baseada em Evidências, determinando que tais documentos precisam estar baseados em princípios de eficácia, segurança e custo-efetividade das intervenções em saúde nas diferentes fases da doença ou agravo a que se refere (MEGA et al., 2015).

Uma das atribuições estratégicas do Ministério da Saúde consiste em elaborar e atualizar periodicamente os protocolos clínicos, assegurando os princípios de universalidade e integralidade, com o objetivo primordial de melhorar a qualidade da atenção à saúde

prestada pelos profissionais, principalmente no que diz respeito ao SUS (MEGA et al., 2015).

Neste contexto, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas são fundamentais para determinação de importantes linhas de cuidados para cerca de 79 doenças que são contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Além disso, estão de acordo com documentos que orientam as condutas de diagnóstico e terapêutica no SUS, como o Decreto nº 7.508 /2011 e Lei nº 12.401/2011 (RONSONI et al., 2015).

Considerando a relevância dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para qualidade da atenção à saúde, é indispensável uma análise sobre o tema, principalmente para compreender a essencialidade de sua atualização periódica para otimização da assistência à saúde. Sendo assim, o objetivo desta pesquisa é compreender a importância dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo está baseado em uma revisão bibliográfica, realizada por meio de artigos científicos, selecionados das bases de dados eletrônicas Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a partir dos seguintes descritores: Protocolos clínicos; Guias de prática clínica; Atenção a saúde.

Os critérios de inclusão foram estudos publicados nos últimos dez anos, nos idiomas português e inglês, que abordavam a respeito do tema protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e disponíveis na íntegra para consulta, os quais foram incluídos na pesquisa após leitura exploratória do título e resumo. Como critérios de exclusão, os estudos publicados a mais de dez anos, que fugiam ao tema proposto ou não disponíveis para consulta.

3 | REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

3.1 Histórico dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) somente foram instituídos em lei no ano de 2011, embora tenham sido publicados pelo Ministério da Saúde desde o ano 2000. Nesta época, o seu foco era estabelecer critérios de dispensação de medicamentos, a partir do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, tendo um caráter mais regulatório do que propriamente de atenção integral à saúde. Como exemplo nesse período, são os PCDT da retocolite ulcerativa e da imunodeficiência primária (MEGA et al., 2015).

Com a publicação da portaria SAS nº 375/2009, definiu-se o modelo e informações

mínimas para elaboração do PCDT da Secretaria de Atenção à Saúde. No mesmo ano dessa normatização, mediante parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), na esfera do PROADI (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde), viabilizou-se a contratação de especialistas para elaboração dos PCDT de diversas doenças de interesse ao SUS, onde se firmou a promoção da Saúde Baseada em Evidências e a busca criteriosa das melhores bases científicas para fazerem parte das recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

O importante papel dos PCDT já havia sido identificado nesse tempo, sendo considerados como importante instrumento para definição da linha de cuidado de diversas doenças, como também para melhoria da qualidade da atenção a saúde, contribuindo para prescrição segura e eficaz, promoção do conhecimento médico e melhoria da qualidade das informações prestadas aos pacientes (RONSONI et al., 2015).

O caráter regulatório dos PCDT cedeu espaço para uma abordagem mais abrangente, envolvendo critérios para diagnóstico e tratamento, bem como promoção do uso racional de medicamentos, através da regulação das prescrições e indicações médicas e os esquemas terapêuticos. Além disso, normatizou-se a vinculação dos gestores da saúde com relação à oferta das intervenções sinalizadas nesses documentos, desde as mais simples até as mais complexas, configurando os PCDT em importantes aliados para garantia da integralidade do cuidado (MEGA et al., 2015).

A criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), após publicação da Lei nº 12.401/2009, possibilitou ao Ministério da Saúde, além de outras atribuições, produzir ou alterar Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas conforme necessidade. Desde então, essa comissão passou a ser preparada para definir novos temas para PCDT, desenvolver o escopo do documento, acompanhar sua construção, avaliar as evidências científicas que norteiam as recomendações propostas e providenciar revisões frequentes, a fim de se tornar setor competente para normatização, elaboração e atualização desses PCDT no âmbito do SUS (DUARTE; BRAGA, 2017; MEGA et al., 2015).

3.2 PCDT e a Lei nº 12.402/2011

A Lei nº 12.402, instituída em 02 de maio de 2011, regulou o âmbito das tecnologias em saúde, definindo critérios ideais a serem observados para incorporação no SUS e a dispensação de medicamentos e outros produtos de interesse a saúde. Sua construção esteve pautada na realidade de uma saúde promovida com base em evidências e critérios científicos e através de políticas públicas sustentáveis, resultando em uma sociedade com sua saúde atendida e protegida (BRASIL, 2011).

A legislação em questão, passou a definir que, a assistência terapêutica integral deveria estar pautada na oferta de recursos em conformidade com os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas definidos para doença ou agravo à saúde. Ou seja, os PCDT

passaram a definir os critérios para diagnóstico de doenças e agravos à saúde, bem como o seu tratamento correto, incluindo os medicamentos e produtos necessários, nas posologias adequadas, além dos mecanismos de controle químico, como também o acompanhamento dos resultados clínicos. Ademais, o PCDT deve contemplar informações concernentes com as fases evolutivas das doenças e outros agravos, assim como as alternativas em caso de perda da eficácia do tratamento ou casos como intolerância e reações adversas, com a finalidade de garantir o aporte adequado para todas as situações possíveis (MEGA et al., 2015).

Vale pôr em evidência, que o desenvolvimento e publicação dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas deve acontecer de forma dinâmica e permanente e incluindo revisões e atualizações periódicas das evidências e informações contidas no documento, com base em novos fatos tecnológicos, inovações terapêuticas e diagnósticas, demandas sociais e a realidade do momento em que se encontra (MEGA et al., 2015).

Entre os instrumentos utilizados para avaliar a qualidade das evidências científicas e a determinação da força da recomendação e a qualidade das diretrizes clínicas dos PCDT, encontra-se o GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) e AGREE II (The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument) (MEGA et al., 2015).

Com relação aos PCDT, alguns exemplos são as diretrizes de atenção à gestante: parto normal, PCDT de hepatite C crônica, PCDT de transtorno afetivo bipolar, PCDT de doenças raras, PCDT de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), entre outros. Vale destacar que é fundamental a disseminação desses protocolos para seu público-alvo, entre eles professores, pacientes, cuidadores e gestores, por meio de estratégias como maior envolvimento dos pacientes durante a elaboração dos protocolos, criação de uma versão do documento direcionada ao público leigo (pacientes e cuidadores), disponibilização de uma versão resumida, entre outros (BRASIL, 2010; BRASIL, 2015).

3.3 Principais desafios e perspectivas

Garantir a confiabilidade dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas configura-se num dos principais desafios a serem vencidos, a fim de garantir a segurança na adesão de suas recomendações pelos profissionais de saúde. Para tanto, muitas ações estratégicas tem sido desenvolvidas na busca pelo aumento da transparência e do aumento da qualidade da sua elaboração. Neste sentido, com a publicação das Diretrizes Metodológicas para Elaboração de Diretrizes Clínicas pelo Ministério da Saúde, a produção de PCDT no SUS e outros serviços de saúde, poderá ser padronizada, reprodutível e metódica, conseqüentemente melhorando a sua qualidade (MEGA et al., 2015).

4 | CONCLUSÃO

Os PCDT são instrumentos-chave no diagnóstico e tratamento de doenças e outros agravos à saúde, devendo, em todo caso, ser baseado em evidências científicas e considerando critérios de efetividade, segurança e custo-benefício das tecnologias recomendadas, com a principal finalidade de promover a atenção à saúde com maior qualidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria SAS n. 375, de 10 de novembro de 2009. Aprova o roteiro a ser utilizado na elaboração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS.** Diário Oficial da União, Brasília, 11 nov. 2009. Seção 1, p. 60-61.

BRASIL. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, volume 2. Série A. Normas e Manuais Técnicos.** Diário Oficial da União, Brasília – DF, 2010.

BRASIL. **Portaria SCTIE n 27, de 12 de junho de 2015. Aprova o Fluxo de trabalho para elaboração e atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas no âmbito da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - CONITEC.** Diário Oficial da União, Brasília, 16 jun. 2015. Seção 1, p. 54-55.

BRASIL. **Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.** Diário Oficial da União, Brasília, 29 abr. 2011. Seção 1, p. 80-81.

DUARTE, C. S.; BRAGA, P. V. B. **A utilização dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e a racionalização da judicialização do direito à saúde.** Revista de Direito Sanitário, v. 18, n. 1, p. 171-190, 2017.

MEGA, T. P. *et al.* **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas no SUS: histórico, desafios e perspectivas.** Revista Eletrônica Gestão e Saúde, n. 4, p. 3275-3285, 2015.

PICON, P. D; BELTRAME, A. *et al.* **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – Medicamentos Excepcionais, 2014.**

RONSONI, R. M. *et al.* **Avaliação de oito Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde por meio do instrumento AGREE II: um estudo piloto.** Cadernos de Saúde Pública, v. 31, p. 1157-1162, 2015.

CÂNCER DE MAMA: A ABORDAGEM BIOPSIKOSSOCIAL DA MULHER NO CONTEXTO DA ONCOLOGIA MAMÁRIA

Data de submissão: 05/03/2023

Data de aceite: 03/04/2023

Aline Aparecida da Silva Cunha

Universidade de Uberaba
Uberaba - Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/399818649107636>

Hudson Diego Aguilar Pornaro

Universidade de Uberaba
Uberaba - Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/8385541648247319>

Sofia Barcelo Oliveira

Universidade de Uberaba
Uberaba – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/3580356629941128>

RESUMO: No contexto da oncologia mamária analisar a figura feminina em todos seus aspectos humanos, físicos, psicológicos e sociais, durante o ciclo do câncer de mama faz-se pertinente em uma sociedade marcada pela estigmatização da doença e por preconceitos que envolvem todas as transformações corporais promovidas pela patologia. Conscientizar família, amigos e equipe médica sobre a necessidade de relevar as emoções, os medos e os sentimentos da mulher doente desde o diagnóstico até o pós-tratamento promove impacto positivo na resposta terapêutica, reabilitação física e

psicoemocional, consequentemente, na qualidade de vida. Desta forma, levando dignidade ao ser humano por trás da neoplasia mamária. O presente estudo é revisão narrativa, cujo levantamento bibliográfico foi realizado através de pesquisa na base de dados virtuais SciELO, Medline e Realy, nos meses de maio e junho de 2018, acerca da temática dos fatores biopsicossociais presentes no contexto do câncer de mama utilizando os seguintes descritores: câncer de mama, modelos biopsicossociais, sobrevivência ao câncer, feminilidade. O modelo biopsicossocial salienta que a compreensão de todas as perspectivas da mulher acometida pelo câncer de mama é, principalmente, dignificar a essência humana presente em uma doença crônica que causa não apenas sequelas físicas, mas também emocionais e psicológicas.

PALAVRAS-CHAVE: “Câncer de Mama”, “Feminilidade”, “Modelos Biopsicossociais”, “Sobrevivência ao Câncer”.

BREAST CANCER: THE BIOPSYCHOSOCIAL APPROACH TO WOMEN IN THE CONTEXT OF BREAST ONCOLOGY

ABSTRACT: In the context of breast oncology, to analyze the female figure in all its human, physical, psychological and social aspects during the cycle of breast cancer is pertinent in a society marked by stigmatization of the disease and by prejudices involving all the bodily transformations promoted by the pathology. Raising awareness among family, friends and medical staff about the need to take into account the emotions, fears and feelings of the sick woman from diagnosis to post-treatment promotes a positive impact on the therapeutic response, physical and psycho-emotional rehabilitation, and consequently, on the quality of life. Thus, bringing dignity to the human being behind the breast neoplasm. The present study is narrative review, whose bibliographic survey was carried out through research in the virtual databases SciELO, Medline and Realy, in the months of May and June 2018, about the theme of biopsychosocial factors present in the context of breast cancer using the following descriptors: breast cancer, biopsychosocial models, cancer survival, femininity. The biopsychosocial model emphasizes that understanding all the perspectives of the woman affected by breast cancer is mainly to dignify the human essence present in a chronic disease that causes not only physical sequelae, but also emotional and psychological.

KEYWORDS: “Breast Neoplasms”, “Femininity”, “Models Biopsychosocial”, “Cancer Survivors”.

INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade brasileira, os cânceres ou neoplasias malignas vêm assumindo um papel cada vez mais importante entre as doenças que acometem a população feminina, representando, no Brasil e no mundo, importante causa de morte entre as mulheres adultas. O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em Desenvolvimento quanto em países desenvolvidos, havendo a estimativa que para cada ano do biênio 2018/2019, sejam diagnosticados 59.700 novos casos de câncer de mama no Brasil, com um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2018).

Cerca de 1,67 milhões de casos novos dessa neoplasia foram esperados para o ano de 2012, em todo o mundo, o que representa 25% de todos os tipos de câncer diagnosticados nas mulheres. Suas taxas de incidência variam entre as diferentes regiões do mundo. O câncer de mama é a maior causa de morte por câncer nas mulheres em todo o mundo, com cerca de 522 mil mortes estimadas para 2012, o que representa 14,7% de todos os óbitos. É a segunda causa de morte por câncer nos países desenvolvidos, atrás somente do câncer de pulmão, e a maior causa de morte por câncer nos países em desenvolvimento. Apesar de ser considerado um câncer de bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados (INCA, 2010).

Em Minas Gerais, o câncer de mama é o de maior incidência em mulheres. Estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) apontam que são esperados 5.160 novos casos da doença em Minas Gerais, uma taxa bruta de incidência de 48,19 para cada grupo de 100 mil mulheres mineiras. A taxa de mortalidade feminina por câncer de mama em Minas, estimada pelo INCA em 2013, é de 11,37 óbitos para cada grupo de 100 mil mulheres (INCA, 2012).

O câncer de mama é, portanto, uma preocupação da Saúde Pública, a qual, para combatê-lo, o Ministério da Saúde atua formulando e implantando ações, planos e programas destinados ao controle da doença. Diante de tão preocupante quadro, em torno do câncer, em geral, e em torno do câncer de mama feminina, em específico, há todo um investimento simbólico que é socialmente construído. Por isso, é de fundamental importância que a saúde pública contemple também, em sua agenda, a dimensão sócio-antropológica acerca dessa problemática, priorizando para tal a instauração do modelo biopsicossocial em sua totalidade.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa, cujo levantamento bibliográfico foi realizado através de pesquisa na base de dados virtuais SciELO, Medline e Realy, nos meses de maio e junho de 2018, acerca da temática dos fatores biopsicossociais presentes no contexto do câncer de mama utilizando os seguintes descritores: câncer de mama, modelos biopsicossociais, sobrevivência ao câncer.

DISCUSSÃO

Câncer é o termo referente a um conjunto de doenças caracterizado pela multiplicação desordenada de células com poder invasivo. O câncer de mama é caracterizado pela multiplicação de células anormais do tecido mamário, originando tumores (INCA, 2016).

Nessa perspectiva, o recebimento do diagnóstico dessa doença é, normalmente, decisivo em sua vida, pois permite a reflexão e posterior reformulação de aspectos pontuais de sua vida. A consciência da morte faz com que o ser humano desencadeie sentimentos como angústia, entrando no processo de adoecer (ANDRADE; LISTON, 1996). Nesse cenário, o paradigma biopsicossocial consolida-se progressivamente, pois proporciona uma visão integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões físicas, psicológicas e sociais (MARIO; ALFREDO, 2003):

O câncer de mama desestrutura a mulher no sentido de trazer para a sua convivência a incerteza da vida, a possibilidade de recorrência da doença e a incerteza do sucesso do tratamento. Uma mulher com câncer busca, durante as diferentes etapas da sua doença, atribuir algum tipo de significado àquilo que está acontecendo com ela. Isso porque os sentimentos que são trazidos juntamente com o diagnóstico são de natureza negativa, como a culpa

É pertinente destacar que, durante o processo de adoecer, é notável a presença do luto descrito em cinco estágios: *Negação*- não aceitação do diagnóstico; *Raiva*- expressão de frustrações; *Barganha*- negociação da cura; *Depressão*- expressão emocional da nova realidade; *Aceitação*-capacidade de dialogar sobre a doença e a possível morte; *Esperança*-crença na cura (KUBLER-ROSS, 1969). Somado ao luto, há a expressão singular da dor, uma vez que a essência única do ser humano influencia na forma como a dor é sentida, assim, a sua análise deve ser contemplada em visão total abarcando as dores física, emocional, social e espiritual (DAME; SAUNDERS, 1964).

A abordagem multiprofissional é de suma importância para eficácia do modelo biopsicossocial, uma vez que, no ciclo da doença, no período pré-operatório o fisioterapeuta oncológico executa um trabalho de adaptação da paciente que será submetida à mastectomia e de prevenção de sequelas pós-operatórias, esta marcada pelo desenvolvimento de atividades de reabilitação motora, circulatória, nervosa e de reduções de dor (BERGMANN, 2008). Assim, o trabalho fisioterapêutico permite o retorno às atividades ocupacionais, portanto, auxilia na reinserção social da mulher mastectomizada (SILVA et al, 2004). Concomitantemente, o psicólogo oncológico procura manter o bem estar da paciente, por meio da análise, da prevenção e da redução dos fatores emocionais que afetam diretamente a saúde da mulher doente, auxiliando-a na compreensão e ressignificação do processo de adoecer (SEBASTIAN et al, 1996). Sua atuação deve, também, abarcar a família da enferma, uma vez que essa é o principal suporte a mulher durante o ciclo da doença (MARTINS, 1997).

É relevante salientar que, no contexto cultural, as construções sociais acerca das doenças influenciam na forma como a pessoa doente irá vivenciá-la (SKABA ; VIEIRA, 2002). Em nossa sociedade, a estigmatização do câncer como uma doença punitiva, deteriorativa, causadora de dor e morte faz com que o sofrimento da mulher doente ultrapasse o sofrimento físico, alcançando o âmbito psicológico e social, pois comporta significados intrínsecos a identidade feminina, interferindo em todos os aspectos de sua vida (SILVA; LUCIA, 2008).

A mama, simbolicamente é tida como a região do corpo ligada a feminilidade, sedução e maternidade, assim, quando se descobre a neoplasia mamária, a mulher assume uma nova identidade, pois a descoberta de uma doença localizada neste objeto, e a sua possível retirada inviabiliza a expressão da mulher como um ser feminino (SILVA; LUCIA, 2008), pois causa a evasão dos padrões sociais que norteiam tanto ações quanto relações sociais, pré-modelando uma realidade marcada por juízos de valores e comportamentos que irão compor o senso comum (JODELET, 2001). Nessa perspectiva, a perda do órgão representa o questionamento da sua capacidade feminina, gerando incertezas que afetarão diretamente seu comportamento relacionado à sua saúde e, também, ao seu modo de vida

(SILVA; LUCIA, 2008).

Para Kant (1990, p.32), o homem tem a necessidade de satisfazer seus prazeres por meio do juízo do gosto, compreendido pela sensibilidade, imaginação e entendimento mediante ao deleite estético do feminino, assim, perante o belo, o sujeito necessita da aprovação de outros homens sobre a mulher apreciada, por isso, opta por figuras femininas que se enquadrem no corpo dito belo, vale ressaltar que essa concepção é a base da Teoria Kantiana da Beleza. Durante a terapia, além da perda da mama ou de parte dela, os tratamentos complementares podem impor a perda dos cabelos, a parada ou irregularidade da menstruação e a infertilidade, fragilizando ainda mais o sentimento de identidade da mulher (WANDERLEY, 1994). Além disso, a ameaça da mutilação, a dor que envolve o tratamento e a constante presença da consciência da morte não se extingue após a retirada do tumor, pois a sempre a possibilidade da existência de uma célula metastática e de recorrências da doença. (ALMEIDA et al, 2001). É de extrema significância a presença do parceiro sexual durante esses períodos, principalmente, no de reabilitação, pois permite que a mulher se sinta, novamente, feminina perante a figura masculina (BIFFI; MAMEDE, 2004).

O câncer de mama acarreta uma carga de rejeição, nesse aspecto, é imprescindível que a mulher sinta se inserida em um contexto de apoio emocional durante o tratamento e a fase de reabilitação, não permitindo que ela desista. Assim, a família e amigos devem fornecer apoio emocional e psíquico a doente, dessa forma, permitindo que ela se sinta novamente integrada a família, ao trabalho, aos círculos sociais e, em alguns casos, volte a se enxergar como mulher a partir do afeto, acolhimento e compreensão ofertada (BIFFI; MAMEDE, 2004).

É imprescindível a compreensão da visão biopsicossocial que envolve toda a amplitude do câncer de mama, a fim de possibilitar um tratamento pautado na humanização, no resgate da identidade feminina, no apoio multidimensional da equipe de saúde e familiar. Assim, a compreensão do sujeito doente é fundamental para a eficácia do tratamento, pois permite o entendimento da dor, acolhimento e a dignificação da essência feminina que é desestabilizada durante todo o ciclo da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto oncológico a abordagem da mulher a partir de um modelo biopsicossocial permite analisar as representações sociais e as estigmatizações ao redor do câncer de mama e, com base nesta análise permite a discussão e a inclusão de aspectos psicológicos, sociais, espirituais e simbólicos na abordagem dessa doença permitindo que o cuidado da paciente seja pautado em respeito e dignidade a sua humanidade. Cabe salientar que a atuação multidisciplinar da paciente prescinde que a sociedade amplie seu olhar sob políticas oncológicas voltadas às mulheres com neoplasias mamárias. Em outras palavras,

contribua para o deslocamento da exclusividade do foco terapêutico das políticas em saúde atuais predominantemente baseadas no modelo biomédico, para a incorporação de práticas preventivas e medidas de cuidado que contemplem os significados do sujeito demarcados por suas relações sociais e a forma como este se reconhece no mundo, com isto, provendo significado ao momento, validando a dor da paciente e permitindo que haja esperança e conforto durante o tratamento.

REFERÊNCIAS

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Tratamentos de Câncer de Mama**. Disponível: <https://www.cancer.org/about-us/who-we-are.html>. Acesso em 2 junho 2018.

GOMES, Romeu; SKABA, Márcia Marília Vargas Fróes; VIEIRA, Roberto José da Silva. **Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina**. *Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.197-204, 2002. DOI:<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100020>. Acesso em 20 maio 2018.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA) PRÓ-ONCO. **Câncer da mama**. Disponível: <http://www.inca.org.br/etast/tipos/mama.html>. Acesso em 1 junho 2018.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA/MG) PRÓ-ONCO. **Diagnóstico e Tratamento-Estadiamento**. Disponível: <http://www.inca.org.br/tratamento/estadiament>. Acesso em 1 junho 2018.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA) PRÓ-ONCO. **Estimativas 2018**. Disponível: <http://www.inca.org.br/releases/press/estimativa-2018.html>. Acesso em 1 junho 2018.

KUBLER- ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 8 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 278 p. Acesso em 24 maio 2018.

SALES, Cibele Alves Chapadeiro et al. **Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social**. *Revista Brasileira de cancerologia*, Vitória, v.47, p.263-272, 2001. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2001v47n3.2304>. Acesso em 18 maio 2018.

SANTOS, Daniela Barsotti; VIEIRA, Elisabeth Meloni. **Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura**. *Ciência e saúde coletiva*, Ribeirão Preto, v.16, n.5, p.2511-2522, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500021>. Acesso em 16 junho 2018.

SILVA, Lucia Cecilia da. **Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino**. *Psicologia em estudo*, Maringá, v.13, n.2, p.231-237, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200005>. Acesso em 10 junho 2018.

VIEIRA, Carolina Pasquete; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes SHIMO; Antonieta Keiko Kakuda. **Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama**. *Revista escola de enfermagem USP*, São Paulo, v.41, n.2, p.311-316, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000200020>. Acesso em 18 maio 2018.

CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE TRABALHADORES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

Data de submissão: 10/03/2023

Data de aceite: 03/04/2023

Thalita Dolores dos Santos Gomes

Universidade Estadual do Paraná -
UNESPAR/Paranavaí – PR
<http://lattes.cnpq.br/5497943502302531>

Igor Fernando Neves

Centro Universitário Unifatecie -
Unifatecie/Paranavaí – PR
<https://lattes.cnpq.br/2389261417098846>

Célia Maria Gomes Labegalini

Universidade Estadual do Paraná -
UNESPAR/Paranavaí – PR
<http://lattes.cnpq.br/0026263831825992>

Heloá Costa Borim Christinelli

Universidade Estadual do Paraná -
UNESPAR/Paranavaí – PR
<http://lattes.cnpq.br/7222741015173387>

Dandara Novakowski Spigolon

Universidade Estadual do Paraná -
UNESPAR/Paranavaí – PR
<http://lattes.cnpq.br/1655443191957455>

Kely Paviani Stevanato

Universidade Estadual do Paraná -
UNESPAR/Paranavaí – PR
<http://lattes.cnpq.br/3877090200945626>

Maria Antônia Ramos Costa

Universidade Estadual do Paraná -
UNESPAR/Paranavaí – PR
<http://lattes.cnpq.br/8519325093149115>

Maria Gabriela Cordeiro Zago

Universidade Estadual do Paraná -
UNESPAR/Paranavaí – PR
<https://lattes.cnpq.br/7990034481978452>

Verônica Francisqueti Marquete

Universidade Estadual do Paraná -
UNESPAR/Paranavaí – PR
<http://lattes.cnpq.br/2902708186151648>

Eduardo Rocha Covre

Universidade Estadual do Paraná -
UNESPAR/Paranavaí – PR
<http://lattes.cnpq.br/5630676970912263>

Silvia Marini

Universidade Estadual do Paraná -
UNESPAR/Paranavaí – PR
<http://lattes.cnpq.br/2359685401171107>

Tereza Maria Mageroska Vieira

Universidade Estadual do Paraná -
UNESPAR/Paranavaí – PR
<http://lattes.cnpq.br/8395423281515550>

RESUMO: Objetivo: Analisar os hábitos de vida e saúde dos trabalhadores de uma instituição pública de ensino superior. **Metodologia:** Estudo analítico, epidemiológico descritivo, com caráter quantitativo, realizado com 44 indivíduos,

colaboradores de uma instituição pública de ensino superior localizada em um município da região noroeste do Paraná. A coleta dos dados foi realizada no mês de maio de 2020, por meio de questionário semiestruturado, os dados foram submetidos a análise estatística descritiva. Seguiram-se os preceitos éticos. **Resultados:** Os participantes são predominantemente do sexo feminino (80%), com idade média de 35 anos. A função predominante é a de docente (82%), possuem doutorado (38,6%) e mestrado (38,6%), e trabalham em tempo integral (82%). Em relação a saúde, 59% estão eutróficos, 38,6% consideram o estado de saúde como “Bom” e 70,5% consideram que cuidam de sua saúde. No que concerne o uso das tecnologias, 97,7% utilizam-se de computadores e 79,5% utilizam-se de celular. Durante as atividades de trabalho, 95,5% fazem uso da ferramenta *e-mail* e durante as atividades de lazer 88,6% utilizam-se dos aplicativos *móvil*. Todo o grupo pesquisado possui acesso facilitado à internet no ambiente de trabalho e doméstico. **Considerações finais:** Os participantes são do sexo feminino e apresentam, em sua maioria, hábitos de vida saudáveis, entretanto, uma parcela significativa precisa de ações educativas a fim de melhorar o auto cuidado, bem como organizar o uso de tecnologias, as quais podem afetar o desempenho profissional e pessoal.

PALAVRAS-CHAVE: Hábitos de vida, Trabalhadores, Ensino Superior.

LIVING CONDITIONS AND HEALTH OF WORKERS OF A PUBLIC UNIVERSITY

ABSTRACT: Objective: To analyze the life and health habits of workers in a public institution of higher education. **Methodology:** Analytical, epidemiological descriptive, quantitative study, conducted with 44 individuals, collaborators of a public institution of higher education located in a municipality in the northwest region of Paraná. Data collection was performed in May 2020, through a semi-structured questionnaire, and the data were submitted to descriptive statistical analysis. The ethical precepts followed. **Results:** The participants are predominantly female (80%), with a mean age of 35 years. The predominant function is that of professors (82%), have a doctorate (38.6%) and a master's degree (38.6%), and work full-time (82%). Regarding health, 59% are eutrophic, 38.6% consider health status as “Good” and 70.5% consider that they take care of their health. Regarding the use of technologies, 97.7% use computers and 79.5% use mobile phones. During work activities, 95.5% use the e-mail tool and during leisure activities 88.6% use mobile applications. The entire researched group has easy access to the Internet in the work and home environment. **Final considerations:** The participants are female and have, for the most part, healthy lifestyle habits, however, a significant portion of educational actions in order to improve self-care, as well as organize the use of technologies, which can affect professional and personal performance.

KEYWORDS: Lifestyles, Workers, Higher Education.

INTRODUÇÃO

Qualidade de vida é uma terminologia que vem sendo discutida eventualmente no sentido de valorizar parâmetros mais amplos, tais como aumento da expectativa de vida. O conceito de qualidade de vida difere muito de autor para autor, porém podemos destacar alguns contextos que muitas vezes são adotados como sinônimos, sendo eles: saúde,

felicidade, satisfação pessoal, condições de vida e estilo de vida ⁽¹⁾.

Assim, a compreensão de qualidade de vida vem se ramificando e atualmente discute-se a qualidade de vida no trabalho (QVT) onde se destacam dois importantes aspectos: a preocupação com o bem-estar do trabalhador e com a eficácia organizacional; e participação dos trabalhadores nas decisões e problemas do órgão empregador ⁽²⁾.

No ambiente de trabalho, qualidade de vida, pode relacionar-se ao cuidado da instituição com o bem-estar físico e psicológico dos colaboradores, sendo que isso reflete conseqüentemente na sua produtividade profissional e pessoal ⁽³⁾. Na medida que a satisfação de bem-estar no trabalho quando comparada a vida pessoal do indivíduo, convergem no mesmo caminho, podem refletir no ambiente empregatício ⁽²⁾.

Por meio da óptica do bem-estar geral do trabalhador, afirma-se que a QVT apresenta um enfoque biopsicossocial, ou seja, atua nas questões biológicas, psicológicas e sociais ⁽³⁾. Em virtude disso, todo o trabalho exige uma certa quantidade de energia física e psíquica chamada de força do trabalho, quando o colaborador não está bem ou satisfeito com o que executa, essas energias são diminuídas, podendo ocasionar em um trabalhador desmotivado e depressivo, ocasionando o desenvolvimento de doenças ou agravamento de patologias já existentes ⁽²⁾.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o ambiente ocupacional saudável, é um local em que todos trabalham em prol de uma visão comum de saúde e bem-estar. Com o aumento demasiado do processo de trabalho, os trabalhadores são expostos a diversas situações de risco para a saúde tais como: estresse, problemas ergonômicos, movimentos repetitivos, os quais proporcionam um desconforto muscular e postural trazendo prejuízos nos marcadores de saúde ⁽⁶⁾.

As atividades físicas se praticadas regularmente, podem trazer inúmeros benefícios, podendo atuar também na prevenção e no tratamento de distúrbios psicológicos, na promoção da saúde mental e psíquica, através da melhoria do humor e do autoconceito, maior estabilidade emocional, controle do estresse, redução da ansiedade, maior auto eficácia e da depressão ⁽⁷⁾.

Dessa forma, compreender os hábitos de vida e de saúde de profissionais de uma instituição de ensino superior, bem a intensificação do uso de tecnologias em suas práticas profissionais, intensificado pela pandemia, é uma maneira de identificar fatores de risco à saúde e propor ações que melhorem a qualidade de vida no trabalho, compromisso das instituições empregadora, o qual reverte em benefícios para o próprio trabalho. Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi analisar. As atividades físicas se praticadas regularmente, podem trazer inúmeros benefícios, podendo atuar também na prevenção e no tratamento de distúrbios psicológicos, na promoção da saúde mental e psíquica, através da melhoria do humor e do autoconceito, maior estabilidade emocional, controle do estresse, redução da ansiedade, maior auto eficácia e da depressão ⁽⁷⁾.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo analítico, epidemiológico descritivo, com caráter quantitativo. A amostra, por conveniência, compreendeu em 44 indivíduos, vinculados a uma instituição de ensino superior pública de um município da região noroeste do Paraná.

Os critérios de inclusão foram: atuar na instituição de ensino, entre funcionários efetivos, colaboradores e terceirizados; estarem disponíveis para responderem o questionário on-line.

A coleta dos dados foi realizada no mês de maio de 2020, por meio de um questionário semiestruturado (Anexo B) aplicado por meio da plataforma *Google Forms*[®], instituindo um prazo máximo de retorno de até 07 (sete) dias após a distribuição do questionário via aplicativo mobile de comunicação.

As variáveis de interesse pesquisadas foram: dados sócios demográficos, econômicos, condições de saúde, hábitos de vida e uso de tecnologias no ambiente de trabalho e lazer.

Para o cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC), foram determinados o peso e a altura referidos pelos pesquisados ao preenchimento do questionário. Considerou-se magreza o sujeito com $IMC < 18,5$, quando o IMC esteve entre 18,5 e 24,9 considerou-se o usuário com normalidade. Para valores de 25-29,9 ou ≥ 30 , os indivíduos foram classificados com sobrepeso, e entre 30,0-39,9, classificados como obesidade, respectivamente.

Os dados coletados foram exportados para planilha do *Microsoft Excel*[®], versão 2016, em seguida submetidos a análise descritiva simples, organizados em tabelas simples e contingenciais.

A pesquisa desenvolveu-se seguindo os preceitos embasados nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS 466/2012), após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR), registrado com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE: 31076620.0.0000.9247), e parecer de aprovação nº 4.014.502, de 07/05/2020.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos e econômicos do grupo analisado, compreendendo um total de 44 participantes, com predominância do sexo feminino na faixa etária de 25-44 anos. Atuam na docência em turno integral, e possuem alta escolaridade. Os participantes apresentam-se nos estratos socioeconômicos A e B, alto poder aquisitivo.

	Variáveis	N	(%)
Sexo	Feminino	36	81,8
	Masculino	8	18,2
Idade	15-24 anos	5	11
	25-44 anos	30	68
	45-59 anos	7	16
	60-90 anos	2	5
Função	Docente	36	82
	Estagiário	6	14
	Agente operacional	2	4
Turno de trabalho	Integral	36	81,8
	Noturno	7	15,9
	Vespertino	1	2,3
Escolaridade	Doutorado	17	38,6
	Mestrado	17	38,6
	Graduação	4	9,1
	Ensino médio	3	6,8
	Especialização	2	4,5
	Pós-doutorado	1	2,3
Possui casa própria	Sim	27	61,4
	Não	17	38,6
Moradores no domicílio	1-2 pessoas	14	32
	3-4 pessoas	28	64
	5 ou mais pessoas	2	4
Renda Familiar	Até 2 salários	4	9
	3-5 salários	12	27
	5-10 salários	17	39
	Mais de 10 salários	11	25

Tabela 1 - Distribuição e percentual dos participantes quanto às variáveis sócio demográficos e econômicos. Paranavaí, PR, Brasil, 2020.

Fonte: os autores (2020).

Na avaliação do IMC a maioria dos participantes estão com o índice normal, contudo destaca-se que cerca de 40% estão acima do peso ou com obesidade.

Os participantes consideram sua saúde, saúde boa ou muito boa, e declaram realizar ações de auto-cuidado, frequentam regularmente médicos e possuem plano de saúde ou convênio médico (Tabela 2).

No que diz respeito a doenças crônicas 23 (52%) alegam não possuírem. Os demais 21 (48%) possuem: diabetes, doenças cardiovasculares, obesidade, transtornos mentais e doenças respiratórias. Relatam utilizar medicamentos das classes dos anti-inflamatórios,

diuréticos, hipoglicemiantes, pílulas contraceptivas, benzodiazepínicos e antidepressivos.

	Variáveis	N	(%)
Índice de Massa Corpórea	Normal	26	59
	Sobrepeso	15	34
	Obesidade	3	7
Classificação pessoal do estado de saúde	Muito bom	14	31,8
	Bom	17	38,6
	Regular	13	29,5
Nível de autocuidado	Sim	31	70,5
	Não	13	29,5
Periodicidade de consulta médica	A cada 6 meses	17	38,6
	1 vez ao ano	17	38,6
	Quando tem problema de saúde	10	22,7
Plano de saúde ou convênio médico	Sim	30	68,2
	Não	14	31,8
Doença crônica	Sim	21	48
	Não	23	52
Uso medicamento contínuo	Sim	19	43,2
	Não	25	56,8
Tabagista	Sim	2	4,5
	Não	42	95,5

Tabela 2 - Distribuição e percentual dos participantes quanto às condições de saúde relatadas. Paranaíba, PR, Brasil, 2020.

Fonte: os autores (2020).

Em relação aos hábitos alimentares dos pesquisados (Tabela 3), a maioria não troca refeições por lanches no almoço, esse é um hábito mais comum no jantar, mas poucas vezes na semana; e referem consumir sal de forma moderada. Ainda os participantes referem ser sedentários, e não utilizam bicicleta como meio de transporte para o trabalho.

Variáveis		N	(%)
Em quantos dias da semana você costuma trocar a comida do almoço por lanches?	1-2 dias	4	9,1
	3-4 dias	0	0
	5-6 dias	2	4,5
	Todos os dias	0	0
	Nunca	38	86,4
Em quantos dias da semana você costuma trocar a comida do jantar por lanches?	1-2 dias	26	59,1
	3-4 dias	5	11,4
	5-6 dias	0	0
	Todos os dias	3	6,8
	Nunca	10	22,7
Seu consumo de sal é	Muito alto	1	2,3
	Alto	8	18,2
	Adequado	22	50
	Baixo	8	18,2
	Muito baixo	5	11,4
	Não sabe	1	2,3
Quantos dias da semana você pratica atividade física	1-2 dias	9	20,5
	3-4 dias	6	13,6
	5-6 dias	5	11,4
	7 dias	1	2,3
	Nunca	23	52,3
Tempo de prática das atividades físicas	<1 hora	26	59,1
	1-2 hora	16	36,4
	2-3 hora	1	2,3
	3-4 hora	0	0
	>4 horas	1	2,3
Para ir ou voltar ao trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta	Sim, todo o trajeto	0	0
	Sim, parte do trajeto	3	6,8
	Não	41	93,2

Tabela 3- Distribuição e percentual dos participantes quanto aos hábitos de vida relatados. Paranavaí, PR, Brasil, 2020.

Fonte: os autores (2020).

O uso de tecnologias para a realização das atividades de trabalho e lazer, foi inquirido a fim de compreender sua utilização, intensificada pela pandemia, o qual pode influir na saúde dos indivíduos. Nesse sentido, a maioria dos (n=43 / 97,7%) participantes referem utilizar o computador ou *notebook* para realizarem suas atividades profissionais, em seguida o celular (n=35 / 79,5%). No uso das ferramentas de trabalho 42 (95,5%) manuseiam o *E-mail*, aplicativos *mobile* 34 (77,3%) e uso de *softwares* e/ou programas com 32 (72,7%) dos pesquisados.

A tecnologia utilizada nos momentos de lazer houve a predominância no uso do celular, com 40 (90,9%), principalmente os aplicativos *mobile* 39 (88,6%), sendo o aplicativo móvel de comunicação mais utilizado o *Whatsapp Messenger* (n=40 / 90,9%). Todos os pesquisados dispõem de *internet* 44 (100%) no domicílio.

DISCUSSÃO

Diante dos resultados apresentados, é possível apreender que as características sociodemográficas têm por predominância o sexo feminino, corroborando com os estudos de Araújo ⁽¹⁰⁾ que totalizam 80% de mulheres docentes, valor próximo a dois milhões e meio de profissionais do sexo feminino.

Visto isto, as rotinas de trabalho das mulheres confrontam com a sobrecarga de atividades domésticas, ocasionando em uma dupla responsabilidade, exigindo constante movimento para equacionar e atender adequadamente as exigências e demandas dos tempos no trabalho remunerado e familiar. Da Costa ⁽¹¹⁾ em seu estudo diz que, o acesso das mulheres ao campo educacional vem se fortalecendo, e elas possuem maior índice de inserção, permanência e conclusão dos anos de estudo do que os homens, e que a família ocupa grande parte das preocupações do universo das mulheres, em especial, no que se refere à qualidade de vida que elas esperam proporcionar aos filhos.

No intuito de satisfazer tais aspirações e alcançar esses objetivos, as mulheres são levadas a adotarem ritmo demasiado estressante em suas vidas, o que interfere profundamente em sua qualidade de vida. A alta tensão e conflitos gerados nas vivências das mulheres, trazem consonância a evidências que a população do sexo feminino tende a desenvolver com maior frequência possíveis doenças devido a grandeza de atividades laborais e domésticas ⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Corroborando com os estudos de Meyer ⁽¹²⁾ que afirma que a figura da mulher ao inserir-se no mundo do trabalho, pode-se transformar numa dupla ou tripla jornada de trabalho, caracterizando uma intensificação laboral.

Notou-se o predomínio de pesquisados com idade média de 35 anos, diante disto podemos considerar que os pesquisados pertencem a população de jovens/adultos. Relacionando-os com uma sobrecarga de atividades em turno integral, ocasionando o processo de envelhecimento precoce, confrontando com a pesquisa de Aires ⁽¹³⁾ onde cita que o estilo de vida adotado irá definir a qualidade do envelhecimento.

Dessa forma a realização de uma alimentação adequada e o tempo gasto com atividades físicas, sociais e pessoais influencia de forma positiva tanto no funcionamento físico como o mental do indivíduo ⁽¹³⁾.

Quanto ao nível de qualificação verificou-se que a maioria possui especialização *strictu-sensu*, comparando-se ao excesso das atividades de pós-graduação, podendo levar os profissionais a desenvolverem ou gerar o agravamento de doenças. Cortez ⁽¹⁴⁾ em

sua pesquisa, ratifica sobre o processo de saúde-doença vivenciado pelos professores, e afirma que essa preocupação e articulação entre saúde, subjetividade e contexto-social é evidenciada ainda pelos principais objetivos dos estudos.

Estes articulam ambiente de trabalho, adoecimento, sintomas vocais e estresse com fatores mais amplos, como a qualidade de vida, o que permite inferir o quanto o trabalho é compreendido nas investigações como um dos determinantes sociais do processo de saúde-doença ⁽¹⁴⁾.

Ainda, salas superlotadas, a escassez de recursos materiais, a falta de apoio técnico, bem como as pressões advindas das relações interpessoais fazem da docência uma profissão dinâmica e estressora, tornando-a uma profissão de alto risco. Esses desafios provenientes da dinâmica laboral configuram-se como fatores que favorecem o desenvolvimento da Síndrome de Burnout ⁽¹⁵⁾. O processo de desenvolvimento da Síndrome é entendido como um fenômeno individual, ainda que este se dê pelo estresse advindo das relações interpessoais, e só é percebido pelas pessoas do convívio diário.

O trabalho docente deve estar constantemente em sincronia com as informações atuais e sempre em busca de novos conhecimentos, pois todas as informações adquiridas agregam para que posteriormente possam ser transmitidas para outras pessoas, assim proporcionando novos conhecimentos para ambos ⁽¹⁵⁾.

Estudos ⁽¹⁶⁾ revelam que há profissionais que não consideram os fatores estressores como fator impactante no desempenho profissional, embora muitos destes os consideram como evento principal. Levando em consideração algumas variáveis que cada pessoa tem ao estresse, como susceptibilidade, vulnerabilidade e habilidade de como cada um administra esses fatores e/ou mesmo controla a intensidade destes, as características pessoais e ambientais também podem interferir na rotina diária de trabalho, ou seja, a própria questão da desvalorização da profissão dos docentes que atuam na Educação Superior afetaria a todos, embora existam ainda aqueles que não julgam serem desvalorizados.

Pesquisas apontam que as mudanças ocorridas no setor educacional do Brasil fizeram com que o papel do professor extrapolasse a sala de aula, já que o mesmo se envolve em atividades como, participação na gestão escolar e interlocução junto às famílias dos alunos. Dessa forma faz com que o docente ultrapasse a sua rotina diária de trabalho, levando as atividades da sala de aula para fora do âmbito do escolar, acarretando o surgimento do estresse e a possível Síndrome de Burnout ⁽¹⁵⁾.

No que concerne ao regime de trabalho o turno preeminente é o integral, comparando-se aos estudos de Reis ⁽¹⁷⁾ em que ratifica a relação com o excesso de carga horária à falta de realização de atividades de lazer como as práticas de atividades físicas, afazeres domésticos e cuidados com a saúde, sendo estes em quantidade reduzida, facilitadores para um estilo de vida sedentário, potencializando o desenvolvimento ou agravamento de doenças.

No que diz respeito à situação socioeconômica, os participantes do estudo informaram

renda média entre cinco e dez salários-mínimos, deferindo a pesquisa de Reis ⁽¹⁷⁾ que cita sobre a relação do ganho mensal à melhoria da autoestima e motivação no ambiente de trabalho, refletindo a satisfação pessoal e melhoria das condições de vida. Comparando-se com estudos de Gomes ⁽¹⁸⁾, a QVT está diretamente ligada às necessidades humanas e sua satisfação, incluindo sentimentos, percepção, recursos materiais e condições dignas de trabalho.

Através das variáveis peso e altura, notou-se que em sua maioria, os participantes apresentaram Índice de Massa Corpórea (IMC) dentro dos padrões do Ministério da Saúde ⁽⁹⁾, opoente aos estudos de Reis ⁽¹⁷⁾, que apresenta em sua totalidade participantes com alterações no IMC, relacionando-o com doenças crônicas não degenerativas. Santana ⁽¹⁹⁾ apresenta em sua pesquisa que um total de 56 milhões de mortes ocorreram em todo o mundo durante o ano de 2012, sendo 38 milhões atribuídas a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). No Brasil, cerca de 72% do total de óbitos foi atribuído às DCNT, destacando-se as doenças cardiovasculares (DCV), as neoplasias, as doenças respiratórias e o diabetes.

Mediante aos dados apresentados, 70,5% dos pesquisados estimam zelar pela sua saúde, ratificando com os estudos de Aires ⁽¹³⁾, onde associa que o estilo de vida adotado refletirá na qualidade de vida pessoal e no processo de envelhecimento. Corroborando com o artigo de Alves ⁽²⁰⁾, o processo de envelhecimento humano revela-se complexo, por não estar unicamente relacionado com os anos vividos ou com as transformações que ocorrem no organismo, mas também com o modo como esse tempo é vivido pelas pessoas. Ainda, a realização de uma alimentação adequada e a dedicação com atividades físicas, sociais e pessoais, influenciam de maneira positiva para o bem-estar físico e mental do indivíduo.

No que tange ao uso de tecnologias nas atividades de trabalho e lazer, a maioria dos participantes utilizam-se de computadores ou *notebooks* e *e-mails*, ratificando os achados de Rocha ⁽²¹⁾ que demonstram que as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) têm grande influência no processo de trabalho, possibilitando acesso vertiginoso as informações, cooperando para o processo de ensino e aprendizagem.

Oliveira ⁽²²⁾ retrata em seu estudo que as (TICs) faz-se necessário, assim, uma formação continuada dos docentes para que possam utilizar as novas Tecnologias da Informação e Comunicação como ferramentas de apoio pedagógico em sala de aula.

O uso da tecnologia vem se expandindo constantemente e se torna mais presente no cotidiano, proporcionando acesso em tempo real às atuais informações, ampliando as possibilidades de conhecimento e aprimoramento dos processos de trabalho. Ratificando com os estudos ⁽²³⁾, onde apresentam que a tecnologia na educação pode se tornar uma grande facilitadora dos métodos empregados dentro da sala de aula, devemos saber dosar o seu uso para que ela não se torne apenas uma ferramenta isolada, mas sim um componente do processo de aprendizagem, no qual professor e aluno se sintam beneficiados com os recursos e aparatos utilizados.

CONCLUSÃO

Este estudo apreendeu os hábitos de vida dos trabalhadores de uma instituição pública de ensino, assim, identificou-se que trata de um público feminino, adulto jovem, com alta escolaridade e classe média; que atuam na docência em tempo integral. Possuem comorbidades crônicas e fazem uso de medicamentos controlados.

Em relação aos hábitos de vida, não praticam atividades físicas diariamente e não possuem uma boa alimentação. Ainda os dados indicam que a sobrecarga das atividades principalmente em relação aos participantes do sexo feminino interfere no processo de saúde/doença. Estimulando o desenvolvimento de doenças, devido ao excesso de afazeres laborais e/ou domésticos, e que outros fatores como a falta de tempo para a prática de atividades de lazer. Esses hábitos podem interferir no processo de adoecimento, envelhecimento e desenvolvimento de morbididades.

Neste contexto o estudo apresenta de forma descritiva as condições de vida e saúde dos professores dessa instituição, tais dados podem contribuir posteriormente com novos estudos, com o intuito de melhorar o bem-estar, proporcionar atividades de lazer, atividade física e alimentação saudável da comunidade acadêmica. Promovendo assim, qualidade de vida tanto no espaço de trabalho e na vida pessoal.

REFERÊNCIAS

- 1-Salgado RD, Siqueira SS, Salgado TC. Qualidade de vida do estudante trabalhador: uma. Ministério da educação secretaria de educação, profissional e tecnológica instituto federal de educação, ciência e tecnologia do Piauí, **REVISTA SOMMA**. 2017; v.2, n. 2, p.35-46.
- 2- Boas, A. A. V., de Sousa Pires, A. A., Faria, D. A., & Morin, E. M. Indicadores de qualidade de vida no trabalho de docentes de instituições federais de ensino superior das regiões Sudeste, Centro-Oeste e Distrito Federal. **Brazilian Applied Science Review**, 2018; 2(1), 19-51.
- 3-Santos, V.L.P., et al. Estudo da qualidade de vida no trabalho de professores do ensino superior. **Revista Intersaberes**, 2019 v.14, n. 31, p. 187-197.
- 4-Araújo, L.S.A, Santos, B.R, Freitas, L.G. Impacto das ações formativas no uso de tecnologias nas práticas docentes. **Psicologia: Teoria e Prática**. 2017v. 19, n.3, p. 316-334.
- 5-Pereira, J.C. et al. Sistema nervoso e endócrino: uma integração que mantém a vida. *Revista InterSaúde*. 2019 v. 1, n. 1, p. 22-36.
- 6-Reis, S.A.M.,et al. **Programa de saúde e qualidade de vida do trabalhador do campus muzambinho: perfil de marcadores de saúde**. 2017.
- 7-Beck, M.L.Grassi; Magalhães, Josiane. **Exercícios físicos e seus benefícios à saúde mental: interseções entre a educação física e a psicologia**. Cuiabá: Universidade do Estado de Mato Grosso-Unemat Editora, 2017,p. 129-148.

8-Blascovi-Assis, S.M., Endorfinas: conceitos básicos e relações com a imunologia e a reabilitação. **Fisioterapia Brasil**, 2019. v. 4, n. 5, p. 364-368.

9-Brasil. **IMC em adultos**. Ministério da saúde. 2020. Acesso em 20 de julho de 2020. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/component/content/article/804-ime/40509-ime-em-adultos>

10-Araújo, T.M. P, P.S.; Masson, M.L.V.Trabalho e saúde de professoras e professores no Brasil: reflexões sobre trajetórias das investigações, avanços e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, 2019, v. 35, p. e00087318.

11-Da Costa, F.A. Mulher, trabalho e família: os impactos do trabalho na subjetividade da mulher e em suas relações familiares. **Pretextos**-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, 2018 v. 3, n. 6, p. 434-452.

12-Meyer, A.V.T.L., et al. **Trabalho Doméstico E Empreendedorismo: A Intensificação Laboral Das Donas-De-Casa Domestic Work And Entrepreneurship: The Work Intensification Of The Housewives**. 2019.

13-Aires, I.O., et al. Consumo alimentar, estilo de vida e sua influência no processo de envelhecimento. **Research, Society and Development**, 2019, v. 8, n. 11, p. 31.

14-Cortez, P.A., et al. A saúde docente no trabalho: apontamentos a partir da literatura recente. **Cadernos Saúde Coletiva**, 2017, v. 25, n. 1, p. 113-122.

15-Vidal, E.R.S., Síndrome de Burnout em Professores. **Pedagogia em Ação**, 2017, v. 9, n. 1, p. 39-46.

16-Timm, J.W., et al. **O ciclo de vida profissional na docência no Stricto Sensu em educação: o sentido, o significado e a percepção do bem/mal-estar a partir de narrativas (auto) biográficas**. 2018.

17-Reis, A.S.F., et al. Avaliação da influência do nível de atividade física na qualidade de vida do professor universitário. **Arquivos de Ciências da Saúde**, 2017, v. 24, n. 1, p. 75-80.

18-Gomes, K.K., et al. Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho em docentes da saúde de uma instituição de ensino superior. **Rev. bras. med. Trab**, 2017, v. 15, n. 1, p. 18-28.

19-Santana, J.O.; Peixoto, S.V. Inatividade física e comportamentos adversos para a saúde entre professores universitários. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, 2017, v. 23, n. 2, p. 103-108.

20-Alves, Kelly; Lopes, Amélia; Pereira, Fernando. **O efeito do envelhecimento nas práticas profissionais: perspectivas dos professores do pré-escolar ao secundário no contexto português**. In: Ciências, culturas e cidadanias: atas do XIV Congresso da SPCE. 2019.

21-Rocha, J.D.T.; Nogueira, C.R.M. Formação Docente: uso das tecnologias como ferramentas de interatividade no processo de ensino. **Revista Observatório**, 2019, v. 5, n. 6, p. 578-596.

22-Oliveira, K.R.M.; Bento, M.C.M. Tecnologias da informação e comunicação e a formação continuada de professores: estudo de caso. **Estudos Interdisciplinares em Educação**, 2019, v. 1, n. 6.

23-Barroso, Felipe; Antunes, Mariana. Tecnologia na educação: Ferramentas digitais facilitadoras da prática docente. **Revista Pesquisa e Debate em Educação**, 2016, v. 5, n. 1.

PERSPETIVAS SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE NUMA COMUNIDADE DE BOMBEIROS

Data de aceite: 03/04/2023

Aida da Conceição Cruz do Carmo

Enfermeira; Administração Regional de Saúde do Alentejo - Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central; Évora; Portugal

Maria Laurência Grou Parreirinha Gemito

Professora; Universidade de Évora – Departamento de Enfermagem. Investigadora do Comprehensive Health Research Centre (CHRC); Évora; Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-9254-6083>

Anabela Pereira Coelho

Professora; Universidade de Évora – Departamento de Enfermagem. Investigadora do Comprehensive Health Research Centre (CHRC); Évora; Colaboradora no H&TRC- Health & Technology Research Center, ESTeSL- Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Instituto Politécnico de Lisboa; Global Health and Tropical Medicine, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade NOVA de Lisboa; Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-1750-1229>

Felismina Rosa Parreira Mendes

Professora; Universidade de Évora – Departamento de Enfermagem. Investigadora do Comprehensive Health Research Centre (CHRC); Évora; Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-9518-2289>

Isaura da Conceição Cascalho Serra

Professora; Universidade de Évora – Departamento de Enfermagem; Portugal.
<https://orcid.org/0000-0002-1225-6631>

Ermelinda do Carmo Valente Caldeira

Professora; Universidade de Évora – Departamento de Enfermagem. Investigadora do Comprehensive Health Research Centre (CHRC); Évora; Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-1949-9262>

RESUMO: Introdução: O estado de saúde, pode ser modificado pelo estilo de vida. Os bombeiros têm uma elevada prevalência de fatores de risco de doenças cardiovasculares, sendo esta uma profissão que lida, diariamente, com situações de stress. Os projetos de promoção da saúde e adoção de estilos de vida saudáveis, através da literacia em saúde, promovem a

capacitação das populações para a prevenção da doença e promoção da saúde. **Objetivo:** Avaliar os comportamentos de saúde de uma comunidade de bombeiros. **Metodologia:** Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa. A população é constituída por 44 bombeiros. Foram aplicados 2 questionários um relacionado com atitudes e comportamentos de saúde e outro sobre stress nos bombeiros. **Resultados:** Os inquiridos são 81,8% do sexo masculino, 15,9% do sexo feminino e 2,3% optou por não responder. A faixa etária prevalente é entre 29 e 38 anos de idade. No Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde, realça-se a dimensão relacionada com a prática de exercício físico, em que as respostas baseadas no critério “quase sempre” e “com muita frequência”, somaram apenas 11,50%. Relativamente aos cuidados com a alimentação, em termos de planificação da dieta alimentar, 25% dos inquiridos respondeu não o fazer. No Questionário de Stress em Bombeiros, a dimensão lidar com pessoas, mostrou-se ser a mais geradora de stress para 97,25% dos inquiridos. **Conclusão:** Deste estudo conclui-se haver necessidade de intervenção ao nível dos estilos de vida, de forma a que sejam implementadas medidas para o reforço da importância de uma alimentação saudável, dos benefícios do exercício físico e também de como cuidar da saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da saúde; Bombeiros; Educação para a Saúde; Intervenção Comunitária.

PERSPECTIVES ON HEALTH PROMOTION IN A COMMUNITY OF FIREFIGHTERS

ABSTRACT: Introduction:The Health status, can be modified by lifestyle. Firefighters have a high prevalence of risk factors for cardiovascular diseases, and deals, daily, with stressful situations. The implementation of health promotion and healthy lifestyles projects, through health literacy, contribute to more empowered populations. **Objective:** To evaluate the health behaviours in a community of firefighters. **Methodology:** Cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. The population consists of 44 firefighters. Two questionnaire surveys were applied, the health attitudes and behaviours questionnaire and the stress questionnaire in firefighters. **Results:** The respondents are distributed as 81.8% male, 15.9% female and 2.3% chose not to answer. The prevalent age group is between 29 and 38 years of age. In the Questionnaire of Attitudes and Health Behaviours, the dimension related to the practice of physical exercise stands out, based on the criteria “almost always” and “very often”, totalled, 11.50% of the answers. Regarding the care with food, in terms of planning the diet the answer obtained was 25% for whom doesn't plan it.. In the Questionnaire of Stress in Firefighters, the dimension dealing with people proved to be the most stressful, with 97.25% of the answers. **Conclusion:** This study highlights the need to intervene at the lifestyles level, so that measures are implemented to reinforce the importance of a healthy diet, the importance and benefits of physical exercise, and also how to take care of mental health.

KEYWORDS: Health promotion; Firefighters; Health education; Community intervention.

1 | INTRODUÇÃO

As doenças crónicas não transmissíveis, são uma das principais causas de morte

no mundo destacando-se, de acordo com os dados da OMS, a doença cardíaca, como a principal causa de morte nos últimos 20 anos e cujos dados evidenciam um aumento em cerca de 7 milhões⁽¹⁾.

O aumento dos fatores de risco modificáveis, como o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física/sedentarismo, o abuso do álcool e também o stress psicossocial, gerido de uma forma inadequada, podem originar aumento da tensão arterial, hipercolesterolemia e obesidade, que conseqüentemente, levam a doença cerebrovascular, cardiovascular, metabólica e a doenças do foro respiratório⁽²⁾.

Em Portugal, foi realizado em 2015, o primeiro inquérito nacional de saúde com exame físico, no qual se evidenciou que os inquiridos tinham idades compreendidas entre o 25 e os 74 anos, 36% apresentavam hipertensão arterial, 28,7% obesidade e 9,8% diabetes⁽³⁾. Neste mesmo relatório, verificou-se que, a região Alentejo tinha uma prevalência de hipertensos de 37,9%⁽³⁾. De salientar que no inquérito nacional de saúde, realizado entre dezembro de 2019 e janeiro de 2020, o excesso de peso, na população com 18 e mais anos de idade, situa-se nos 36,4%, os níveis de obesidade em 16,4%. Observou-se também que 65,6% da população com 15 ou mais anos de idade, não praticava qualquer atividade desportiva de forma regular e 8% da população, também com 15 ou mais anos, já apresentava sintomas depressivos⁽⁴⁾.

Assim, é neste contexto populacional que vamos situar o profissional bombeiro, reconhecendo, desde já, os elevados riscos para a saúde a curto, médio e longo prazo⁽⁵⁾, destacando-se, de entre eles, o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, doenças do sistema músculo-esquelético ou mesmo neoplasias⁽⁵⁾. Os bombeiros estão expostos a diversos fatores de risco, como sejam, o trabalho por turnos, a responsabilidade inerente à sua atuação, elevados níveis de stress quando têm de tomar decisões sob pressão, bem como a exposição a incidentes críticos potencialmente traumáticos, que podem provocar alterações do bem-estar psicológico, nomeadamente, o socorro de vítimas mortais, acidentes com crianças, incidentes com pessoas conhecidas ou colegas com lesão grave ou mesmo mortal⁽⁶⁾.

Um estudo realizado com bombeiros profissionais nos Estados Unidos da América, em 2020, revela que as paragens cardiorrespiratórias são a principal causa de morte em serviço para os bombeiros⁽⁶⁾. Dados recentes sugerem que a prevalência de bombeiros obesos e com excesso de peso, excede a da população geral dos EUA⁽⁶⁾. Apesar da obesidade estar correlacionada com baixos níveis de aptidão física na população em geral, quando a capacidade aeróbica é melhorada, podemos observar resultados favoráveis na qualidade de vida⁽⁶⁾.

Do mesmo modo, apesar de nem todos os bombeiros apresentarem níveis ideais de aptidão física, está demonstrado que a capacidade cardiovascular está fortemente relacionada com a sua capacidade para realizar tarefas ao nível profissional⁽⁶⁾.

Entre 2013 e 2014 foi feita uma avaliação a cerca de 7500 bombeiros voluntários

portugueses, onde se concluiu que 60% destes encontram-se acima do peso considerado normal, 37% em situação de pré-obesidade e 23% em situação de obesidade⁽⁵⁾.

Em 2013, foi realizado outro estudo a 80 bombeiros, com idades compreendidas entre 16 e 57 anos, na região do Porto (Norte de Portugal), que conclui que 52,5% apresentam uma capacidade de trabalho boa, 36,3% ótima, 10% moderada e 1,3% baixa capacidade⁽⁷⁾. Também neste estudo, as doenças diagnosticadas e as mais referidas foram as resultantes de acidentes e as lesões músculo-esqueléticas⁽⁷⁾.

A Organização Internacional do Trabalho, revelou que o stress ocupacional na Europa, representa o segundo problema de saúde e afeta cerca de 40 milhões de indivíduos⁽⁸⁾. O stress é uma forma de combater o estado emocional, relacionado com sintomas psicológicos e físicos e é considerado uma alteração mental comum, o que significa que não está necessariamente ligada à pré-existência de uma doença mental, mas está associado à presença de sintomas, tais como insónias, cefaleias, astenia, dor abdominal e sintomas depressivos, que reduzem o bem-estar no local de trabalho⁽⁸⁾.

Assim, neste contexto, ser bombeiro é visto como uma profissão que lida com situações de stress diariamente, estando sujeitos a transtornos denominados como stress pós-traumático e *burnout*, relacionado com as suas atividades⁽⁹⁾. Os bombeiros pertencem a um grupo populacional pouco estudado, e estão expostos a vários eventos stressantes e traumáticos no seu trabalho⁽⁹⁾. Alguns estudos alertam para a necessidade de intervenção na promoção da saúde dos bombeiros, como forma de aliviar o sofrimento psicológico inerente à profissão⁽⁹⁾. A importância da gestão na organização do trabalho dos bombeiros, está na prevenção ou mitigação dos riscos para a saúde mental⁽⁹⁾. A realidade da condição de saúde dos bombeiros, em Portugal, deve ser um alerta, para impelir os próprios bombeiros e todas as entidades competentes, a investir esta problemática, nesta classe profissional⁽⁵⁾.

Assim, é nosso objetivo avaliar os comportamentos de saúde de uma comunidade de bombeiros (em Portugal).

2 | METODOLOGIA

Para a concretização do objetivo realizou-se um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa. A população é constituída por 44 bombeiros e são critérios de inclusão ser bombeiro, com idade igual ou superior a 18 anos.

Foram aplicados 2 questionários, um sobre atitudes e comportamentos de saúde (QACS) e outro sobre stress em bombeiros (QSB). O Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS)⁽⁹⁾ avalia as intenções comportamentais relacionadas com a promoção e proteção da saúde e com a prevenção das doenças, em 5 dimensões: exercício físico, nutrição, autocuidado, segurança motorizada e o uso de drogas ou similares. O Questionário de Stress em Bombeiros (QSB)⁽¹⁰⁾ apresenta uma escala de avaliação das possíveis fontes de stress no exercício da atividade profissional. O QSB, na primeira parte,

avalia o nível global de stress que experienciam na sua atividade e na segunda parte, são identificadas, de entre 24 itens, as potenciais fontes de stress associadas com a atividade.

Todos os requisitos éticos de acordo com a Declaração de Helsínquia de Ética em pesquisa onde estão envolvidos seres humanos foram respeitados. Os instrumentos (questionários QACS e QSB) utilizados encontram-se validados e o Consentimento Informado Livre e Esclarecido devidamente apresentado e assinado por cada participante. O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora e da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde Alentejo.

Para tratamento e análise estatística dos dados foi utilizado o software *IBM SPSS Statistics Versão 2.4*.

3 | RESULTADOS

Da análise dos dados resultou que, dos 44 indivíduos, no que se refere ao sexo, 81,8% são do sexo masculino, 15,9% do sexo feminino e 2,3% não responde. A maioria das idades está compreendida nas faixas etárias entre os 29 e os 38 anos de idade (29,5%) e os 39 e 48 anos (27,3%). Relativamente ao estado civil, a percentagem é igual para casado e não casado, com 50% cada. No que concerne às habilitações literárias, 34,1% detêm o 12º ano de escolaridade e 31,8% o 9º ano de escolaridade. As respostas relativamente aos anos de serviço, distribuem-se da seguinte forma, até 5 anos 13,6 %, entre 5 e 10 anos 6,8%, entre 11 e 15 anos 9,1%, entre 16 e 21 anos 22,7%, entre 22 e 27 anos com 20,5% e mais de 27 anos 27,3%.

O questionário sobre **atitudes e comportamentos de saúde** compreende 5 dimensões: exercício físico, nutrição, autocuidado, segurança motorizada e o uso de drogas ou similares, tal como apresentado no Gráfico 1.

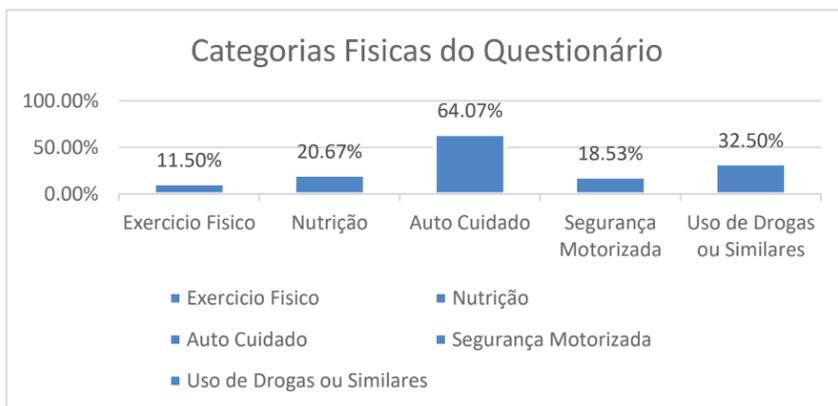


Gráfico 1: Categorias físicas do questionário de atitudes e comportamentos de saúde.

Elaboração própria.

Da análise dos dados verificou-se que, relativamente à dimensão **exercício físico**, na pergunta sobre a “prática de exercício físico intenso, pelo menos duas vezes por semana”, 34,1% dos inquiridos menciona prática ocasional e 29,5% responderam que quase nunca o fazem. Na pergunta se “realiza alguma atividade física, desporto que faça suar” as respostas situam-se em 40,9% para a opção ocasionalmente e 27,3% para a opção quase nunca. Colocada a questão sobre andar a pé ou de bicicleta, diariamente, 40,9% dos inquiridos responde que só o faz ocasionalmente.

Relativamente às questões relacionadas com a dimensão **nutrição** e práticas alimentares, nomeadamente a planificação da dieta, hábitos relacionados com o consumo de sal e ingestão de alimentos açucarados, constatou-se que 31,8% da população planifica muitas vezes a sua dieta, no entanto 29,5% menciona ser prática ocasional e 25% quase nunca planifica a dieta. Na pergunta sobre o cuidado com o consumo de sal, verifica-se que 40,9% dos inquiridos refere ter, muitas vezes, cuidado com a ingestão de sal mas, ainda assim, uma percentagem de 27,3% menciona ter cuidados ocasionais com o consumo de sal e 15,9% quase nunca tem esse cuidado.

Na questão sobre evitar alimentos com gordura, 36,4% responde que muitas vezes tem esse cuidado e são referidos em percentagens iguais (22,7%), os itens ocasionalmente e com muita frequência. Quanto ao cuidado com a alimentação, tendo em conta o peso e a altura, as respostas situam-se nos 45,5% para ocasionalmente e 25% para quase nunca.

Relativamente à questão sobre a ingestão de alimentos açucarados, verifica-se que 22,7% das pessoas responderam que, apenas ocasionalmente, têm cuidado com o consumo de bolos, chocolates ou outros e 18,2% quase nunca têm esse cuidado.

Na dimensão **autocuidado**, que compreende os comportamentos que facilitam a prevenção ou a deteção precoce de doenças, 81,8% dos inquiridos responderam ter o plano nacional de vacinação, quase sempre, atualizado, 84,1% manifestaram ter, quase sempre, cuidados para prevenir as doenças sexualmente transmissíveis e 52,3% da população menciona que evita fumar na generalidade das vezes. Revelam, ainda, alguma atenção para com a avaliação da tensão arterial, uma vez que 38,6% menciona avaliar quase sempre e 25% com muita frequência.

Os dados obtidos na dimensão **segurança motorizada**, mostram que 88,6%, cumprem as regras de segurança, nomeadamente na utilização do cinto de segurança e 86,4% das respostas indicam o cumprimento dos limites de velocidade estabelecidos.

Relativamente à dimensão **uso de drogas ou similares** que compreende a capacidade para funcionar sem necessidade de substâncias químicas, os resultados obtidos mostram que 59,1% dos inquiridos, evitam tomar medicamentos sem prescrição médica e 65,9% evitam, quase sempre, o uso de estimulantes.

O **questionário de stress em bombeiros** está dividido em 2 partes, na primeira é feita a avaliação global do stress e na segunda parte avaliam-se as dimensões: Lidar com pessoas; Relações profissionais; Excesso de trabalho; Carreira e remuneração; Risco de

vida; Condições de trabalho e Problemas familiares.

Da análise efetuada à avaliação global, 63,63% dos inquiridos referem um nível moderado de stress, relativamente ao exercício da sua atividade profissional. Em percentagens iguais, 15,90% dos inquiridos referem sentir pouco stress ou, em oposição, bastante stress. O elevado stress, apenas é referido por 4,54% dos inquiridos (Tabela 1).

Avaliação Global de Stress	Frequência Numérica (n)	Frequência Percentual (%)
Pouco Stress	7	15,90%
Moderado Stress	28	63,63%
Bastante Stress	7	15,90%
Elevado Stress	2	4,54%

Tabela 1: Avaliação Global do Stress. Elaboração própria.

Da análise global feita às fontes geradoras de stress, a dimensão “lidar com pessoas” é a que apresenta o maior valor percentual (97,25%), seguida da dimensão “problemas familiares”, que engloba o apoio por parte de pessoas significativas, em 88%, das respostas obtidas e o “risco de vida” para 85,33% destes bombeiros (Gráfico 2).



Gráfico 2: Fontes de stress. Elaboração própria.

Quando analisadas as questões relacionadas com a dimensão que mais se evidenciou “lidar com pessoas”, na pergunta, “Não poder/não ser capaz de corresponder àquilo que as pessoas a quem presto serviços esperam de mim”, a maior parte dos inquiridos (47,7%) refere sentir stress moderado e 36,4% bastante stress, apenas 1 inquirido (2,3%) respondeu, que neste tipo de situação não sente nenhum stress. Ainda nesta questão, não existe nenhuma resposta em que o inquirido se sinta com elevado stress.

Considerando a pergunta “Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para as pessoas a quem presto os meus serviços”, as respostas com maior percentagem situam-se no stress moderado e bastante stress, com 40,9% e 38,6% respetivamente.

Verificou-se, relativamente à questão, “Gerir problemas graves das pessoas a quem presto os meus serviços”, tal como nas anteriores, que a maior percentagem, situa-se no stress moderado (38,6%).

A última questão desta dimensão “Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas das pessoas a quem presto os meus serviços” foi mencionada por 36,4% dos inquiridos como fonte geradora de “bastante stress”.

4 | DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo apresenta os dados relativos a uma (pequena) população de 44 bombeiros (0,16%) face ao total existente em Portugal (26 939)⁽¹¹⁾, pelo que os resultados aqui apresentados e discutidos, apesar de não poderem ser generalizados, vão, de alguma forma, contribuir para a identificação de necessidades/problemas nas comunidades de bombeiros e assim, alertar para a implementação de projetos de intervenção comunitária, por forma a que equipas de saúde multidisciplinares possam dar respostas consentâneas com as necessidades identificadas.

As características sociodemográficas da população do estudo vão ao encontro da estatística apresentada pelo INE⁽¹¹⁾, uma vez que neste estudo 81,8% são do sexo masculino e 15,9% do sexo feminino o que corresponde ao perfil nacional do bombeiro, caracterizado maioritariamente por elementos do sexo masculino (81,1% em 2019). A média de idades está compreendida nas faixas etárias entre os 29 e os 48 anos de idade, revelando números sobreponíveis aos da realidade nacional (26 e os 51 anos)⁽¹¹⁾. Relativamente aos dados disponíveis observa-se um aumento das habilitações literárias, com 34,1% detentores do 12º ano de escolaridade e 31,8% com o 9º ano de escolaridade⁽¹¹⁾.

No ano de 2019, os hábitos alimentares pouco adequados da população portuguesa foram o quinto fator de risco que mais confluiu para a perda de anos de vida saudável, de acordo com o estudo do *Global Burden of Disease*⁽¹²⁾. Sendo a alimentação um fator de risco modificável, contribuiu para a perda de anos de vida saudável, através de doenças do aparelho circulatório, diabetes e doenças renais assim como neoplasias⁽¹²⁾. Os outros fatores de risco, com uma maior contribuição para essa perda da qualidade de vida, foram a hipertensão arterial, índice de massa corporal elevado, consumo de álcool e colesterol elevado⁽¹²⁾.

O presente estudo apenas reflete a realidade de uma população, como tal não é representativo da realidade a nível nacional, mas de acordo com a *International Association of Fire and Rescue Services Health Commission*⁽¹³⁾, os bombeiros quando estão de serviço,

passam muito tempo sem comer e não têm pausas definidas para as refeições. Esta é, provavelmente, uma das principais razões pelas quais não lhes é possível ter uma alimentação saudável durante o turno, que muitas vezes tem a duração de 24 horas⁽¹³⁾. Está documentado que a maioria das vezes a fome é satisfeita com refeições rápidas e nem sempre saudáveis⁽¹³⁾ o que corrobora os factos do presente estudo.

Embora a intervenção dos bombeiros envolva alguma atividade física, muitos deles ganham peso corporal ao longo dos anos de profissão⁽¹³⁾, provavelmente em resultado da redução do seu desempenho. Algumas doenças como a Hipertensão Arterial, doenças cardiovasculares e algumas formas de cancro poderiam ser evitadas se fosse feita uma dieta saudável e baseada nas necessidades individuais⁽¹³⁾.

O presente estudo vem corroborar os dados já publicados, uma vez que 29,5% da população inquirida só ocasionalmente planifica a dieta alimentar e 25% menciona nunca o fazer. No cuidado com o consumo de sal, 40,9%, dos bombeiros refere que muitas vezes tem cuidado com a ingestão de sal mas, ainda assim, uma percentagem de 27,3% apenas ocasionalmente estão despertos para essa situação e 15,9%, quase nunca tem esse cuidado.

Um outro estudo realizado na Suíça, com 28 bombeiros profissionais, conclui que as escolhas alimentares recaem em dietas desequilibradas com alimentos pobres em fibras, por exemplo, relativamente às diretrizes nacionais⁽¹⁴⁾. As principais razões mencionadas para uma alimentação menos saudável, foram a falta de motivação e muitas vezes a falta de tempo⁽¹⁴⁾.

Também o exercício físico se constitui como um dos aspetos em que a percentagem de indivíduos que não pratica ou não desenvolve qualquer tipo de atividade física, ficou aqui demonstrado e corroborado pelas estatísticas da OMS⁽¹⁵⁾ e por alguns estudos realizados⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Dos inquiridos, 29,5% nunca praticam exercício físico intenso e 34,1% apenas o praticam ocasionalmente e quando inquiridos sobre a realização de algum tipo de atividade física ou desporto que faça suar, as respostas são no mesmo sentido, com 40,9% a ter uma prática ocasional e 27,3% a mencionar que quase nunca o fazem. Ainda, quando questionados sobre os hábitos de se deslocarem a pé ou de bicicleta, 40,9% das respostas são no sentido da prática ocasional.

Um estudo realizado com bombeiros voluntários nos Estados Unidos da América, demonstra que os bombeiros que têm um menor nível de atividade física, têm um risco acrescido em 90% de desencadear enfarte agudo do miocárdio⁽¹⁶⁾. Muitos destes profissionais assumem que estão a realizar exercício físico suficiente porque têm um trabalho com um nível de exigência elevado, mas só por si, o trabalho como bombeiro, não proporciona os níveis adequados de atividade física⁽¹⁶⁾. Embora estes profissionais tenham períodos de atividade considerada como fisicamente muito extenuante, alternam com períodos de baixa atividade⁽¹⁶⁾. Este estudo também refere, por exemplo, a alternância que pode existir em ter de acordar de um sono profundo para responder a uma chamada de

urgência e ter de estar apto para fazer essa transição de uma forma rápida e segura. Além disso, como alguns destes bombeiros são voluntários, podem ter profissões que sejam menos exigentes em termos físicos⁽¹⁶⁾.

Em 2015, a Escola Nacional de Bombeiros, publicou o manual Educação Física e Desportos⁽¹⁷⁾, direcionado para os bombeiros, pois estes estão mais predispostos a contrair lesões do foro músculo-esquelético, pela falta de um aquecimento físico prévio e devido à constante solicitação de trabalho. A prática de atividade física, deve ser diária, regular e sistemática, devendo ser implementada nas corporações/associações de bombeiros, para que ocorram adaptações fisiológicas e psíquicas no organismo, facilitadoras de ganhos em saúde⁽¹⁷⁾.

Dados da OMS⁽¹⁵⁾ revelam que em todo o mundo, 1 em cada 4 adultos, e 3 em cada 4 adolescentes (nomeadamente dos 11 aos 17 anos), não cumprem atualmente as diretrizes emanadas para a atividade física definidas pela OMS. À medida que os países crescem economicamente, os níveis de inatividade aumentam. Em alguns países, os níveis de inatividade podem chegar aos 70%, devido às alterações ocorridas em termos de utilização dos transportes, ao aumento do uso da tecnologia e da urbanização⁽¹⁵⁾.

De realçar que a dimensão “Autocuidado” que engloba os comportamentos que facilitam a prevenção ou a deteção precoce de doenças, obteve uma percentagem de 64,07% das respostas dos inquiridos a demonstrarem alguma preocupação, relativamente ao seu estado vacinal, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e consumo de tabaco.

Da avaliação realizada ao questionário de stress em bombeiros, considerando os níveis de stress a que estão sujeitos, verifica-se que 63,63% dos inquiridos dizem ter um nível moderado de stress no exercício da sua atividade profissional. Alguns estudos demonstram que esta atividade pode gerar níveis de stress significativos⁽¹⁰⁾.

Quando analisadas as fontes de stress, verificamos de 97,25% dos inquiridos identifica como fonte geradora de stress “lidar com pessoas”, facto este corroborado por outros trabalhos realizados nesta área, revelando a importância das relações interpessoais⁽¹⁰⁾, devendo, assim, merecer a devida atenção em termos do acompanhamento e apoio prestado a estes profissionais.

Na Coreia, foi realizado um estudo com 705 bombeiros em que é feita a correlação entre o stress ocupacional e as doenças cardiovasculares, concluindo que o stress é um fator chave, de risco elevado, para desenvolver estas doenças⁽¹⁸⁾.

As situações com que os bombeiros lidam, quase diariamente, podem ser potencialmente traumáticas, na medida em que na sua memória podem perdurar imagens de vítimas, de situações potencialmente geradoras de risco de vida e muitas vezes associadas à dificuldade em gerir todas as exigências associadas a cada uma destas ocorrências.

Estes dados mostraram-se de extrema importância para a realização de um diagnóstico da situação de saúde desta população para, desta forma, ser elaborado e

implementado um projeto de intervenção comunitária, com base na metodologia do planeamento em saúde.

5 | CONCLUSÃO

Os bombeiros são profissionais que estão expostos a vários tipos de situações e perigos, desde emergências com pessoas ou bens, acidentes industriais com riscos químicos ou biológicos, incêndios com elevada exposição a fumos e ao calor, o que pode provocar níveis elevados de tensão física e emocional.

Deste estudo ressalta a necessidade de se intervir ao nível dos estilos de vida, de maneira que sejam implementadas medidas para o reforço da importância de uma alimentação saudável, da importância e benefícios do exercício físico e também como cuidar da saúde mental. Ficaram demonstrados os comportamentos relacionados com uma alimentação pouco cuidada, o sedentarismo ou a escassa prática de exercício físico, tal como outros determinantes de saúde que estão relacionados com os estilos de vida e que sendo modificáveis, devem ser valorizados, contribuindo, assim, para um aumento da qualidade de vida, prevenção da doença e promoção da saúde.

A saúde ocupacional tem um papel importante na avaliação periódica destes profissionais e, assim, detetar precocemente possíveis alterações do estado de saúde, quer física, quer mental, tal como atuar de forma preventiva.

Estes profissionais devem estar despertos para situações que possam comprometer a sua saúde mental e pedir ajuda sempre que considerem necessário, tal como as chefias devem estar despertas para a deteção precoce de possíveis situações de desgaste emocional. Salienta-se ainda a importância de formações regulares sobre o tema do stress, tal como a forma de o gerir, bem como informar acerca dos serviços disponíveis para o efeito, na comunidade.

Apesar de existirem alguns estudos, em Portugal, sobre o stress em bombeiros, poucos relacionam os determinantes sociais da saúde com a condição específica de ser bombeiro e com as condições em que vivem e trabalham. Face ao exposto reforça-se a pertinência da realização de outros estudos que correlacionem os fatores sociais, económicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais dos bombeiros, com a ocorrência de problemas de saúde específicos nesta população.

REFERÊNCIAS

1. OMS.org. **OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019** [Internet]. Disponível em <https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e> Acesso em: 12 de agosto de 2022.

2. Ordem dos Enfermeiros. **Servir a comunidade e garantir a qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica**. Genebra: ICN, 2010. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf Acesso em: 12 de agosto de 2022.
3. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. **1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico INSEF 2015**. Lisboa: INSA, IP, 2016. Disponível em http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4115/3/1_INSEF_relat%c3%b3rio_estado-de-saude.pdf Acesso em: 12 de agosto de 2022.
4. Instituto Nacional de Estatística. **Inquérito Nacional de Saúde 2019**. Lisboa: INE, 2020. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=414434213&DESTAQUESmodo=2 Acesso em: 12 de agosto de 2022.
5. DGS [Direção Geral de Saúde]. **Promoção da saúde e de um estilo de vida saudável nos bombeiros portugueses. Manual ativa saúde**. Lisboa: DGS, 2018. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/manual-de-promocao-da-saude-para-os-bombeiros-portugueses-pdf.aspx> Acesso em: 12 de agosto de 2022.
6. Biscardi, L., Martin, J., Ghoddosi, N., Cortes, N., & Fyock-martin, M. **Relationship between health-related quality of life, aerobic fitness, and body composition in professional firefighters**. Sports medicine assessment, research & testing laboratory. George Mason University, Manassas, VA. 2020. Disponível em [relationship-between-health-related-quality-of-life-aerobic-fitness-and-body-composition-in-professional-firefighters.pdf](https://www.researchgate.net/publication/351111111-Relationship-between-health-related-quality-of-life-aerobic-fitness-and-body-composition-in-professional-firefighters) (researchgate.net) Acesso em: 12 de agosto de 2022.
7. Martin, J.I., Duarte, N., Gonçalves, E., Cabral, S., Silva, C. **Capacidade para o trabalho de bombeiros. Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, V-11, n.2, p. 93-98, jul/dez 2013. Disponível em: <https://www.ideg.pt/wp-content/uploads/Capacidade-para-o-trabalho-de-bombeiros.pdf> Acesso em: 12 de agosto de 2022.
8. Coimbra, M.A, Ferreira, L.A. & Araújo, A.P. **Impactos do estresse na exposição ocupacional de bombeiros: revisão integrativa. Revista enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, 28: e52825. 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/52825/36239> Acesso em: 12 de agosto de 2022.
9. Ribeiro, J. L. **Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças (Questionário de Atitudes e Comportamentos em Saúde). Análise Psicológica**, 2 (XXII): 387-39. 2004. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/199/pdf> Acesso em: 12 de agosto de 2022.
10. Gomes, R. A., & Teixeira, F. **Influência dos processos de avaliação cognitiva na atividade laboral de bombeiros portugueses. Psico-USF**, 18(2), 309- 320. 2013. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/25773/1/6-Artigo-SO-Bombeiros-R%20Gomes%20%26%20F%20Teixeira-Psico-USF.pdf> Acesso em: 12 de agosto de 2022.
11. Instituto Nacional de Estatística. **Estatísticas do ambiente 2019**. Lisboa: INE, IP, 2020. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=470719178&PUBLICACOESmodo=2 Acesso em: 12 de agosto de 2022.
12. Direção Geral da Saúde DGS. **Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2020**. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2020. Disponível em <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/11/Relato%CC%81rio-PNPAS-2020.pdf> Acesso em: 12 de agosto de 2022.

13. Nieden, M. Z., Kjaer, T. B., Schinnerl, A., Lusa, S., Knauf-Hübel, D., Szomolányi, G. **Nutrition and hydration in emergency service**. International Association of Fire and Rescue Services: Firefighters Health Commission, 2021. Disponível em <https://ctif.org/sites/default/files/2021-07/2021%20CTIF%20HC%20article.%20Nutrition%20and%20hydration.pdf> Acesso em: 12 de agosto de 2022.
14. Torre, B. D., Sophie, M.P.H., Selvagem, P., Dorribo, V., Francesca, M.D., Hábitos Alimentares dos Bombeiros Profissionais, **Revista de Medicina Ocupacional e Ambiental**: Maio 2019 - Volume 61 - Edição 5 - p e183-e190.
15. WHO. **Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world**. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 12 de agosto de 2022.
16. Amodeoa, K. L., Nickelson, j. Predicting Intention to be Physically Active among Volunteer Firefighters. **American Journal Of Health Education**, 2020, vol. 51, no. 1, 1–13. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/19325037.2019.1687368> Acesso em: 12 de agosto de 2022.
17. Almeida, J., Parrulas, J., Velez, S. **Educação Física e Desportos vol. XVIII**. Sintra: Escola Nacional de Bombeiros, 2015. Disponível em: <https://www.enb.pt/admin/docs/repositorio/Educa%C3%A7%C3%A3o%20F%C3%ADsica%20e%20Desportos.pdf> Acesso em: 12 de agosto de 2022.
18. Yook Y-S. Firefighters' occupational stress and its correlations with cardiorespiratory fitness, arterial stiffness, heart rate variability, and sleep quality. **PLoS ONE** 14 (12): e0226739. Korea. 2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6927634/> Acesso em: 12 de agosto de 2022.

CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS SOBRE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Data de submissão: 09/03/2023

Data de aceite: 03/04/2023

Julyanne de Moraes Coutinho Neves Pereira

Universidade de Pernambuco – UPE
Recife – Pernambuco
<http://orcid.org/0000-0002-1016-0898>

Jéssica Emanuela Mendes Morato

Universidade de Pernambuco – UPE
Recife – Pernambuco
<https://orcid.org/0000-0002-0852-9676>

Naiva Kelly Gomes de Lima

Universidade Estadual da Paraíba/
Universidade de Pernambuco – UEPB/
UPE
Recife – Pernambuco
<https://orcid.org/0000-0002-7689-7518>

Morgana Cristina Leôncio de Lima

Universidade de Pernambuco – UPE
Olinda – Pernambuco
<http://orcid.org/0000-0001-9953-5395>

Emily Nascimento Pessôa Lins

Universidade Federal de Pernambuco –
UFPE
Recife – Pernambuco
<https://orcid.org/0000-0002-4782-407X>

Tarcisia Domingos de Araújo

Universidade de Pernambuco – UPE
Recife – Pernambuco
<https://orcid.org/0000-0002-9274-6154>

Jéssyka Chaves da Silva

Universidade Estadual da Paraíba/
Universidade de Pernambuco – UEPB/
UPE
Recife – Pernambuco
<https://orcid.org/0000-0002-2070-7893>

Laura Xavier de Moraes

Universidade de Pernambuco – UPE
Recife – Pernambuco
<http://orcid.org/0000-0002-5745-0729>

Glaucia Alyne Nunes de Lacerda

Universidade de Pernambuco – UPE
Recife – Pernambuco
<http://orcid.org/0000-0002-8010-0946>

Rafaela Almeida Silva

Universidade de Pernambuco – UPE
Recife – Pernambuco
<https://orcid.org/0000-0003-0115-7432>

Paulo César da Costa Galvão

Universidade de Pernambuco – UPE
Recife – Pernambuco
<https://orcid.org/0000-0001-6306-4018>

Marcelle de Barros e Silva Torres

Universidade de Pernambuco – UPE
Recife – Pernambuco
<https://orcid.org/0009-0009-4723-7252>

RESUMO: Esta revisão buscou categorizar os estudos relacionados com os direitos sexuais e reprodutivos com a finalidade de elencar lacunas na literatura acerca da temática para posteriores estudos. Foi realizada a busca em três principais bases de dados eletrônicas em saúde para embasar a revisão integrativa. Conforme os critérios de inclusão e exclusão, sete artigos publicados desde maio de 2014 a 2018 no mesmo mês foram selecionados. Mais da metade dos estudos, teve como público alvo os adolescentes, e outros focaram em portadores de deficiência, pessoas não portadoras de deficiência e assistentes sociais. Os estudos revelaram a necessidade de políticas públicas que apoiem os adolescentes nos direitos sexuais e reprodutivos, bem como a ampliação do acesso aos equipamentos de saúde e debates sobre programas de promoção da equidade de gênero e da saúde sexual e reprodutiva. É fundamental o conhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos para todos os grupos, inclusive os profissionais de saúde para que seja adotada uma abordagem mais favorável. Mais estudos sobre direitos sexuais e reprodutivos devem ser estimulados, principalmente no Brasil, para um melhor conhecimento fortalecimento da saúde sexual de todos.

PALAVRAS-CHAVE: Direitos sexuais e reprodutivos, sexualidade, comportamento sexual.

CATEGORIZATION OF STUDIES ON SEXUAL AND REPRODUCTIVE RIGHTS

ABSTRACT: This review sought to categorize studies related to sexual and reproductive rights in order to list gaps in the literature on the subject for further studies. The search was performed in three main electronic health databases to support the integrative review. According to the inclusion and exclusion criteria, seven articles published from May 2014 to 2018 in the same month were selected. More than half of the studies targeted adolescents, and others focused on people with disabilities, non-disabled people and social workers. The studies revealed the need for public policies that support adolescents in sexual and reproductive rights, as well as broadening access to health facilities and discussions about programs promoting gender equity and sexual and reproductive health. Knowledge of sexual and reproductive rights for all groups, including health professionals, is crucial for a more favorable approach. Further studies on sexual and reproductive rights should be encouraged, especially in Brazil, for a better understanding of the sexual health of all.

KEYWORDS: Sexual and reproductive rights, sexuality, sexual behavior.

1 | INTRODUÇÃO

Os direitos à saúde sexual e reprodutiva (DSR) são considerados como uma conquista histórica e são relativamente novos no mundo (BRASIL, 2013). Advindo da luta pela cidadania, eles incluem, principalmente, a experiência sexual, a maternidade e a contracepção autodecidida. Sabe-se que foi a partir da Declaração de Direitos Humanos, adotada no ano de 1948, que a comunidade internacional, por meio da Organização das Nações Unidas (ONU), estabeleceu uma série de Convenções Internacionais nas quais foram articulados estatutos comuns de cooperação mútua e métodos de controle que iriam possibilitar um elenco de direitos considerados básicos à vida com dignidade, os chamados

direitos humanos (LEMOS, 2014).

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo em 1994, debateu-se, pela primeira vez, a sexualidade em um sentido positivo em detrimento das discussões sobre mutilações genitais, violência sexual e DSTs (doenças sexualmente transmissíveis), chamadas atualmente de ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis). Esse documento representa marco fundamental na igualdade dos sexos e em uma dimensão ampla de direitos humanos em que saúde sexual e reprodutiva estão presentes (MORAES; VITALLE, 2012).

A saúde de adolescentes e jovens está diretamente relacionada à promoção do protagonismo juvenil e do exercício da cidadania, ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, à educação em saúde e à prevenção de agravos. Portanto, é necessário salientar que, do ponto de vista ético, político e legal, está assegurado o direito desse grupo etário à atenção integral à saúde, incluindo-se nessa atenção à saúde sexual e a saúde (BRASIL, 2013).

A saúde sexual e reprodutiva pode ser considerada como uma sensação de bem-estar físico, emocional, mental e social relativo a todos os aspectos da sexualidade e da reprodução, e não apenas a inexistência de doenças. Sendo assim, uma abordagem benéfica, no que tange à sexualidade e à reprodução deve elencar fatores como relações saudáveis permeadas pela confiança e pelo diálogo, promovendo uma condição de vida harmoniosa. É sabido que as pessoas têm o direito de tomada de decisão em questões relacionadas com seus corpos e atingir a saúde sexual, nesse sentido, está atrelada com questões humanas inerentes a pessoa que requer usufruir dos direitos sexuais e reprodutivos (NERY et al., 2015).

Os questionamentos sobre os direitos sexuais e reprodutivos estão atrelados aos pontos prioritários na Atenção Básica em saúde. Esta representa, muitas vezes, uma parte complexa da assistência à saúde, visto que envolve não só questões biológicas, mas questões ampliadas do meio social, cultural, econômico e Ambiental (BRASIL, 2014). Nesse contexto, pretendeu-se com esta revisão categorizar os estudos relacionados com os direitos sexuais e reprodutivos com a finalidade de elencar lacunas na literatura acerca da temática para posteriores estudos, contribuindo com a divulgação do tema nos meios científicos.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa, realizada a partir da reunião do conhecimento científico produzido sobre o assunto abordado, construída por meio de análise crítica e minuciosa dos estudos disponíveis no meio científico, visando elencar as principais lacunas do tema proposto (BRASIL, 2014). O presente estudo busca responder a seguinte pergunta norteadora: De que forma os estudos sobre direitos sexuais e reprodutivos estão

categorizados?

O processo para seleção dos artigos foi dividido em quatro fases seguindo os critérios do PRISMA (Figura 1), onde a primeira - fase de identificação - buscou estudos presentes nas bases de dados Lilacs, Pubmed e Scopus através do cruzamento dos (DECS/ MESH) Direitos Sexuais e Reprodutivos, Sexualidade e Comportamento Sexual, separados pelo operador boleano “and”. Na segunda fase -seleção- foram aplicados os filtros, que remeteram a artigos escritos em inglês, português e espanhol e que foram publicados no período de maio de 2014 a 2018 no mesmo mês.

A terceira fase -elegibilidade- procedeu com a leitura dos títulos e resumos dos artigos para seleção dos que se adequavam aos seguintes critérios de inclusão: a) estudos; b) cujo público alvo foi composto unicamente por mulheres que sofreram mastectomia bilateral ou unilateral; c) artigos cuja amostra não possuísse outras comorbidades associadas ou alguma condição que alterassem sua auto-imagem e sexualidade. Foram excluídos do estudo dissertações, teses e revisões.

Ao realizar o cruzamento dos descritores mencionados, 43 artigos foram encontrados, sendo 9 duplicados. Nesse sentido, para proceder com a utilização dos recursos metodológicos, foi realizada a leitura dos títulos e resumos, nos quais apenas 13 foram retirados por não atender ao critério. Com isso, restaram 21 artigos para a etapa seguinte (inclusão), que correspondia a leitura dos artigos na íntegra, onde os seguintes critérios de exclusão foram aplicados: a) estudos que não responderam à pergunta norteadora; b) artigos de reflexão.

Durante todo o processo, dois pesquisadores, de forma independente, realizaram a busca, obedecendo aos princípios de duplo cegamento preconizado pelo PRISMA. As divergências entre os revisores foram resolvidas através de um terceiro pesquisador. Por fim, dos 21 artigos que foram identificados para leitura na íntegra, 8 foram incluídos no presente estudo.

Os artigos selecionados foram então lidos e analisados na íntegra. Para melhor exemplificação dos dados, elaborou-se um quadro com as seguintes variáveis: título do artigo, autores, periódico, ano de publicação, país de origem do estudo, base de dados na qual se encontrava indexado, tipo/abordagem do estudo, população estudada e conclusões.

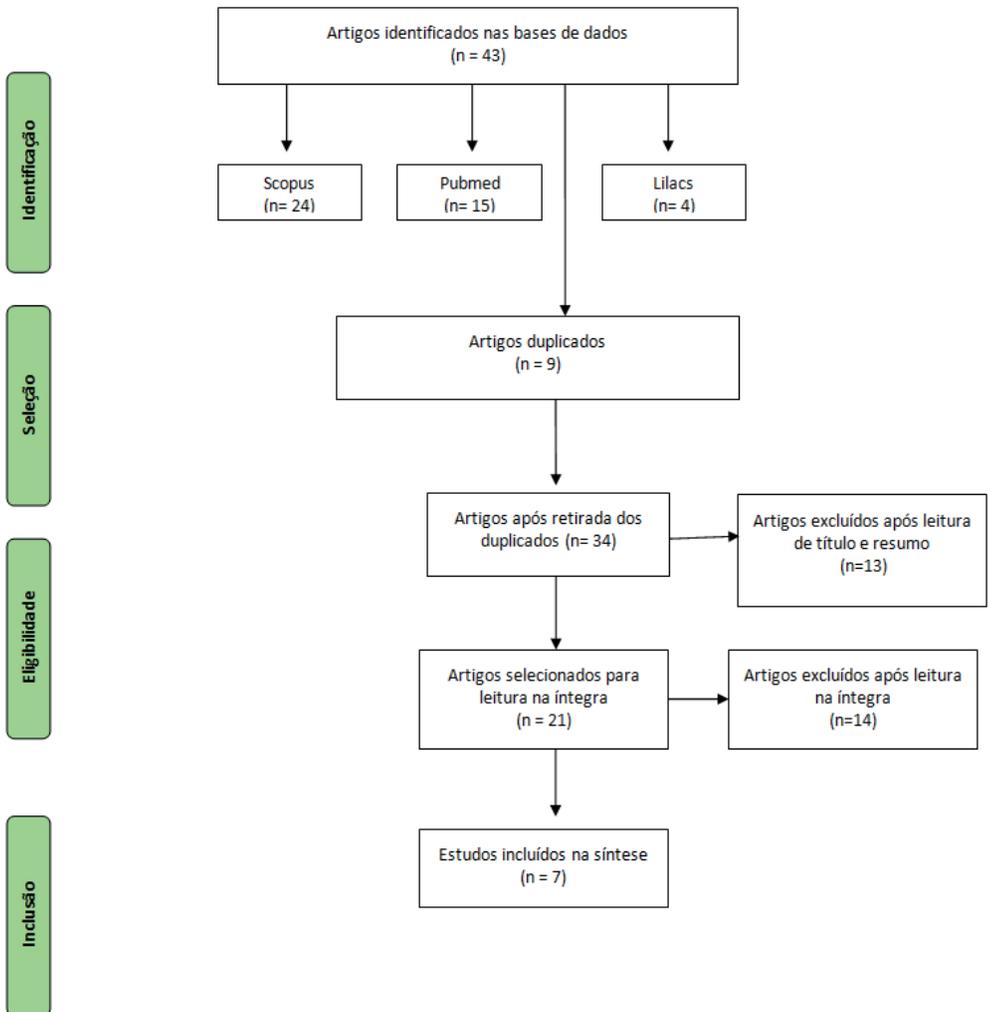


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção do estudo

31 RESULTADOS

Dentre os oito estudos selecionados, 50% (4) foram realizados na África, 37,5% (3) na América Central e 12,5% (1) na América Central. Com relação aos tipos de estudo dos artigos, 75% (6) são artigos qualitativos, 12,5% (1) estudo descritivo e 12,5% (1) artigo transversal. Quanto a população dos estudos, 62,5% (5) escolheram adolescentes, onde um estudo especificou as adolescentes do sexo feminino. Outros foram estudos focaram em portadores de deficiência, pessoas não portadoras de deficiência e assistentes sociais. (Tabela 1).

Nº	Autor/Ano	País	Tipo de Estudo	População
1	Ferrari <i>et al.</i> , 2018	Brasil	Qualitativo	Adolescentes do sexo feminino
2	Muller <i>et al.</i> , 2018	Malawi, Moçambique, Namíbia, Zâmbia e Zimbabué	Qualitativo	Adolescentes
3	Hunt <i>et al.</i> , 2017	África do Sul	Qualitativo	Com deficiência física
4	Hunt <i>et al.</i> , 2017	África do Sul	Transversal	Sem deficiência física
5	Arguedas, 2016	Costa Rica	Descritivo	Adolescentes
6	Essack <i>et al.</i> , 2016	África do Sul	Qualitativo	Assistentes sociais
7	Macintyre <i>et al.</i> , 2015	Chile	Qualitativo	Adolescentes
8	Macintyre <i>et al.</i> , 2015	Chile	Qualitativo	Adolescentes

Tabela 1: Caracterização dos estudos de acordo com o ano de publicação, local, tipo de estudo e população.

Fonte: Autores, 2019

Quando analisada a abordagem dos estudos sobre direitos sexuais, todos os estudos apontaram que existe necessidade de discussão sobre os direitos sexuais e reprodutivos e programas de saúde para cada público envolvido. No quadro 1, apresenta os principais achados dos artigos selecionados.

Nº	Principais achados
1	Necessita-se de discussão de políticas públicas e programas eficazes para promoção da equidade de gênero e da saúde sexual e reprodutiva.
2	Há necessidade de reforma legislativa, destacando as consequências deletérias da recusa da prestação de serviços de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes de minorias sexuais, particularmente em países com estruturas de criminalização.
3	Os entrevistados pareciam resistir às crenças e às atribuições dessexualizantes de outros, orgulhando-se de sua capacidade de engajar em diferentes tipos de comportamento sexual e negociação de relações sexuais. O estudo mostra que as pessoas com deficiência e as concepções de Saúde Sexual e Reprodutiva e relações sexuais são ativamente afetadas pelas atitudes dessexualizadoras de outras pessoas não deficientes.
4	Pessoas sem deficiência percebem pessoas com deficiências físicas como tendo menos direitos sexuais e reprodutivos e obtendo mesmos benefícios de serviços de saúde sexual e reprodutiva, do que a população sem deficiência.
5	É importante que o enfermeiro em obstetrícia conheça e desenvolva técnicas educativas, a fim de facilitar a aprendizagem colaborativa sobre saúde sexual, saúde reprodutiva, direitos sexuais e direitos reprodutivos, principalmente porque o efeito que causam é seguro para a aprendizagem e alfabetização sexual de diferentes populações, especialmente aquelas representadas por adolescentes.
6	Profissionais de saúde com níveis mais altos de educação adotam uma abordagem mais favorável aos jovens, sobre Saúde Sexual e Reprodutiva.
7	É importante a análise crítica de informações qualquer que seja a fonte a fim de tomar decisões bem informadas sobre a sexualidade e a saúde sexual de crianças e adolescentes.

8	Existem inúmeras lacunas entre as necessidades de informação dos adolescentes e as informações fornecidas pelos pais, professores e profissionais de saúde sobre direitos sexuais e reprodutivos.
----------	---

Quadro 1: Principais achados referentes aos direitos sexuais.

Fonte: Autores, 2019

4 | DISCUSSÃO

Os resultados indicam a necessidade de políticas públicas que apoiem os adolescentes nos direitos sexuais e reprodutivos. Muitos artigos que tratam desta temática citam a ampliação do acesso aos equipamentos de saúde como forma de solucionar este problema, além disso estes serviços devem atender as demandas específicas deste público para que haja redução de gravidez indesejada e possíveis complicações que o tornam vulneráveis como as Infecções Sexualmente Transmissíveis e AIDS (TAQUETTE, 2013). Além disso, há importância de debates sobre programas eficazes que tenham como objetivo a promoção da equidade de gênero e da saúde sexual e reprodutiva (FERRARI; PERES; NASCIMENTO, 2018).

A reforma legislativa é um aspecto como suporte legal para o acesso à informação do público de adolescentes considerados minorias sexuais e de gênero (MÜLLER et al., 2018). Nesse sentido, este grupo é considerado de pouco acesso à informação necessária sobre sua saúde sexual e reprodutiva, bem como sobre os serviços de saúde. Nesse contexto, a proteção legal para a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes é fundamental para o alcance da igualdade de gênero e da autonomia.

Pode-se acrescentar que o conhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos são igualmente importantes para o público portador de deficiências. Além da dificuldade do acesso a serviços de saúde sexual, este grupo também sofre com o estigma social e enfrenta dificuldades para exercer seu direito sexual e reprodutivo (HUNT et al., 2017a). No mesmo eixo, sabe-se que os preconceitos e estereótipos, principalmente dos familiares, representam entraves na vida da pessoa em situação de deficiência.

Além disso, também se relaciona o assunto da sexualidade por meio da percepção de pessoas que não possuem deficiências físicas, enaltecendo que estas identificam os deficientes como tendo menos direitos sexuais e reprodutivos e por conta disto, são privadas de benefícios inerentes aos serviços de saúde para pessoas sem deficiência (HUNT et al., 2017b). Entretanto, para que esta visão seja reduzida, é necessário esforços governamentais de elaboração de boas práticas que auxiliam o processo de inclusão, tendo como meta o desenvolvimento de diretrizes de acessibilidade das pessoas com deficiência em todos os segmentos sociais, inclusive no contexto da saúde sexual e reprodutiva.

Identificou-se a relevância do profissional de enfermagem com fins educativos para colaboração sobre a saúde sexual, reprodutiva, direitos sexuais e direitos reprodutivos de forma a promover orientação também, dentre outras populações, para os adolescentes

(ARGUEDAS, 2016). Nesse âmbito, para a garantia do exercício da saúde sexual e reprodutiva, é necessária uma Atenção Primária em Saúde (APS) atuante como estratégia para orientação do cuidado prestado visando a promoção em saúde, abordando diferentes maneiras de vivenciar a sexualidade.

Pode-se então inferir que profissionais de saúde com níveis mais altos de educação adotam uma abordagem mais favorável aos jovens, sobre Saúde Sexual e Reprodutiva (ESSACK; TOOHEY; STRODE, 2016). Isso explica-se, pelo fato de a promoção da saúde possibilitar interações dos adolescentes com o profissional de saúde, melhorando a qualidade da assistência na saúde sexual nesse público.

Os estudos incluídos discorrem sobre a relevância da análise com criticidade pelos profissionais de saúde das informações com o objetivo de tomar as melhores condutas sobre a sexualidade e a saúde sexual de crianças e adolescentes. E sendo assim, destaca-se que a atenção aos adolescentes possui lacunas pela carência de orientações de diversos atores como: pais, professores e profissionais de saúde e para que esta realidade seja modificada são necessários estudos que visem a saúde sexual e reprodutiva no adolescente (MACINTYRE; VEGA; SAGBAKKEN, 2015a; MACINTYRE; VEGA; SAGBAKKEN, 2015b) Nesse contexto a promoção a saúde é o principal ganho, proporcionando uma melhor qualidade de vida da saúde sexual e reprodutiva.

5 | CONCLUSÕES

Quando aos direitos sexuais e reprodutivos, apenas um artigo foi desenvolvido no Brasil, o que abre uma possibilidade teórica e temática para pesquisas sobre sexualidade, direitos sexuais e reprodutivos principalmente no público adolescente. O empoderamento dos Direitos Sexuais e reprodutivos é importante ferramenta para a solidificação da saúde sexual. É fundamental o fornecimento de orientações e esclarecimentos sobre métodos que tornem os adolescentes livres em suas escolhas de acordo com seu projeto de vida

REFERÊNCIAS

ARGUEDAS, V.M. **Mediación pedagógica en salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos dirigida a adolescentes**. Revista Enfermería actual de Costa Rica, v. 5, n. 31, p 327-345, 2016.

BRASIL, M.S. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, M.S. **Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados**. 2014.

ESSACK, Z.; TOOHEY, J.; STRODE, A. **Reflecting on adolescents' evolving sexual and reproductive health rights: canvassing the opinion of social workers in KwaZulu-Natal, South Africa**. Reproductive Health Matters, v. 24, n. 47, p. 195-204, 2016.

FERRARI, W.; PERES, S.; NASCIMENTO, M. **Experiment and learning in the affective and sexual life of young women from a favela in Rio de Janeiro, Brazil, with experience of clandestine abortion.** *Ciência saúde coletiva*, v. 23, n. 9, p. 2937-2950, 2018.

HUNT, X.; BRAATHEN, S.H.; SWARTZ, L.; CAREW, M.T.; ROHLEDER, P. **Intimacy, intercourse and adjustments: Experiences of sexual life of a group of people with physical disabilities in South Africa.** *Journal of Health Psychology* v. 23, n. 2, p. 289-305, 2017a.

HUNT, X.; CAREW, M.T.; BRAATHEN, S.H.; SWARTZ, L.; CHIWAULA, M.; ROHLEDER, P. **The sexual and reproductive rights and benefit derived from sexual and reproductive health services of people with physical disabilities in South Africa: beliefs.** *Reproductive Health Matters*, v. 25, n. 50, p. 66-79, 2017b.

LEMOS, A. **Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde.** *Saúde debate*, v. 28, n. 101, p. 244-253, 2014.

MACINTYRE, A.K.J.; VEGA, A.R.M.; SAGBAKKEN, M. **Sexuality? Amillion things come to mind”: reflections on gender and sexuality by Chilean adolescents.** *Reproductive Health Matters*, v. 23, n. 46, p. 85-95, 2015a.

MACINTYRE, A.K.J.; VEGA, A.R.M.; SAGBAKKEN, M. **From disease to desire, pleasure to the pill: a qualitative study of adolescent learning about sexual health and sexuality in Chile.** *BMC Public Health*, v. 15, n. 1, p. 327-345, 2015b.

MORAES, S.P.; VITALLE, M.S.S. **Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência.** *Revista da Associação Médica Brasileira*, LUGAR, v. 58, n. 1, p. 48-52, 2012.

MÜLLER, A.; SPENCER, S.; MEER, T.; DASKILEWICZ, K. **The no-go zone: a qualitative study of access to sexual and reproductive health services for sexual and gender minority adolescents in Southern Africa.** *Reproductive Health*, v. 15, n. 1, p. 327-345, 2018.

NERY, I.S.; FEITOSA, J.J.M.; SOUSA, A.F.L.; FERNANDES, A.C.N. **Abordagem da sexualidade no diálogo entre pais e adolescentes.** *Acta paulista de enfermagem*, v. 28, n. 3, p. 287-292, 2015.

TAQUETTE S.R. **Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência.** *Adolescência Saúde*, v. 1, n.1, p. 72-77, 2013.

ÍNDICE DE VIOLÊNCIA COMETIDO PELO PARCEIRO ÍNTIMO EM MULHERES ASSISTIDAS NA CLÍNICA DA MULHER, EM TRÊS CORAÇÕES – MG

Data de aceite: 03/04/2023

Sirvani Eleuterio

Graduando em Bacharel em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio Verde (UNINCOR) – Três Corações – MG

Susinaira Vilela Avelar Rosa

Mestre em Saúde Coletiva pela UNIVAS – Pouso Alegre – MG

RESUMO: A violência por parceiro íntimo (VPI) é um problema para a saúde pública, que influencia a vida da mulher tanto físico, psicológico como socialmente. A violência está presente há muito tempo na sociedade, na vida familiar, sendo considerado um problema somente a partir dos anos 60, e, para muitos, sendo algo que a própria família deve resolver. Desta forma, o objetivo desta pesquisa foi levantar o índice de mulheres que sofrem ou sofreram violência por parceiro íntimo no município de Três Corações para que, posteriormente, o resultado seja utilizado como parte de um programa de saúde destinado a essa população. Trata-se de um estudo transversal, envolvendo seres humanos, com aplicação de questionário através do qual foram selecionadas 40 mulheres que frequentam a Clínica da Mulher nesse

município. A faixa etária variou entre 19 a 40 anos. Foi constatado que a forma de violência mais encontrada foi a sexual, num percentual de 87,5% em relação à violência psicológica e física, com 55,5% e 20,0% respectivamente.

PALAVRAS-CHAVE: Violência, Mulher, Parceiro íntimo.

RATES OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE AGAINST WOMEN ASSISTED IN WOMEN'S CLINIC IN TRÊS CORAÇÕES – MG

ABSTRACT: The intimate partner violence (IPV) is a problem for public health which influences the lives of women in both physically, psychologically and socially ways. Violence has been present for a long time in society, family environment, and is considered a problem merely from the 60's and for many is considered only a family matter. Therefore, the objective of this research was to analyze the index of women who suffer or suffer intimate partner violence in Três Corações City to use the result as part of a health program for this population. It is a cross-sectional study involving humans and was used a questionnaire to selected 40 women that attend the Women's Clinic in

this city. The age group was between 19 to 40 years old. It was verified that the most frequent form of violence was sexual in a percentage of 87.5% in relation to psychological and physical violence, with 55.5% and 20.0% respectively.

KEYWORDS: Violence, Women, Intimate partner.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (2002) considera violência como qualquer comportamento realizado consciente, com o uso de intimidação ou força física que cause danos tais como lesões corporais ou mentais a vítima como o uso intencional da força física ou do poder, real ou sob ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento e privação (ROSA, 2013).

A violência está presente há muito tempo na sociedade, na vida familiar, sendo considerado um problema somente a partir dos anos 60, e ainda pra muitos sendo algo que a própria família deve resolver (CARVALHO e SENRA, 2014), e hoje vista como um problema de saúde pública global, com sérios danos à saúde e ao desenvolvimento psicológico e social para receptor da ação (SENRA *et al*, 2011).

A Assembleia Geral realizada em 1993, pela Organização das Nações Unidas (ONU), foi considerado um marco para a Erradicação da Violência contra as Mulheres, definindo essa violência como:

“Qualquer ato de violência baseada no gênero que produza ou possa produzir danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais na mulher, incluídas ameaças de tais atos, a coerção ou privação arbitrária da liberdade, tanto na vida pública quanto na privada” (Silva, 2006).

Vários estudos ocorreram após esta Assembleia para investigar esse tipo de violência e suas consequências para a saúde da mulher, sendo este um problema para a saúde pública, passando a adotar o termo violência por parceiro íntimo (VPI), definida pela OMS (2012), como “comportamento dentro de uma relação íntima que cause dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores”.

O índice de morbidade e mortalidade por violência contra mulher é muito grande, e na faixa etária de 15 a 44 anos a ocorrência de morte é maior do que morte por câncer, a malária, e os acidentes de trânsito (OMS, 2009 apud ROSA, 2013).

Pesquisa realizada em 10 países apresentou a ocorrência de 12,9 a 61,0% de violência física, 6,2 a 58,6% de violência sexual e 19,6 a 75,1% de violência psicológica, sendo na maioria dos casos perpetrada por aqueles com que a mulher mantém relação afetiva, seu parceiro íntimo, o qual usa do seu poder masculino sobre a mulher (VIEIRA *et al*, 2014).

No Brasil foi realizado um balanço dos atendimentos da Central de Atendimento

à Mulher em 2013 e constatou-se que ocorreram 55,2% de violência física, 29,5% de violência psicológica e 10,2% de violência moral, sendo 84% dos acometidos por parceiros íntimos atuais ou passados (Central de atendimento da Mulher, 2013).

Em Minas Gerais 41,61% de mulheres em âmbito de suas relações domésticas, afetivas ou familiares sofreram agressão pelo seu cônjuge, ex-cônjuge ou parente (CNJ, 2013).

Diante destes dados, a VPI é considerada como um problema complexo e estigmatizado, um dos maiores riscos para a saúde pública, tanto nacional como internacionalmente. Os dados existentes demonstram a ausência de relatos e definições inconsistentes, o que dificulta uma precisão melhor deste (LOWDERMILK *et al*, 2012).

É na Atenção Básica que as ações de prevenção, reflexão e orientação às mulheres vitimadas por VPI devem ser trabalhadas, pois os profissionais da área de saúde tais como médico, psicólogo, assistentes sociais, podem oferecer um cuidado integral e de qualidade, e principalmente a enfermagem, que está sempre em contato com essas mulheres devido a sua frequente presença no ambiente de saúde (GOMES *et al*, 2014).

Assim, o objetivo deste trabalho foi levantar o índice de mulheres que sofrem ou já sofreram VPI no Município de Três Corações, para que, posteriormente, o resultado seja utilizado como parte de um programa de saúde destinado a essa população.

REFERENCIAL TEÓRICO

A violência apresenta várias faces, formas e manifestações que se interligam, interagem, realimentam e fortalecem, sendo um problema social e de saúde, de intenso impacto mundial, com raízes macroestruturais (LEITE, 2014).

De acordo com Pacheco 2012, violência é uma palavra derivada do latim, *Vís*, que significa “força” e se refere às noções de constrangimentos e ao uso da superioridade física sobre o outro e que sofre influência de épocas, locais e circunstâncias (PACHECO, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (2002) define violência em seu primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde como o uso intencional da força física ou do poder, real ou ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade.

Uma das maiores preocupações na saúde e nos direitos humanos é a violência contra a mulher que ocorre em ambiente doméstico, a violência por parceiro íntimo (VPI), podendo ter uma evolução progressiva como violência psicológica/emocional, violência física e violência sexual, causando danos à saúde da mulher (OSIS *et al*, 2012).

Ferreira *et al* (2015) considera a violência por parceiro íntimo um fenômeno universal, com complexa rede de fatores de riscos e consequências específicas para a saúde da vítima e tem chamado a cada dia a atenção do setor de saúde, encontrando em destaque

na agenda de políticas públicas e nas discussões de instituições governamentais.

Silva (2014) menciona que a violência contra a mulher influencia no aumento de suicídio, uso abusivo de substâncias psicoativas, cefaleias, distúrbios gastrintestinais, sofrimento psíquico, como também gravidez indesejada, dor pélvica crônica, doença inflamatória pélvica, doenças sexualmente transmissíveis e ainda a ocorrência tardia de artrite, problemas cardíacos e hipertensão.

Os estudos epidemiológicos nos últimos cinco anos realizados no Brasil sobre a violência contra a mulher não apresenta um panorama da realidade da violência no Brasil, mas expressa sua grande ocorrência, sendo esta ação causada por alguém de seu convívio familiar, ambiente doméstico, onde na maioria das vezes não provoca morte, mas graves problemas psicofisiológicos (TAQUETTE, 2015).

A cartilha “Lei Maria da Penha e Direitos da Mulher” (2011) publicada pelo Ministério Público Federal ressalta que a violência doméstica é contextualizada por difamações ou prejuízos que acometem a dignidade e respeitabilidade da mulher. Pode ser compreendida como uma das indicações da violência psicológica, uma vez que para agredir psicologicamente é fundamental desprestigiar colocando em hesitação a aptidão moral da mulher. Esta circunstância não deposita, a princípio, traumas aparentes no indivíduo, porém pode induzir a severas situações psíquicas e emocionais.

Dresch (2011) coloca que a cada 15 segundos uma mulher é perpetrada pelo seu parceiro íntimo em seu ambiente doméstico, e esta violência contra a mulher, segundo estudo realizado, é responsável pela falta das mesmas no trabalho, ocasionando não só prejuízos emocionais, sociais, mas também financeiros, diminuindo de 3% a 20% no rendimento mensal.

No artigo 7º da Lei Maria da Penha, Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006, as formas de violência doméstica e familiar contra a mulher se classificam da seguinte maneira:

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e

reprodutivos;

IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Ainda nessa lei, em seu artigo 2º, toda mulher tem o direito de viver com segurança e sem violência, preservando sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social, sem influência de raça, etnia, classe, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião.

O Pacto Nacional pelo enfrentamento à violência contra a mulher, de 2011, divide a rede de atendimento à mulher em quatro importantes setores – saúde, justiça, segurança pública e assistência social, como também em duas categorias de serviços: serviços não especializados de atendimento à mulher (hospitais gerais, serviços de atenção básica, programa saúde da família, delegacias comuns, polícia militar, polícia federal, Centros de Referência de Assistência Social/ CRAS, Ministério Público, defensorias públicas, posto avançado de atendimento à migrante) e Serviços especializados de atendimento à mulher: Centros de Atendimento à Mulher em situação de violência (Centros de Referência de Atendimento à Mulher, Núcleos de Atendimento à Mulher em situação de Violência, Centros Integrados da Mulher), Casas Abrigo, Casas de Acolhimento Provisório (Casas de Passagem), Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM), Núcleos especializados de atendimento às mulheres nas delegacias comuns; Núcleos da Mulher nas Defensorias Públicas, Promotorias Especializadas, Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180, Ouvidoria da Mulher, Serviços de saúde voltados para o atendimento aos casos de violência sexual e doméstica, Serviços de Atendimento em Fronteiras Secas (Núcleos da Mulher na Casa do Migrante).

De acordo com a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República 09/01/2014, em Minas Gerais existem 50 serviços de atendimentos especializados à mulher, sendo uma Defensoria Pública Especializada na Defesa dos Direitos das Mulheres em Situação de Violência, seis Núcleos de Defesa dos Direitos da Mulher em Situação de Violência (NUDEM); trinta e cinco Delegacias Especializadas de Atendimento à mulher (DEAM), duas Delegacias Especializadas de Crimes Contra a Mulher (DECCM), uma Delegacia de Polícia de Mulheres (DPM), duas Delegacias de Repressão a Crimes Contra a Mulher (DACCM) e uma Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher e ao Menor Infrator.

No Brasil, em 2011, 70% dos registros de atendimentos realizados foram de mulheres vitimadas da violência em sua própria casa. Ainda neste estudo, 15 a 71% das mulheres

no mundo todo, já sofreram algum tipo de violência física e sexual perpetrada por parceiro íntimo (OMS, 2011 apud ROSA, 2013).

De janeiro a junho de 2015, de acordo com a publicação do Estado de Minas, 283 mulheres em Minas Gerais foram assassinadas, uma média de 47,1 vitimas por mês. O número em comparação a 2013, 2014 e 2015 se manteve, sendo que em 2013 foram registrados 288 casos, em 2014 284 e em 2015 283 casos de violência doméstica e familiar.

Ainda na publicação anterior, houve um aumento no primeiro semestre de 2015 de 0,9% se comparado com o ano anterior e a violência física e violência psicológica em maior prevalência.

No trabalho de Castilho (2014), o objetivo da Lei Maria da Penha como política pública é instituir comandos e ações que impeçam esse tipo de violência, tendo o Ministério Público obrigação de intervir, atuar e requisitar serviços e auxílio das áreas publicas de defesa policial, saúde, educação e assistência social, como também fiscalização de estabelecimentos públicos e privados de atendimento à mulher de situação de violência doméstica e familiar.

Algumas pesquisas anteriores colocam que, por ser um local de maior contato com a mulher, o serviço básico de saúde tem um importante papel na identificação do problema, podendo assim desenvolver cuidados de prevenção, promoção e recuperação da saúde das mulheres vitimadas dessa violência (GOMES *et al*, 2014).

Para Cordeiro *et al.* (2013), é necessário que os serviços de saúde que realizam atendimento à mulher a enxergue como um todo, para que possam alcançar o equilíbrio entre os aspectos de vida dessas mulheres perpetradas pela violência.

Segundo o Ministério de Saúde (2011), os programas desenvolvidos devem ser integrados, com recursos disponíveis e um acolhimento humanizado para que a vítima se sinta protegida e estabeleça um vinculo de confiança com o profissional.

Para a Portaria, GM/MS Nº 1.271/2014 a notificação da violência domestica deve ser realizada em ficha de notificação/investigação individual, violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais e registradas no SINAN, e esta notificação, de acordo com a Lei 10. 778 de 24 de novembro de 2003 devem ser feita por médicos, enfermeiras, assistentes, hospitais, postos de saúde e todas as instituições de atendimento médico tanto privado quanto público.

Desta forma, os profissionais de saúde tem um papel importante na assistência, tornando-se necessário a união de todos os profissionais com os gestores públicos para implementação de políticas para erradicação da violência contra a mulher (JANUÁRIO, 2010).

MÉTODOS

Foi desenvolvido um estudo transversal na Atenção Primária à Saúde – Clínica da

Mulher, no município de Três Corações, Minas Gerais, Brasil, em outubro de 2015.

O tamanho da amostra foi de 10% (n= 40) sobre a população de 400 mulheres atendidas semanalmente neste setor de saúde, em consultas ginecológica e obstétrica, de 18 a 40 anos, tendo o cálculo sido realizado com um risco de 5%.

O questionário aplicado foi adaptado de modo que as informações abstraídas se julgavam pertinentes para o presente estudo, composto de variáveis independentes como variáveis pessoais e socioeconômicas quantitativas – idade da respondente, estado civil, cor, grau de instrução, número de habitantes na casa e renda per capita; e variável dependente que buscou a existência de abuso físico, psicológico ou sexual, através de um questionário validado por Delgado (2006) e modificada por Rodrigues (2012), de 10 questões com cinco alternativas de resposta: nunca, quase nunca, às vezes, bastante, quase sempre, sendo de 1 a 5 referem ao abuso psicológico; 6, 7, 9, e 10 ao abuso físico e 8 ao abuso sexual.

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de setembro à outubro de 2015, e o questionário foi aplicado pela pesquisadora, sendo aplicados 05 questionários por dia aleatoriamente e o tempo médio de entrevistas foi de 20 minutos.

RESULTADOS

A figura 1 representa as questões relacionadas às agressões psicológicas a que as mulheres pesquisadas já sofreram.

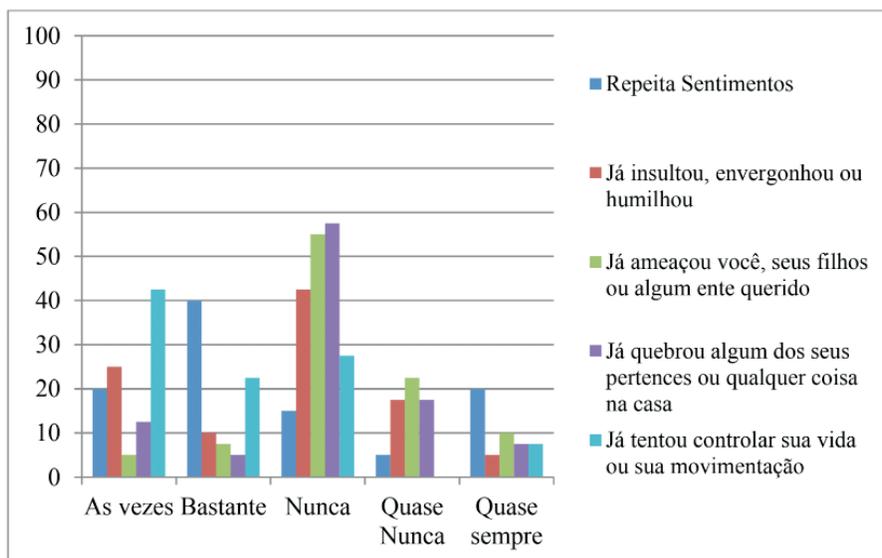


Figura 1 Agressões Psicológicas

Fonte: elaborado pelo autor, 2015

A figura 2 representa as questões relacionadas às agressões físicas a que as mulheres pesquisadas já sofreram, ressaltando que a questão de número oito do questionário aborda somente agressão sexual.

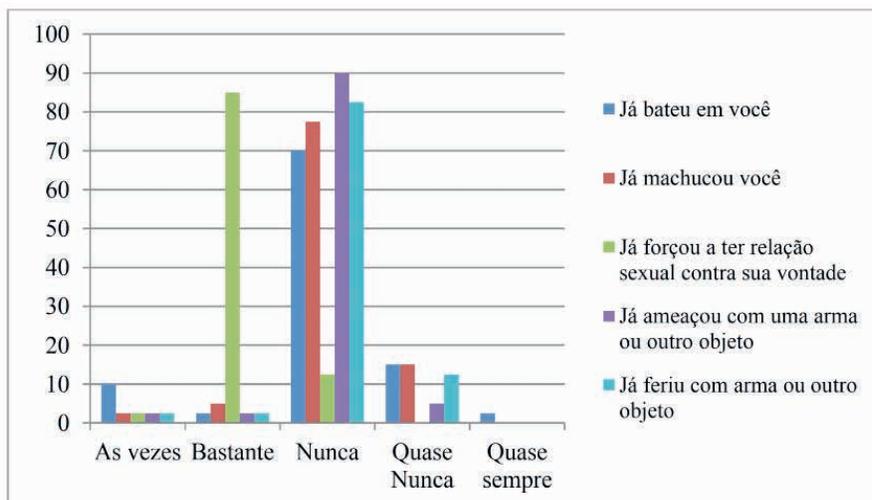


Figura 2 – Agressões Físicas e Sexual

Fonte: elaborado pelo autor, 2015

DISCUSSÃO

Osís *et al.* (2012), em estudo realizado, coloca que a violência contra mulher é responsável pelos sinais e sintomas como depressão, ansiedade, insônia, problemas ginecológicos, e que apresentam a maioria das mulheres que procuram o serviço de saúde de atenção básica.

As variáveis 1 e 2 – respeita seus sentimentos e já insultou, envergonhou ou humilhou, nos mostra com sua porcentagem 60% e 57% respectivamente, a existência da violência que torna a mulher depressiva, desanimada, com o índice de qualidade de vida diminuído e dificuldade de inserção social.

O uso de ameaças sobre os filhos, entes queridos, como também quebrar os seus pertences é uma forma de intimidar, chantagear a mulher, pois sabe-se que a mulher usará de sua atitude materna e humana para proteger aquele que gerou. A violência para Acosta *et al.* (2015) pode gerar comportamentos violentos, desajustes, prejudicando a educação e formação da criança.

Na variável 5 - já tentou controlar sua vida ou sua movimentação - com apresentação de 72,5 %, percebe-se o uso do poder do homem sobre a mulher, privação arbitrária de sua liberdade, deixando-a presa ao seu próprio eu, por vergonha, medo, de maneira que estas

ações cristalizem sua mente, tornando-as passíveis do controle do seu parceiro.

Segundo Gonçalves *et al.* (2012), a frequência dessas ações leva a um desgaste na relação, onde o respeito mútuo deixa de existir. É um tipo de agressão que não marca fisicamente, mas causa danos à mente da perpetrada, tornando difícil de apagar.

Essa violência se caracteriza por violência psicológica, em que de acordo com Fonseca (2012), as agressões iniciam sempre com a violência psicológica e sua durabilidade é por todo o ciclo da violência, incorporando outros tipos de violência com o passar do tempo. É uma violência silenciosa, crônica, comprometedora da saúde psicológica da mulher que leva a baixa autoestima, estresse, mudança de identidade ou ao desenvolvimento social; a pessoa passa sentir-se desvalorizada, com medo, insegura, podendo adoecer com mais facilidade, principalmente em situações prolongadas por muito tempo.

Diante do número apresentado na variável 8, evidencia-se mais uma vez o poder do homem exercido sobre suas parceiras, onde ele usa do seu poder para manter a relação sexual, independente de sua vontade.

Para Cordeiro *et al.* (2013), a violência sexual é perpetrada pelos agressores no intuito de humilhar, apavorar, e mostrar soberania do controle do homem sobre a mulher. É um ato de violação dos direitos humanos, que leva danos à saúde mental e física da mulher, normalmente sendo irreversível.

CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa evidenciaram que todas as participantes vivenciam ou vivenciaram algum tipo de violência, sendo a violência sexual a mais predominante.

O profissional da saúde tem um papel muito amplo, com várias possibilidades de intervenção. Nessa direção, tendo o profissional da saúde um papel muito amplo, com várias possibilidades de intervenção, faz-se vital formações que deem importância para as temáticas de gênero e violência, possibilitando maior preparo dos profissionais para atuarem nessa conjuntura, já que na maioria das vezes buscam o profissional de saúde para atendimento.

APÊNDICES

Questionário do Usuário

Questionário	Às vezes	Bastante	Nunca	Quase Nunca	Quase Sempre
1 – Respeita seus sentimentos	8	16	6	2	8
2 – Já lhe insultou, envergonhou ou humilhou?	10	4	17	7	2
3 – Já ameaçou você, seus filhos ou algum ente querido?	2	3	22	9	4
4 – Já quebrou algum de seus pertences ou qualquer coisa na casa?	5	2	23	7	3
5 – Já tentou controlar sua vida ou sua movimentação?	17	9	11	0	3
6 – Já bateu em você?	4	1	28	6	1
7 – Já a machucou?	1	2	31	6	0
8 – Já forçou você a ter relações sexuais contra sua vontade?	1	34	5	0	0
9 – Já a ameaçou com uma arma ou outro objeto?	1	1	36	2	0
10 – Já feriu com uma arma ou outro objeto?	1	1	33	5	0

Planilha de Porcentagem (%) – Violência Psicológica

Questionário	Às vezes	Bastante	Nunca	Quase Nunca	Quase Sempre
1 – Respeita seus sentimentos	20,0	40,0	15,0	5,0	20,0
2 – Já lhe insultou, envergonhou ou humilhou?	25,0	10,0	42,5	17,5	5,0
3 – Já ameaçou você, seus filhos ou algum ente querido?	5,0	7,5	55,0	22,5	10,0
4 – Já quebrou algum de seus pertences ou qualquer coisa na casa?	12,5	5,0	57,5	17,5	7,5
5 – Já tentou controlar sua vida ou sua movimentação?	42,5	22,5	27,5	0,0	7,5

Planilha de Porcentagem (%) – Violência Física e Sexual

Questionário	Às Vezes	Bastante	Nunca	Quase Nunca	Quase Sempre
6 – Já bateu em você?	10,0	2,5	70,0	15,0	2,5
7 – Já a machucou?	2,5	5,0	77,5	15,0	0,0
8 – Já forçou você a ter relações sexuais contra sua vontade?	2,5	85,0	12,5	0,0	0,0
9 – Já a ameaçou com uma arma ou outro objeto?	2,5	2,5	90,0	5,0	0,0
10 – Já feriu com uma arma ou outro objeto?	2,5	2,5	82,5	12,5	0,0

AGRADECIMENTO

A equipe de enfermagem da Clínica da Mulher em Três Corações pela acolhida.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, D.F. *et al.* **Violência contra mulher por parceiro íntimo: (in) visibilidade do problema**, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00121.pdf>. Acesso em 20 out 2015.

CARTILHA LEI MARIA DA PENHA E DIREITOS DA MULHER.Org Ministério Público Federal – Procuradoria Federal dos Direitos Do Cidadão. Brasília, 2011.

CARVALHO, L; SENRA, L. X. **Homem vítima de violência conjugal: uma análise bibliométrica e sistemática**. Revista Científica da Faminas - v. 10, n. 2, maio-ago. 2014 Muriaé- MG, 2014. www.faminas.edu.br/download/baixar/461. Acesso em 02 maio 2015.

CASTILHO, E. W. V. **A Lei Maria da Penha e as Políticas Públicas**. 2014. Disponível em: <<http://www.ssp.rs.gov.br/?model=conteudo&menu=91&id=20355>>. Acesso em 02 nov 2015.

Central de Atendimento a Mulher. Disponível em < www.spm.gov.br/sobre/.../2013/balanco-ligue-180-janeiro-a-junho-2013>. Acesso em 02-mar-2014.

Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Atuação do poder Judiciário na aplicação da lei Maria da Penha**. Brasília, 2013. Disponível em: < http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2013/04/CNJ_pesquisa_atuacaoPJnaaplicacaoLMP2013.pdf>. Acesso em 22 jun 2015.

CORDEIRO, L. A. M et al. **Violência contra a mulher: revisão integrativa**. Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(esp):862-9, mar., 2013. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../5737> Acesso em 27 abril 2015.

DEAM - Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher. Disponível em: <https://sistema3.planalto.gov.br/spmu/atendimento/busca_subservico.php?uf=MG&cod_subs=11>. Acesso em 11 nov 2015.

DELGADO, A.; AGUAR M.; LUNA DEL C. J.D. **Validacion de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres**. Revista Atención Primaria. 2006; 38(2): 82-9.

DRESCH, G. **Violência perpetrada contra mulher pelo seu parceiro íntimo: uma análise sobre os estudos empíricos na realidade brasileira**. 2011. 28f. Monografia (Especialização em Psicologia Cognitivo-Comportamental) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: < www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/56827/000824045.pdf?sequence=1>. Acesso em 18 - maio - 2015.

Estado de Minas. **Minas tem média de 47 mulheres assassinadas por mês em 2015**. <http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2015/08/31/interna_gerais,683598/minas-tem-media-de-47-mulheres-assassinadas-por-mes-em-2015-revela-pe.shtml>. Acesso em 11 out 2015.

FERREIRA, M.F et al. **Efeito da violência física entre parceiros íntimos no índice de massa corporal em mulheres adultas de uma população de baixa renda**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(1):1-13, jan, 2015. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csp/v31n1/0102-311X-csp-31-01-00161.pdf>. Acesso em 03 - abril - 2015.

FONSECA, D. H., RIBEIRO, C. G., LEAL, N. S. B. **Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais**. Psicologia & Sociedade; 24 (2), 307-314, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/psoc/v24n2/07.pdf>. Acesso em 02 out 2015.

GOMES, V. R. et al. **Violência Contra a Mulher na Região Norte: A Versão da Mídia Impressa Paraense**. Revista de Laboratório de Estudo da Violência UNESP/Marília. Ed 14. Ano 2014. Nov/2014 – ISSN 1983-2192. Disponível em <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/levs/article/view/4213>. Acesso em 05 maio 2015.

GONÇALVES, A. *et al.* **Razões por que algumas mulheres se sujeitam a relacionamentos conjugais violentos**. 2012. Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/razoes-por-que-algumas-mulheres-se-sujeitam-a-relacionamentos-conjugais-violentos/106929/>> Acesso em 15 nov 2015.

JANUÁRIO, I.S. *et al.* **VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA À MULHER: diretrizes legais para a assistência de enfermagem**. 2010. Disponível em: < <http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/l42045.E10.T6897.D6AP.pdf>>. Acesso em 05 jun 2015.

LEI 10. 778 de 24 de novembro de 2003. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: < Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm. Acesso em 20 – abril – 2015

LEI Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em 20 – abril – 2015.

LEITE, M.T.S. **Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. Montes Claros**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, jan.-fev. 2014;22(1):85-92. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em 20-03-2015

LOWDERMILK, D. L. *et al.* **Obstetrícia e saúde da Mulher: Saúde da Mulher e enfermagem Obstétrica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 93 a 112p.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Notificação de Violência Interpessoal/ Autoprovocada – Portaria GM/MS nº 1271/2014 e SINAN versão 5.0. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/notificacao-de-violencia-interpessoal-autoprovocada>>. Acesso em 11 nov 2015.

OLIVEIRA, G C C, PAES, M. S. L. **Violência de gênero contra a mulher: a vivência deste fenômeno.** Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste, V. 7 - N. 1 - Jul./Ago. 2014. Disponível em: < <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v7/05-violencia-de-genero-contra-a-mulher-a-vivencia-deste-fenomeno.pdf> >. Acesso 15 mar. 2015.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS, 2002.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. 2009. 112 p.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Natureza, magnitude e consequências da violência sexual e da violência por parceiro íntimo.** In: **Prevenção da Violência Sexual e da Violência pelo Parceiro Íntimo Contra a Mulher: Ação e produção de evidência.** Organização Mundial da Saúde, 2012. p. 11-17

OSIS, M.J. D; DUARTE, G. A; FAÚNDES, A. **Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais.** Revista Saúde Pública- São Paulo, v.46 nº 2 – abr 2012. Disponível em <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034>. Acesso em 18 - maio- 2015.

PACHECO, L. R. **Violência conjugal no âmbito doméstico: As vozes de mulheres que romperam com a agressão.** 2012. Mestrado em enfermagem. A enfermagem nos cuidados à saúde humana. Faculdade de enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiana, 2012. Disponível em: <<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/levs/article/view/4213>>. Acesso em 29 abril 2015.

Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.** Brasília, 2011. Disponível em: < <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/pacto-nacional>>. Acesso em 20 set. 2015.

PASINATO, W. *et al* . **Violência Contra a Mulher e Acesso à Justiça. Estudo comparativo sobre a aplicação da Lei Maria da Penha em cinco capitais.** CEPIA- Cidadania, estudo, pesquisa, informação e ação. out 2013. Disponível em <www.cepia.org.br/pesquisa_out.pdf>. Acesso em 20 mar 2015.

RODRÍGUEZ-BORREGO, M.A, VAQUERO-ABELLÁN M, ROSA L. B. Estudo transversal sobre fatores de risco de violência por parceiro íntimo entre enfermeiras. Revista Latino Am. Enfermagem 20(1): [08 telas] jan. fev. 2012. Disponível em <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em 20 abril 2015.

ROSA, O. A. **Violência provocada pelo parceiro íntimo: prevalência e fatores associados em usuárias da atenção primária à saúde em região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil,** 2013. 94 f. Dissertação (Pós Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência-Medicina Preventiva e Social) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013. Disponível em <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bistream/handle/1843>>. Acesso em 15 maio 2015.

Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República Disponível em: <<http://www.compromissoeatitude.org.br/nucleosdefensorias-especializados-de-atendimento-a-mulher/>> Acesso em 02 nov 2015.

Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. Disponível em: <www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/pacto-nacional>. Acesso em 11 nov 2015.

SENA, C. D. **Fatores associados à violência doméstica em gestantes atendidas em uma maternidade pública.** 2014. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador 2014. Disponível em <<http://www.pgenf.ufba.br/sites/pgenf.ufba.br/files/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20-%20CHALANA%20DUARTE%20SENA.pdf>>. Acesso em 02 - abril - 2015.

SENRA, L.X; LOURENÇO, L. M; PEREIRA, B. O. **Características da Relação entre Violência Doméstica e Bullying: Revisão Sistemática da Literatura.** Revista Interinstitucional de Psicologia, 4 (2), jul-dez, 2011, 297-309. <<http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/viewFile/181/222>>. Acesso em 16 abril 2015.

SILVA, A.C.L.G; COELHO, E.B.S; PIRES, R.O.M. **O que se sabe sobre o homem autor de violência contra a parceira íntima: uma revisão sistemática.** Revista Panam Salud Publica v.35, n.4, Washington Apr. 2014. Disponível em <www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n4/07.pdf>. Acesso em 02 - abril - 2015

SILVA, M. A. **Prevalência e fatores associados a violência doméstica contra as mulheres assistidas no centro de atenção à mulher – CAM/IMIP, em Recife/Pernambuco, 2006.** 105 fls. Disponível em <http://www.imip.org.br/site/ARQUIVOS_ANEXO/mestrado%20maria%20arleide;;20071130.pdf>. Acesso em 10 maio 2015.

TAQUETTE, S.R. **Violência contra a mulher adolescente – revisão de estudos epidemiológicos brasileiros publicados entre 2006 e 2011.** Adolesc. Saude, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 66-77, jan/ mar 2015. Disponível em: <<http://www.adolescenciaesaude.com/resumo.asp?id=478>>. Acesso em 2 jun 2015.

VIEIRA, C.R.D, MARCOLINO, E. C, CORREIO, A L C. **Violência doméstica contra a mulher e atenção à saúde: uma revisão sistematizada da literatura.** Revista Unimontes - Montes Claros, v. 16, n.2 - jul./dez. 2014. Disponível em <<http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/273>>. Acesso em 13 - abril - 2015.

ANEXO

ÍNDICE DE VIOLÊNCIA COMETIDO PELO PARCEIRO ÍNTIMO EM MULHERES ASSISTIDAS NA CLÍNICA DA MULHER, EM TRÊS CORAÇÕES - MG Questionário Usuário

Número de identificação ()

Características Pessoais e Sócio-familiares

Qual o seu estado civil?

1. () Casado(a)
2. () Solteiro(a)
3. () União estável

4. () Divorciado(a)
 5. () Viúvo(a)
 6. () Separado(a) ou desquitado(a) judicialmente

03. Cor

1. () Branca
 2. () Preta
 3. () Parda
 4. () Amarela

04. Qual o seu grau de instrução

1. () Fundamental incompleto
 2. () Fundamental completo
 3. () Ensino médio (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) incompleto
 4. () Ensino médio (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) completo
 5. () Superior incompleto
 6. () Superior completo
 7. () Mestrado
 8. () Doutorado

05. Quantas pessoas moram na sua casa? _____

06. Renda familiar _____.

QUESTIONÁRIO

Questões: seu marido / parceiro	ABUSO	
	Não	Sim
1. Respeita seus sentimentos?	Nunca	Quase nunca
		Às vezes
		Bastante
		Quase sempre
2. Já lhe insultou envergonhou ou humilhou?	Nunca	Quase nunca
		Às vezes
		Bastante
		Quase sempre
3. Já ameaçou você, seus filhos ou algum ente querido?	Nunca	Quase nunca
		Às vezes
		Bastante
		Quase sempre
4. Já quebrou algum de seus pertences ou qualquer coisa na casa?	Nunca	Quase nunca
		Às vezes
		Bastante
		Quase sempre

5. Já tentou controlar sua vida ou sua movimentação?	Nunca	Às vezes
		Bastante
		Quase sempre
6. Já bateu em você?	Nunca	Quase nunca
		Às vezes
		Bastante
		Quase sempre
7. Já a machucou?	Nunca	Quase nunca
		Às vezes
		Bastante
		Quase sempre
8. Já forçou você a ter relações sexuais contra sua vontade?	Nunca	Quase nunca
		Às vezes
		Bastante
		Quase sempre
9. Já a ameaçou com uma arma ou outro objeto?	Nunca	Quase nunca
		Às vezes
		Bastante
		Quase sempre
10. Já a feriu com uma arma ou outro objeto?	Nunca	Quase nunca
		Às vezes
		Bastante
		Quase sempre

FATORES PSICOSSOCIAIS ENVOLVIDOS NA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

Data de aceite: 03/04/2023

Bruno da Silva Campos

Samyra Francisco Silva

Nayara Arifa Alves

Glenda Stefanny de Oliveira Graciano

Larissa Senhor de Jesus

industrial. No entanto, o panorama atual indica que a maioria das pessoas em situação de rua são provenientes de áreas urbanas, sendo o deslocamento do campo para a cidade não mais uma realidade frequente. (SICARI E ZANELLA, 2018)

O número de pessoas vivendo nas ruas vem se intensificando nos últimos anos e não se restringe às grandes metrópoles. Essa situação foi intensificada com a pandemia de Covid-19 e estima-se que ao menos 38.605 novas pessoas começaram a morar nas ruas no Brasil desde o início dela, de acordo com o que foi levantado pelo Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua (POLOS de Cidadania-UFMG, 2021), feito com base nos dados do CadÚnico, do Ministério da Cidadania.

Conforme o POLOS de Cidadania-UFMG (2021), a região Sudeste concentra 62,62% dessa população distribuídos entre Minas Gerais (11,84%), São Paulo (41,05%), Rio de Janeiro (8,04%) e Espírito Santo (1,69%). O estado de São Paulo é o estado que mais abriga pessoas

INTRODUÇÃO

A cartilha “A Psicologia e a População em Situação de Rua: Novas Propostas, Velhos Desafios” (Conselho Regional de Psicologia - MG, 2015), desenvolvida pelo Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, descreve que a população em situação de rua é um fenômeno mundial que ganha diferentes contornos em cada país ou região de acordo com o contexto histórico, social e cultural e com as formas com que o poder público lida com esse problema social.

Esse fenômeno foi intensificado no Brasil, a partir da primeira metade do século XX, devido ao êxodo rural e ao processo migratório impulsionado pelo crescimento

em situação de rua do país, concentra quase 66 mil pessoas em situação de rua. Em relação às capitais brasileiras, depois de São Paulo, com um total de 36.367, a capital com maior população de rua é Belo Horizonte com 8.840 pessoas. Belo Horizonte, ainda, tem a segunda maior proporção de pessoas em situação de rua dentre todas as capitais brasileiras, com 340 pessoas em situação de rua a cada 100 mil habitantes, perdendo apenas para Boa Vista, capital de Roraima, com 411 pessoas em situação de rua por 100 mil habitantes.

Diante do alto número de pessoas em situação de rua em Belo Horizonte e a importância de visibilizar a realidade dessa população, é urgente a necessidade de mais estudos em relação a essa temática para melhoria das políticas públicas, atuação e acolhimento dessa população. Por isso, este foi o tema escolhido para a abordagem do nosso estágio, visando contribuir com mais estudos sobre as características das pessoas em situação de rua em Belo Horizonte.

OBJETIVO

Segundo Fontes (2022), no último Censo da população de rua, realizado em 2013 em Belo Horizonte, a maioria das pessoas afirmava ir para as ruas devido a conflitos com a família ou por questões financeiras. De acordo com a pesquisa, 30,11% das pessoas relataram algum problema com familiares ou companheiros como o principal motivo para irem às ruas, seguido de problemas relacionados a álcool e drogas que aparece em 10,06% da população entrevistada, 8,43% apontaram o desemprego como fator decisivo, e a perda de moradia foi informada por 6,02% da população analisada. Problemas relacionados a álcool e drogas aparecem somente em 10,06% da população.

O Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais (2016) aponta que as atividades desenvolvidas pelos psicólogos nos serviços/equipamentos que atendem à população em situação de rua possuem grande diversidade. Dentre essas atividades, estão incluídas: estudo dos marcos normativos, mapeamento dos usuários, busca ativa, abordagem, articulação de rede, encaminhamento, acolhimento, atendimento psicossocial, referenciamento dos pacientes, acompanhamento, contra referenciamento, elaboração de planos de atendimento, realização de oficinas, elaboração de relatórios, participação em reuniões. Os principais serviços/equipamentos voltados ao atendimento à população em situação de rua são: Serviços de Acolhimento Institucional, Serviços de Acolhimento em República, Centro POP, Serviço Especializado de Abordagem Social, Consultório de Rua e CAPSad.

Considerando o alto número de pessoas em situação de rua em Belo Horizonte, a atuação dos psicólogos nessa área e diante da necessidade de mais estudos com essa população para aprimoramento de abordagens e intervenções com esse grupo, este trabalho teve como objetivo analisar como se dá a relação das pessoas em situação de rua

que compõem a cena social da cidade com o tema saúde mental.

MATERIAL E MÉTODOS

O trabalho foi realizado por meio de entrevista semiestruturada com pessoas em situação de rua, com roteiro pré-estabelecido apenas para nortear a conversa e revisão da literatura sobre o tema.

Foram entrevistadas três pessoas em dias diferentes da região centro-sul de Belo Horizonte com idades entre 21 e 64 anos, todos do sexo masculino, garantido através do Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido o sigilo da identidade e que as informações fornecidas não seriam usadas para outros fins que não as previstas na pesquisa.

Para basear a discussão, foi realizada uma pesquisa bibliográfica utilizando artigos encontrados através do Google Acadêmico com as seguintes palavras chaves: “população em situação de rua e saúde mental”, “população em situação de rua e perspectiva de futuro” e “população em situação de rua e fatores psicossociais”.

As entrevistas buscaram identificar: 1- situação dos vínculos familiares, 2- quais os meios utilizados para sobreviver e tornar suportável o fato de viver na rua e 3- perspectiva de futuro e utilizamos um roteiro para nortear a entrevista conforme anexo 1.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com as perguntas realizadas, identificamos três principais pontos em comum entre os entrevistados: Vínculo familiar, habitação nas ruas (Como habitar às ruas se torna suportável. Fatores psicossociais, drogas, fuga da realidade e pensamento delirante) e perspectivas de futuro (Planos, metas e ambições).

Muitas pessoas, famílias e grupos que atualmente se encontram em situação de rua não nasceram nessa situação, mas se deslocaram para as ruas, onde passam a desenvolver formas de sobrevivência diária. De acordo com estudo feito por Schor (2015), antes de se tornarem moradores de rua, a maioria das pessoas (81%) viviam com seus familiares. (Costa, S. L. Ping, C. T. Massari, M. G. 2018).

Entrevistado I

“Entrevistadoras: O senhor teve filhos? Entrevistado: Tenho

Entrevistadoras: Não tem muito contato também não?

Entrevistado: Não, não, perdi o contato com eles também, se quer saber se tenho vontade de ter contato com eles, eu tenho, tem mais de 30 anos que não vejo eles[...].”

Entrevistado II

“Entrevistadoras: Ela é sua filha? Entrevistado: É...

Entrevistadoras: E você fica aqui sozinho? Entrevistado: Não, fica eu mais uma galera aí

Entrevistadoras: Você tem família? Entrevistado: Ela...

Entrevistadoras: Ela é sua família? Entrevistado: É.

Entrevistadoras: E sua família de origem... você tem contato com eles? Entrevistado: Não... não e não quero ter.”

Entrevistado III

“Entrevistadoras: E você teve filhos? Entrevistado: [mostra dois dedos levantados]

Entrevistadoras: Dois filhos? E você tem algum contato com eles? Entrevistado: Faz que não com a cabeça]

Entrevistadoras: Nenhum?

Entrevistado: esqueci, sabe por quê? Vou te falar por quê? Depois que a minha vida acabou, meu casamento [pausa] o culpado não sou eu e nem ela[...].”

De acordo com Moura et al. (2009) e Matias (2013) existe um sentimento de ambivalência e polarização dessa população atrelada à rua. Os autores afirmam que no primeiro momento a rua se apresenta como um espaço de liberdade, independência e autonomia, mas em seguida, surgem as dificuldades de sobrevivência básica, relevando-se como espaço de privação.

Sobre a sobrevivência, o entrevistado 2, catador de papelão em situação de rua, expressou as dificuldades quanto ao sustento dele e de sua família.

[...] Recursos. O que é muito desafio é recurso.

Você fica catando papelão?

Isso.

Só isso não é suficiente?

Não é [...] tem que comprar coisas pra ela (bebê), pra mim.”

As desigualdades sociais têm um profundo impacto na realidade da população mais pobre, resultando negativamente no seu estado de saúde e bem-estar. Nesse contexto, as pessoas que fazem como moradia os espaços das ruas, apresentam diversos fatores que são consequência de sua situação mais vulnerável. Segundo a pesquisa nacional acerca do perfil dos consumidores de álcool e outras drogas, o uso dessas substâncias continua crescendo, e aproximadamente 40% dos usuários no Brasil se encontram em situação de rua. A partir das narrativas sobre o modo de vida expressa pelo entrevistado 2, foi possível perceber a relação que o tempo nas ruas impacta no uso de drogas e na imagem de si.

Entrevistado 2 sobre o uso de álcool e drogas:

[...] eu não sou esse cara que tem o chamado abstinência [...] Hoje em dia tô no sapatinho de algodão, tô meio leve (risos) [...] A idade pesou né menina (risos), eu to com 63 anos, aí eu vou acompanhar uma era dessa? Departamento de jovens, não vou acompanhar. Aí vou ficando mais devagarinho, uma cachacinha, devagar e sempre.”

A Organização Mundial da Saúde, define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, sendo assim, saúde não consiste apenas na ausência de doença, mas sim em um estado completo. Nesse contexto, o adoecimento torna-se quase

que uma consequência natural para a vida da pessoa em situação de rua, isso porque o sujeito que vive nas ruas está sempre exposto a condições inadequadas de subsistência.

De acordo com o estudo Saúde Mental das pessoas em situação de rua (2016), existem alguns comportamentos comuns entre as pessoas que não têm moradia fixa. Dentro desses comportamentos encontram-se os pensamentos delirantes, com ideias que não podem ser alteradas facilmente pela argumentação.

Diálogo com falas desconexas de difícil compreensão apresentadas pelo entrevistado 1 no início de entrevista:

“[...] você sabe por quê, devotar a minha felicidade e a felicidade alheia, é a lei!

O Senhor é pulsão da minha vida, da sua vida!

[...] Perante (palavras difíceis de compreender) Pecado no Vaticano! [...]

Procriar a vida (sons incompreensíveis), DFJ Departamento feminino de jovem, como você vai querer ter um filho nessa era?

[...] rios de diamante se você fosse analisar hoje em dia perante a terceira civilização (Barulhos de carro, palavras difíceis de compreender), por ser normal, como fala Allan Kardec, perante o Brasil internacional laboratório de Manaus”

Em relação a perspectiva de futuro, como planos, metas e ambições, Segundo o artigo, famílias em situação de rua: perspectivas de trabalhadores e usuários do suas sobre proteção social e guarda familiar, infere-se que a população em situação de rua no caso de adultos e famílias, são previstos pela PNAS serviços de acolhimento institucional. Os serviços podem ser residenciais institucionais de até 50 pessoas ou casas de passagem de caráter provisório e emergencial. (COSTA, Samira Lima da; PING, Chao Tsai; MASSARI, Marina Galacini.)

Desse modo, com o acolhimento previsto pela instituição citada anteriormente, o amparo oferecido para público alvo é benéfico, pois estaria abrindo horizontes para novas perspectivas de futuro aos acolhidos, assim traçando planos, metas e ambições com um olhar diferente para a vida.

Entrevistado I

“Entrevistadoras: E hoje qual o seu maior desejo? Entrevistado: Meu maior desejo?

Entrevistadoras: É Entrevistado: Seria por exemplo, a minha casa a minha vida, a casa verde e amarela ou então esse auxílio bolsa aluguel

Entrevistadoras: O senhor gostaria de ter a sua casa? Entrevistado: Eu gostaria, um cantinho mais saudável

Entrevistadoras: O senhor deseja sair das ruas? Você para pensar assim

Entrevistado: Não, como diz, mesmo a gente tem que ser dez a dez, desse que eu conseguir uma casa de aluguel, mas eu, vou ficar nesse cantinho aqui, não é por nada não, há 20ano aqui, todo mundo me considera, ai sim, eu vou pra lá e volto, (palavras não compreendidas), todo mundo me salva aqui .”

Entrevistado II

“Entrevistadoras: E hoje o que te impossibilita de sair das ruas? Entrevistado: Meu anjinho

Entrevistadoras: Oi? Entrevistado: Meu anjinho

Entrevistadoras: Ela que te impossibilita de sair das ruas? Entrevistado: Pra mim sair das ruas

Entrevistadoras: Ah... ela que te motiva a sair das ruas! Entrevistado: É...

Entrevistadoras: E o que te impossibilita, hoje? O que não te deixa? Dificuldade..

Entrevistado: Muita coisa, viu.. apoio. Esse trem está aí. Ela chutou o balde, ué! Vai ter que esperar. Entrevistadora: Ela ficava com você aqui? Entrevistado: É

Entrevistadoras: E se ela conseguir a casa? O auxílio moradia... você vai junto?

Entrevistado: Vou, uai! Vou com ela na hora... vou.”

Entrevistado III

“Entrevistado: Esqueci, sabe por quê? Vou te falar por quê? Depois que a minha vida acabou, meu casamento [pausa] o culpado não sou eu e nem ela [pausa] eu vou tentar, eu já pedi a segunda via dos meus documentos lá na lagoinha, eu vou tentar recorrer a segunda via [pausa] e vou começar a trabalhar numa oficina mecânica, eu sou mecânico de automóvel, eu sou mecânico.

Entrevistadoras: O senhor vai começar a trabalhar como mecânico?

Entrevistado: Sim, vou fazer isso, porque já cansei de sofrer, de morar em meio de rua [pausa] não é que falar por acaso que eu amo a minha ex? não, já esqueci. Eu detesto o meu passado, eu detesto o meu passado [pausa].”

A experiência de ir às ruas e conhecer mais sobre as pessoas em situação de rua, nos levou a ter como discussão sobre os três entrevistados, dois deles foram para as ruas devido às brigas com a família pelo uso de drogas. Eles têm famílias e acabam perdendo o contato e mesmo nas ruas acabam sentindo falta e às vezes procuram outros tipos de apoio como as amizades que fazem pelo caminho. Eles também procuram e buscam tentar se aposentar e obter auxílios do governo para ajudar a ganhar dinheiro e um dia ter um lar.

CONCLUSÃO

Observamos que a maioria das pessoas em situação de rua são homens e os motivos que levaram eles a irem para as ruas foram os vícios e conflitos familiares e a questão financeira e a saúde mental afetam eles também. Os entrevistados questionaram a saudade da família, querer estar perto ou reencontrá-los, a situação de estar nas ruas longe dos seus lares pode causar tristeza e levar ao quadro de depressão.

Conhecer a situação das pessoas nas ruas e estudar o que leva elas a preferir sair dos seus lares para as ruas, ajuda na política pública para melhorar a situação da cidade e do estado.

REFERÊNCIAS

Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais – CRP-MG. (2015). A Psicologia e a população em situação de rua: Novas propostas, velhos desafios. Belo Horizonte, MG. Disponível em: <<https://redeassocialpg.files.wordpress.com/2016/01/a-psicologia-e-a-populac3a7c3a30-de-rua.pdf>>

COSTA, Samira Lima da; PING, Chao Tsai; MASSARI, Marina Galacini. Famílias em situação de rua: perspectivas de trabalhadores e usuários do suas sobre proteção social e guarda familiar. *Pesqui. prá. psicossociais*, São João del-Rei , v. 13, n. 4, p. 1-20, dez. 2018.

FONTES, Letícia. População em situação de rua em Belo Horizonte quase quadruplica em dez anos. Itatiaia. Belo Horizonte, 06 de junho de 2022. Disponível em: <<https://www.itatiaia.com.br/editorias/cidades/2022/06/06/populacao-em-situacao-de-rua-em-belo-horizonte-quase-quadruplica-em-dez-anos>>. Acessado em: 14 de novembro de 2022.

Matias, H. J. D. (2013). Sedução e descaminho: Narrativas e identidades de jovens em situação de rua. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(3), 543-551. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000300014> <https://www.scielo.br/j/pcp/a/zZmF6jcYxpRqGS4b5QMX9sQ/?format=pdf&lang=pt>

Moura, Y. G., Silva, E. A., & Noto, A. R. (2009). Redes sociais no contexto de uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua. *Psicologia em Pesquisa*, 3(1), 31-46.

POLOS de Cidadania-UFGM. (2021). População em Situação de Rua: Violações de Direitos e (de) Dados Relacionados à Aplicação do CadÚnico em Belo Horizonte, Minas Gerais. Belo Horizonte, MG.

POLOS de Cidadania-UFGM. (2021). RELATÓRIO TÉCNICO-CIENTÍFICO Dados referentes ao fenômeno da população em situação de rua no Brasil. Belo Horizonte, MG.

SICARI, Aline Amaral e ZANELLA, Andrea Vieira. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2018, v. 38, n. 4. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003292017>>. Acessado em: 14 Novembro 2022

Aumenta o número de pessoas em situação de rua no Brasil, diz pesquisa. G1. Disponível em: <<https://www.google.com/amp/s/g1.globo.com/google/amp/jornal-hoje/noticia/2022/06/09/aumenta-o-numero-de-pessoas-em-situacao-de-rua-no-brasil-diz-pesquisa.ghtml>>. Acessado em: 15 de novembro de 2022.

ANEXO 1 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Nome:

Idade:

História de Vida:

- Você é daqui de Belo Horizonte?
- Como foi a sua infância/adolescência?
- Você estudava?
- Como é a relação com sua família? Antes de viver na rua era diferente?

- O que te levou a vir para as ruas?

Contexto Atual:

- Como é viver nas ruas? Quais são os pontos positivos e os pontos negativos?
- Como é a relação hoje com a sua família?
- Quais os maiores desafios que você enfrenta por viver na rua?
- Tem algo que você considera ser melhor agora comparado a sua vida antes de morar na rua?
- Qual o seu maior desejo hoje?
- Que tipo de ajuda seria importante pra você e outras pessoas em situação de rua?
- O que te impossibilita, hoje, de sair dessa situação?

Saúde:

- Você tem algum problema de saúde?
- Como está a sua saúde física, mental e emocional, hoje?
- Como você se sente em estar aqui?
- Você recebe alguma ajuda de instituições públicas ou privadas ou recebe doações? Como acontece?
- Quem/onde você procura quando está com algum problema de saúde?
- Como você avalia os serviços públicos de saúde para pessoas em situação de rua?

Percepção de futuro:

- Você deseja ou já desejou sair das ruas?
- Você tem uma perspectiva de vida? Qual seria daqui para frente?
- Você costuma fazer planos para o futuro? Como você se imagina daqui a um ano?

O GRUPO ACOLHER-SE EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM FOCO

Data de aceite: 03/04/2023

Ângela Maria Pereira da Silva

Assistente Social vinculada ao CAPS Capilé. Doutora em Educação. Preceptora de campo da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental, pela Universidade do Vale do Rio do Sinos (UNISINOS). Professora da Construct's: assessoria educativa

Gehysa Guimarães Alves

Cientista social, professora e diretora da Construct's: assessoria educativa

Tainara da Rosa

Assistente Social. Pós-Graduanda em Atenção Básica pela Universidade do Vale do Rio do Sinos (UNISINOS)

RESUMO: O trabalho com grupos possibilita, além da troca de experiências, o alcance de um número maior de usuários/as e seus respectivos familiares no âmbito da saúde pública. Assim, esse artigo tem como objetivo refletir sobre o trabalho realizado em um grupo formado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) pelo assistente social com ênfase no atendimento ao público adulto em município da região metropolitana de Porto Alegre/Rio Grande do Sul. Trata-se de um relato de experiência de rodas

de conversa realizadas neste serviço, cujo objetivo era orientar os usuários sobre seus direitos sociais. Como principais resultados e discussões destacam-se as competências da facilitadora, ou seja, da respectiva terapeuta de referência nesse processo grupal através da análise crítica e propositiva frente à realidade vivenciada pelos usuários e familiares. Salienta-se a importância deste segmento social de ter o conhecimento de seus direitos sociais para o seu exercício da cidadania, promovendo espaços de participação, informação, autonomia e o empoderamento dos sujeitos. Diante disso, considera-se que o “Grupo Acolher-se”, como este espaço é chamado, representa um dispositivo de participação e um espaço que favorece a escuta acolhedora e qualificada entre os participantes, desses com a facilitadora e vice-versa.

PALAVRAS-CHAVE: Roda e conversa, usuários de CAPS, direitos sociais.

ABSTRACT: Working with groups makes it possible, in addition to exchanging experiences, to reach a greater number of users and their respective families in the field of public health. Thus, this article aims to reflect on the work carried out in a group

formed in a Psychosocial Care Center (CAPS) by the social worker with emphasis on adult public service in a municipality in the metropolitan region of Porto Alegre/Rio Grande do Sul. This is an experience report of conversation circles held in this service, whose objective was to guide users about their social rights. As main results and discussions, the facilitator's skills stand out, that is, the respective reference therapist in this group process through critical and propositional analysis of the reality experienced by users and family members. It emphasizes the importance of this social segment to retain knowledge of their social rights for their exercise of citizenship, promoting spaces for participation, information, autonomy and empowerment of subjects. In view of this, it is considered that the "Grupo Acolher-se", as this space is called, represents a device for participation and a space that favors welcoming and qualified listening among the participants, from those with the facilitator and vice versa.

KEYWORDS: Circle and conversation, CAPS users, social rights.

INTRODUÇÃO

O grupo "Acolher-se" iniciou em março do ano de 2022. Este espaço de participação e sociabilidade tem possibilitado aos pacientes e familiares comparecerem no CAPS, semanalmente, em segundas no horário das 13h:30 para encontros com duração entre 60 até 90, nos quais são realizadas rodas de conversas sobre direitos sociais. Isto rompe com o viés biomédico e de institucionalização de pacientes da saúde mental, pois fortalece a convivência familiar e comunitária dos mesmos.

A intenção deste grupo é promover a ressocialização da pessoa com sofrimento psíquico e a reflexão de seus direitos sociais, pois diante da magnitude do agravamento do sofrimento psíquico em meio a pandemia, este espaço é fundamental. O propósito de criação do grupo foi promover um espaço de cuidado integral à saúde, no qual ocorresse a troca de percepções, reconhecimento das demandas de saúde, dos determinantes sociais que impactam o processo saúde-doença dos/as participantes e a socialização de seus direitos sociais. Também, objetivou-se dar visibilidade à importância do trabalho de assistentes sociais na viabilização do acesso aos direitos sociais desse segmento social. Assim, o grupo ACOLHER-SE favorece a reaproximação da equipe CAPS com os usuários do serviço e entre os próprios.

A participação das famílias nas atividades do Grupo Acolher-se é ímpar na medida em que o engajamento das famílias corrobora na qualidade de vida e bem estar, além da adesão ao tratamento e na compreensão dos desafios enfrentados pelos membros com relação ao uso dos medicamentos, regularidade das consultas, participação social, dentre outros. Nesta perspectiva, as rodas de conversa tem favorecido um repensar do paciente e de seus familiares a respeito da diminuição do abandono psicoterápico dentro da instituição do CAPS, destacando o papel da família neste processo e identificando os motivos determinantes das interrupções precoces do atendimento a fim de evitá-los de forma conjunta. Esta prática interprofissional pauta-se na horizontalidade das relações entre

os implicados (usuários, equipe) que é possível a partir do fortalecimento da autonomia, cidadania e da identidade de pacientes em sofrimentos psíquico.

Assim, o objetivo deste estudo é refletir sobre o trabalho realizado em um grupo formado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) pelo assistente social, com ênfase no atendimento ao público adulto em município da região metropolitana de Porto Alegre/Rio Grande do Sul. Trata-se de um relato de experiência de rodas de conversa realizadas neste serviço, cujo objetivo era orientar os usuários sobre seus direitos sociais. Este trabalho atua no acompanhamento clínico e na reinserção social de usuários/as que demandam cuidados de saúde, acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos sociais e fortalecimento de seus laços familiares e comunitários.

Para tanto, serão apresentados nos capítulos a seguir as políticas norteadoras desse campo de trabalho no âmbito da saúde mental com respaldo legal na Lei nº 8080 de 1990, na Política Nacional de Saúde Mental através da Lei nº 10.216 de 2001 e da Portaria 3588 de 2017; o trabalho realizado nos encontros do Grupo Acolher-se; o processo de trabalho da assistente social no atendimento às pessoas com sofrimento psíquico por meio do respectivo processo grupal e sua atuação interdisciplinar.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência¹ com abordagem qualitativa, realizado a partir da observação participante sobre as vivências do grupo Acolher-se do CAPS. O relato de experiência é um texto que descreve precisamente uma dada experiência que possa contribuir de forma relevante para sua área de atuação.

Godoy (1995) compreende que a abordagem qualitativa, enquanto exercício de pesquisa, não se apresenta como uma proposta rigidamente estruturada, ela permite que a imaginação e a criatividade levem os investigadores a propor trabalhos que explorem novos enfoques. A observação participante, por sua vez, é um tipo de instrumento de coleta de dados, em que a pesquisadora participa das atividades diárias de um grupo de pessoas.

No que se refere ao local de estudo, o CAPS, localiza-se no Centro de município da região metropolitana de Porto Alegre/RS, sendo um serviço que oferece atendimento às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o intuito de substituir o modelo hospitalocêntrico. Neste local, dispõe-se de equipes multiprofissionais compostas por um coordenador, uma assistente social, duas terapeutas ocupacionais, uma técnica de enfermagem, duas psiquiatras e dois psicólogos, uma profissional de serviços gerais, além dos estagiários de nível superior e dos residentes. Esses profissionais realizam diferentes intervenções e estratégias de acolhimento, atendimento psicossocial, oficinas terapêuticas, medicação

1 A Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS nº 510 de 2016, Art. 1º, Parágrafo Único, determina: "Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP: VII - pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito." (BRASIL, 2016).

assistida, e atendimentos às famílias para adesão ao tratamento dos pacientes, dentre outros.

Este estudo acompanhou o Grupo Acolher-se durante o ano de 2022. Nele participaram em torno de 10 a 20 participantes (pacientes e familiares) a cada encontro semanal. Boa parte deles tinha idade entre 30 a 50 anos. No que se refere à escolarização, a maioria com ensino fundamental. A representatividade de pessoas do sexo feminino é bem superior ao de usuários e familiares do sexo masculino no grupo. No que se refere à fonte de renda, dentre os/as participantes temos aqueles/as sem ganhos salariais que dependem financeiramente da família, enquanto outros/as recebem auxílio doença, Benefício de Prestação Continuada (BPC), entre outros.

A coleta dos dados adveio dos registros no sistema de informação (G-MUS²), além da escuta sensível aos/às usuários/as, observação participante, abordagem individual com alguns, a evolução de documentação como ata, lista de presença e registro fotográficos sob a autorização de uso de imagem.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A política de saúde mental está interligada à psiquiatria, que surgiu no Brasil com a chegada da família real ao país em meados do ano de 1808 como uma forma de combate às doenças mentais (*Site do Centro Cultural do Ministério da Saúde*). Nesse período, o meio utilizado para tratar doentes mentais era o isolamento, ou seja, as pessoas com sofrimento psíquico eram retiradas do convívio familiar e social e por vezes abandonadas. Basaglia aponta que no ano de 1841 foi inaugurado o hospital Dom Pedro II, no qual eram utilizados no tratamento com o uso de camisa de força, choques elétricos e doses medicamentosas excessivas³.

O Hospital Colônia de Barbacena, localizado em Minas Gerais, fundado em 1903 retrata o absurdo que eram os manicômios, pois contavam com duzentos leitos e abrigavam aproximadamente cinco mil pacientes, afirma a coordenadora do Museu da Loucura, Lucimar Pereira. Ficou conhecido pelo genocídio em massa que ocorreu entre as décadas de 1960 e 1980. Estimou-se que 70% dos pacientes não apresentavam diagnóstico específico em saúde mental, o que revela uma espécie de depósito humano, em que as pessoas ficavam em condições subumanas, sem nenhum respeito aos seus direitos humanos.

O ano de 1978 é reconhecido como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com

² O G-Mus será interligado com os programas do Ministério da Saúde e prevê melhoria desde o atendimento primário à gestão estratégica da saúde, qualificando a assistência e o acesso do cidadão aos serviços. O *software* é mais detalhado do que o anterior, exige mais informações e o histórico do paciente, possibilitando comparativos e facilitando diagnósticos.

³ Fonte: *Origens - Hospício de Pedro II* (saude.gov.br) Acesso janeiro de 2023.

longo histórico de internações psiquiátricas surge neste ano. A partir deste período e deste movimento houve denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência. Assim, se construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas em sofrimento psíquico.

O segundo Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental ocorrido em 1987 na cidade de Bauru, no qual foi assinado o primeiro documento da luta antimanicomial no país, foi realizado no mesmo ano da I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro). Neste período foi instituído o primeiro CAPS, na cidade de São Paulo (1987), e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico: a Casa de Saúde Anchieta - local de maus-tratos e mortes de pacientes. Foram implantados no município de Santos os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) com atendimento 24 horas, foram criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passou a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira.

Em 1990, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS) através da Lei 8080, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”. No ano seguinte, 1989, o Congresso recebeu o projeto de Lei nº 3657, que objetivou a regulamentação dos direitos da pessoa em sofrimento psíquico e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo, que somente doze anos após ficou conhecido como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (10.216 de 2001⁴). O Brasil tornou-se signatário da Declaração de Caracas em 1990, firmando o compromisso à reestruturação da assistência psiquiátrica e não mais o encarceramento como tratamento da loucura (OPAS, 1990).

A Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul ocorreu através da Lei 9.716 de 1992, sendo de autoria do ex-deputado Marcos Rolim, e determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental. Também, reviu as regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente, no que se refere às internações compulsórias, e dá outras providências (BRASIL, 1992).

Diante disso, outros estados brasileiros criaram suas leis que determinaram a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Segundo dados do Ministério da Saúde, ao final deste período, o país tinha em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 90% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos. Também, tramitou no Congresso Nacional, a Lei de Paulo Delgado que foi sancionada no país pelo nº 10.216 de 2001, direcionando a assistência em saúde mental para um tratamento em serviços de base comunitária (BRASIL, 2001).

⁴ Fonte: [L10216 \(planalto.gov.br\)](https://planalto.gov.br) Acesso janeiro de 2023.

No início da década de 2000, foi previsto o financiamento e a regulação tripartite, além da ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que passou a integrar, a partir do Decreto Presidencial nº 7508 de 2011, o conjunto de redes indispensáveis na constituição das Regiões de Saúde (BRASIL, 2011). A RAPS é composta por serviços e equipamentos variados como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas tipologias e portes; os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os ambulatórios multiprofissionais, os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), os leitos de saúde mental nos hospitais gerais, leitos de psiquiatria nos hospitais especializados e nos hospitais-dia.

A Portaria/GM nº 336 de 2002⁵, estabeleceu os Centros de Atenção Psicossocial como serviços designados e definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2002). O CAPS é um modelo de recurso substitutivo ao manicômio, bem como Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. O CAPS objeto deste estudo é uma das instituições do SUS destinadas a acolher pacientes em sofrimento psíquico grave e persistente. Consistem em um tratamento específico para cada indivíduo, elaborado por uma equipe.

O processo de desinstitucionalização de pessoas com longo período de internação em leitos psiquiátricos ganhou ênfase, a partir das normatizações do Ministério da Saúde. Isso exige do Estado o desenvolvimento da política da saúde mental, a assistência e a promoção das ações de saúde, integradas às famílias. As internações são indicadas somente depois de esgotados os recursos extra-hospitalares. Isso decorre da emissão de um laudo médico descrevendo os motivos, os tipos de internações determinados pela lei são três: voluntária, involuntária e compulsória.

Em 2017 foi aprovada a Política Nacional de Saúde Mental, sem prever um debate com a sociedade. Destaca-se a portaria 3659 de 2018 que previu a suspensão de repasse do incentivo financeiro (cerca de 78 milhões de reais) destinado ao custeio mensal dos CAPS, Unidades de Acolhimento (UA), RAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), devido a ausência de informações no sistema de informação do SUS (BRASIL, 2018). Outra medida que põe sob risco a materialização da Política Nacional de Saúde Mental, visto que subfinanciada não consegue promover os cuidados de saúde necessários à população em sofrimento psíquico.

Isso se contrapõe à ideia de que as pessoas tem benefícios terapêuticos através da participação em grupos e oficinas e que essas práticas ajudam a alcançar melhorias na saúde, na produção de vida possibilitando que os sujeitos se tornem autônomos e protagonistas de suas histórias (DE FARIAS et al., 2015). Cada pessoa com sofrimento mental que participa de um CAPS pode conceber e compreender as oficinas terapêuticas

⁵ Fonte: Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002 (saude.gov.br) Acesso janeiro de 2023

do seu modo, como práticas de intervenção de diversas experiências, podendo ser no território ou escolhendo um tratamento atrelado a diminuição de medicação (KINKER; IMBRIZI, 2015). Isso será debatido, devidamente mais abaixo.

Frente a este contexto, no próximo subitem serão problematizadas as expressões da questão social identificadas na vida de usuários/as e familiares atendidos no Grupo Acolher-se.

EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL NA VIDA DAS/OS PARTICIPANTES QUE COMPÕEM O GRUPO ACOLHER-SE NO CAPS

Destacamos que por ocasião da criação do respectivo grupo foi identificado como objeto de trabalho o desconhecimento de usuários/as acerca da Política Nacional de Saúde Mental, em especial, da necessidade de criar espaços no CAPS para rodas de conversas, socialização e de qualidade de vida e bem estar. Mediante a proposta do CAPS que é garantir a livre circulação de pessoas com sofrimento psíquico pelos demais serviços, comunidade e a cidade foram planejados os encontros de grupo. Desta forma, o intuito foi atender a demanda e pensar sobre como conduzi-la, também no extramuros para os pacientes e suas famílias. Os encontros possibilitaram que se pudesse realizar atividades fora do CAPS, como praças e biblioteca próximas ao serviço.

Na medida em que o objeto de trabalho de assistentes sociais é a questão social, tida como o conjunto das expressões de desigualdades sociais, políticas, econômicas e culturais provocadas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado, o trabalho desta categoria atua a partir das relações entre segmentos da sociedade civil e o poder estatal (IAMAMOTO, 2008).

No CAPS, as principais expressões da questão social vivenciadas pelos indivíduos são o empobrecimento, desemprego, preconceitos, dificuldades econômicas para comparecer aos atendimentos com certa regularidade, algumas medicações não ofertadas na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME⁶), violências, entre outras violações de direitos. Apesar de a questão social ter sua centralidade no capitalismo, seu conjunto de problemas se altera de acordo com cada sociedade e seu momento histórico, ou seja, se manifestam dependendo das peculiaridades de cada país (PASTORINI, 2010). Então, é possível correlacionarmos as expressões da questão social identificadas no atendimento de pacientes e suas famílias no CAPS desde o desconhecimento sobre os serviços que compõem a RAPS, os direitos sociais nos quais são detentores, o empobrecimento e o agravamento do processo saúde-doença com os determinantes sociais da saúde (DSS). Uma vez que são conhecidos como determinantes sociais de saúde: a igualdade, economia, cultura, sociedade, comportamento, fatores de risco, estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Assim, devem ser considerados os fatores sociais,

⁶ RENAME é um importante instrumento orientador do uso de medicamentos e insumos no SUS. Disponível: [Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME — Ministério da Saúde \(www.gov.br\)](http://Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME — Ministério da Saúde (www.gov.br)). Acesso janeiro de 2023.

econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego.

Como os assistentes sociais trabalham com a questão social, atuam com a tensão existente entre a produção da desigualdade e a da rebeldia e resistência. Estão situados em terreno que se movimenta a partir de interesses diferentes e, por vezes, contraditórios (IAMAMOTO, 1998). No que se refere, especificamente, à pobreza, entendida pela baixa renda ou mesmo falta de renda, tem relação direta com o desemprego, o que circunscreve historicamente a pessoa com sofrimento psíquico, que ainda é vista com preconceito e com dificuldades de manter-se no mundo de trabalho. As famílias provedoras de cuidados a essas pessoas, geralmente contam apenas com um responsável pelo cuidado, o que aumenta a sobrecarga deste cuidador e também limita a disponibilidade desse se inserir no mundo do trabalho (ROSA, 2008). Outra expressão da questão social que permeia o cotidiano do CAPS é a baixa escolarização de pacientes, que também está aliada à vulnerabilidade social, à pobreza e ao desemprego e outros contextos excludentes. A questão social em que vivem essas populações expressa as diferenças econômicas, sociais, políticas e culturais (IAMAMOTO, 2001).

Nos atendimentos realizados no CAPS nota-se que os demarcadores sociais incidem em exclusão social dessas pessoas na rede familiar e comunitária, tais como: classe social, gênero, grupo etário, outras deficiências, orientação sexual, entre outros. Nas questões atinentes ao demarcador social de gênero é nítida a feminização da pobreza, devido à sobrecarga de funções, mulheres chefes de família monoparental, empobrecimento, desemprego, baixa escolarização, transgeracionalidade em programas de transferência de renda mínima. As mulheres participantes deste grupo, na sua maioria, cuidam dos filhos e, não raro, provêm sozinha o sustento do seu núcleo familiar. Geralmente, frequentam o grupo para saber como lidar com os estressores no convívio com o/a filho/a com sofrimento psíquico.

Consta no último Censo do IBGE (2010), que a quantidade de mulheres encarregadas por suas casas teve um crescimento de 6,8% nos últimos anos: de 18,1% para 24,9%, o que demonstra que a mulher, como chefe de família, está cada vez mais frequente. Isso caracteriza que as mulheres, dentro do conceito denominado “feminização da pobreza”, encontram obstáculos por conta de sua raça-cor, sexo e classe social nas quais estão inseridas, por conta do preconceito e machismo arraigados na sociedade.

A feminização da pobreza tem determinado um novo tipo de pobreza, relacionada à mulher como chefe da família, pois está inserida no mercado de trabalho e tem dupla ou tripla função: garantir renda, cuidar da casa e dos filhos. Estão entre as mais suscetíveis à pobreza as negras, indígenas, lésbicas e mães solteiras (SILVEIRA; SILVA, 2013).

As situações de exclusão social e do trabalho sofridas pelas mulheres (usuárias) atendidas no CAPS estão relacionadas à saúde mental, baixa escolarização, sobrecarga

de responsabilidades, desemprego, empobrecimento, entre outros. Assim identificou-se a demanda emergente de criação de um grupo que acolhesse pacientes, mas fosse extensivo às famílias. O grupo Acolher-se acaba possibilitando recursos para aquelas/es que faltavam o atendimento no CAPS por dificuldades financeiras de arcar com as despesas de passagens, já que a situação de desemprego e fome, ainda torna-se um obstáculo para os/as usuários/as aderirem ao tratamento de saúde, em especial, nos serviços disponíveis somente no Centro da cidade. Tal realidade agrava sobremaneira o processo saúde-doença dessa população atendida no CAPS, por vezes, as mesmas têm até ruptura do vínculo familiar por ficarem desassistidos do cuidado da rede de serviços de saúde. Isso reforça a ideia dos determinantes sociais da saúde ser pensado como expressões da questão social uma vez que devem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego (disponível *on-line*).

Ao pensarmos os modos de cuidar dessas pessoas em sofrimento psíquico faz-se necessário cuidarmos extensivamente das famílias que se desgastam e também adoecem no convívio. Portanto, isso reforça o trabalho das equipes de CAPS na atenção extensiva às famílias, auxiliando-as a se reconhecerem como corresponsáveis pelos cuidados, além dos serviços de saúde implicados. Contudo, as equipes são reduzidas para uma demanda superior a oferta, escassez de recursos materiais, subfinanciamento, alguns dos desafios a serem superados no âmbito da política de saúde mental. No entanto, os usuários do CAPS necessitam de um espaço de escuta à família buscando, através do vínculo, trabalhar quais características da relação entre a família e o paciente que ajudam ou atrapalham o usuário a se reorganizar.

Dito isso, surgem novas formas de trabalho no âmbito da saúde mental, a fim de introduzir a política de humanização nas abordagens individuais e coletivas capazes de promover um cuidado integral aos pacientes. Isso pressupõe relações éticas entre usuários, famílias, comunidades e os trabalhadores da saúde mental. Então, dentre os desafios colocados para a intervenção em saúde mental, destacam-se a dificuldade dos usuários no fortalecimento da sua identidade, autonomia e cidadania. Nisso consistiu a criação e a execução do respectivo Grupo Acolher-se que será aprofundado no subitem a seguir.

O PROCESSO DE TRABALHO DE UMA ASSISTENTE SOCIAL NO CAPS COM O GRUPO ACOLHER-SE

No que se refere ao CAPS, é tido como um serviço de saúde mental aberto e comunitário introduzido no país após as reivindicações ocorridas pela Reforma Psiquiátrica, voltado à reabilitação psicossocial das pessoas com sofrimento psíquico. Seu objetivo é atender à população seguindo a lógica territorial, oferecendo cuidados clínicos, de

reabilitação psicossocial e sócio familiar, incentivando a autonomia, cidadania e inclusão social dos usuários e seus familiares. Consta no *Site*⁷ intitulado como Glossário Humaniza SUS de A a Z, autonomia a partir do:

(...) pensar os indivíduos como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas nos coletivos de que participam, co-responsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem. Um dos valores norteadores da Política Nacional de Humanização é a produção de sujeitos autônomos, protagonistas e co-responsáveis pelo processo de produção de saúde (*on-line*).

Nesta perspectiva, observou-se que as principais expressões da questão social identificadas no atendimento realizado aos usuários do referido CAPS, nas quais se destacaram a renda insuficiente, desemprego, estado agravado de saúde psíquica, baixa escolarização como impeditivos para essa população aderir ao tratamento de saúde. Além dos atendimentos, são realizadas visitas domiciliares, entrevistas, reuniões de micro-rede, aproximando-se o serviço social da realidade dos pacientes atendidos na instituição. Entende-se que este trabalho tenha impacto do contexto excludente no processo saúde-doença.

No cotidiano de trabalho do assistente social no CAPS ocorrem a orientação, o atendimento individual ao usuário e ao familiar/cuidador, a escuta qualificada, acolhimento às demandas espontâneas, a mediação, entre outros. Neste processo de trabalho, são fornecidas informações e esclarecimentos sobre benefícios previdenciários, apoio para a emissão de documentos, acesso a transferência de renda, informações sobre tarifa social água e luz e referenciá-los a política de assistência social quando necessário por meio da articulação intersetorial em rede, entre outros.

Neste sentido, o “Grupo Acolher-se” representa um dispositivo de participação dos usuários e reforço da sua cidadania. É um espaço que favorece a escuta acolhedora e qualificada entre os participantes. Conforme Sperotto (2009), no processo de trabalho a escuta envolve a compreensão, com possíveis intervenções a partir das falas dos sujeitos implicados. Desta forma, busca-se orientar os/as usuários/as e seus familiares para que, os próprios possam fazer suas escolhas a fim de melhorar a qualidade de suas relações sociais e familiares, acessarem os seus direitos sociais, tendo clareza sobre as suas fragilidades, potencialidades, cultura, crenças e, em especial, condizente a sua realidade.

Orientação pode significar tanto uma informação a respeito do funcionamento do serviço como a realização de uma série de entrevistas com a finalidade de apoiar uma família num momento crítico de sua vida (MIOTO, 2004). Nesta perspectiva, em um dos encontros propostos, foi realizado o jogo educativo “Trilhas da Cidadania”, o qual traça à discussão referente aos direitos humanos e fundamentais criado pelo RECIMAM⁸ que, de forma lúdica, suscita a discussão coletiva acerca da violação de direitos de pessoas

7 Disponível: Glossário HumanizaSUS - Cursos Aprendiz Acesso janeiro de 2023.

8 Rede de Cidadania Mateus Afonso Medeiro. Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <<https://www.recimam.org/>> Acesso em janeiro de 2023.

idosas, desigualdade de gênero, intolerância religiosa, trabalho desprotegido, preconceito e discriminação com determinadas comorbidades. Isso possibilitou a compreensão do contexto de vida, as possibilidades e os desafios que os usuários enfrentam para terem viabilizado o acesso à rede intersetorial e os recursos institucionais mais próximos, entre outros.

Para Mioto (2004), o trabalho com famílias, tema muito atual, tem se constituído em uma preocupação para os profissionais devido à sua complexidade. Destaca-se a história pregressa, as diferentes configurações familiares, a interrelação da família com o estado, com a sociedade civil e com o mercado de trabalho. Nas interações que ocorrem nos encontros de grupo, surge como expressões da questão social, o superendividamento, o desemprego, a dificuldade de adesão ao tratamento de saúde, a discriminação e o preconceito, o medo e as incertezas que os mesmos vivenciam. O engajamento das famílias no grupo rompe com a tendência ao isolamento, o distanciamento imposto pela pandemia do coronavírus – COVID 19 e revela a importância da sociabilidade e do convívio sem julgamentos ou comentários proibitivos ou punitivos e do sofrimento gerado devido a não aceitação do agravo no estado de saúde dos seus membros.

A partir disso, o respectivo grupo tem se voltado ao esclarecimento de dúvidas, mapeamento da rede de serviços sociais, participação de outros/as trabalhadores/as da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no debate sobre saúde bucal, tabagismo, as campanhas de saúde, tais como: Outubro Rosa, Novembro Azul, Janeiro Branco como estratégia para a adesão ao tratamento de saúde mental. Consta nos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010) “o reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional, demanda atenção profissional em uma perspectiva totalizante” (p. 34). Assim, a profissão é considerada como uma categoria fundamental para a reabilitação psicossocial à qualidade de vida e de bem estar de usuários, possibilitando condições que amenizem os prejuízos dos sofrimentos psíquicos, tanto no âmbito biológico, quanto psicológico e social.

O ponto de partida para a criação deste grupo adveio da observação durante os acompanhamentos, atendimentos e orientações sociais realizados no CAPS e das articulações com a rede intersetorial. Nesse sentido, após identificar o público que se beneficiaria do respectivo processo grupal e socializar aos demais do grupo de trabalho, os usuários e suas famílias foram convidados a participar do grupo. A intencionalidade deste espaço é a reinserção de pacientes e seus familiares na rede intersetorial e, portanto, são debatidas temáticas de cidadania e de justiça social e atividades proporcionadas a cada encontro de grupo que ocorrem em segundas com início às 13h:30 nas dependências do serviço com duração de 60 até 90 minutos.

Compete aos trabalhadores do campo da saúde mental intervir em favor do direito de pacientes atendidos no CAPS a serem tratados com acolhimento humanizado, respeito e na defesa dos interesses desse segmento desde a sua inserção na família, no trabalho e na

comunidade. Esta defesa no exercício profissional está em consonância com a dimensão ética política do assistente social uma vez que o projeto ético político tem como núcleo a liberdade como valor ético central, compromisso com a autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais, a defesa intransigente dos direitos humanos, bem como, a defesa radical da democracia e da cidadania.

Nas abordagens realizadas, além da competência ética política, também, é imprescindível o embasamento teórico para tal intervenção. Esta ocorre a partir do aparato legal e do conhecimento das políticas norteadoras da saúde mental, além das leituras complementares sobre várias temáticas. Para Costa (2008), a competência teórico-metodológica refere-se à capacidade de apreensão do método e das teorias e; por conseguinte; da relação que faz com a prática. Já a dimensão ética política diz respeito ao desenvolvimento da capacidade de analisar a sociedade e a própria profissão como campo de forças contraditórias. Este conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes possibilitaram a compreensão da realidade social de pacientes e de suas famílias atendidas no CAPS e o planejamento das intervenções de forma a que contribuísse no fortalecimento da identidade, autonomia e cidadania das mesmas. Para Vasconcelos (2000), o empoderamento pode ser estimulado por meio de grupos de autoajuda, suporte mútuo, mudança cultural, defesa de direitos e estímulo à participação efetiva dos usuários no planejamento, execução e avaliação dos serviços.

Desta forma, os encontros do grupo têm sido espaços propícios para que as/os mesmas/os saibam como acessar os serviços da rede, os direitos sociais dos quais são detentores/as e da importância dos cuidados de saúde de forma contínua. A percepção dos familiares com relação aos benefícios da participação dos usuários nos encontros de grupo, é reconhecida também como espaço de valorização da subjetividade, ampliação das relações, inclusão e incentivo de participação na comunidade. Para Sousa (2008), a dinâmica de grupo produz reflexão a respeito das temáticas discutidas neste espaço e o assistente social tem um papel fundamental em função de que age como um facilitador para a reflexão sobre direitos.

Esses trabalhadores devem também sistematizar os dados atualizados dos usuários, bem como registrar todos os atendimentos, os encontros do grupo, para que assim tenhamos o acompanhamento da presença dos usuários e das famílias na instituição e registro posterior do debate e temática no G-MUS. Portanto, analisar o trabalho do Serviço Social no CAPS exige uma reflexão sobre a direção social, ética e política das intervenções que vêm sendo desenvolvidas na instituição, mediante a relação do trabalho de acompanhamento do ser humano com sofrimento psíquico e de suas respectivas famílias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grupo Acolher-se no CAPS tem proporcionado uma bagagem de aprendizados acerca do cotidiano de trabalho na saúde mental, auxiliando a reconhecer as principais expressões da Questão Social e os seus impactos na vida dos sujeitos atendidos. Percebe-se que no CAPS há uma busca por inclusão no trabalho, em especial, em tempos de crise do capital. Cabe ao assistente social identificar essa demanda emergente e repensar quais alternativas são viáveis conforme o quadro de saúde-doença dos usuários.

Esse trabalho requer o engajamento dos demais profissionais da equipe para atuarem de forma colaborativa, à medida em que o agravamento da questão social pós-pandemia intensificou-se sobremaneira as desigualdades sociais, os níveis de pobreza na sociedade brasileira e as violações de direitos. Para isto, o assistente social deve se capacitar e se implicar no engajamento com a defesa dos direitos de pacientes da saúde mental para fortalecer a sua dignidade, autonomia e cidadania e de suas famílias. É importante ir na contramão da tendência de isolar a pessoa com sofrimento mental em nome de pretensos tratamentos, ideia baseada apenas em preconceitos que ainda cercam a saúde mental.

Os resultados aqui apresentados possibilitam novas reflexões sobre o conhecimento, a troca de saberes entre os participantes e a profissional, bem como estratégias de mediação e conflitos. Sugere-se a continuidade dessas intervenções que preconizam a humanização, não somente nesse contexto, mas em diversos serviços de assistência à saúde da população usuária do SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/1993 de regulamentação da profissão.

BRASIL, Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica, Lei nº 10.216 de 2001, Lei Paulo Delgado,

BRASIL. Política Nacional de Humanização. Ministério do Estado da Saúde: Brasília, 2013.

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

BRASIL, 2020, Ministério da Saúde, Saúde Mental e COVID-19, PVS. Saúde. Gov. Br. Biblioteca Virtual da Saúde.

CFESS, CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. “Os parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde”. Brasília, 2010.

COSTA, Ruthe Corrêa. A terceira idade hoje sob a ótica do Serviço Social. Canoas: Ed. ULBRA, 2007.

FARIAS, P. A; M; MARTIN, A. L. A. R; CRISTO, C. S. Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: percurso histórico e aplicações. Revista Brasileira de Educação Médica. 39(1): 143-158; 2015.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. Revista de Administração de Empresas. V.35, No.3, p. 20-29. São Paulo. Mai/Jun 1995. 1.1

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional Ed. Cortez, SP, 1998.

IAMAMOTO, M.V. A questão social no capitalismo. Temporalis, Brasília, n. 3, 2001.

KINKER, Fernando Sfair; IMBRIZI, Jaqueline Maria. O Mito das oficinas terapêuticas / Myth of the therapeutic workshops / El mito de los talleres terapêuticos. Rev. polis psique ; 5(3): 61-79, dez. 2015. Artigo em Português | Index Psicologia - Periódicos | ID: psi-70020.Biblioteca responsável: BR85.1

MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

MIOTO, R. C. T. (2010). Trabalho com famílias: um desafio para os Assistentes Sociais. Textos & Contextos (Porto Alegre), 3(1), 1–15. Recuperado de <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/979>

PASTORINI, A. A categoria “questão social” em debate. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

ROSA, Lúcia C. dos Santos. Transtorno mental e o cuidado na família. 2 ed. São Paulo, Cortez, 2008.

SILVEIRA, Elana Cavalcante. SILVA, Suzana de Fátima Marques. Chefia Feminina: uma análise sobre a estrutura das famílias monoparentais femininas e a feminização da pobreza. IV Seminário CETROS Neodesenvolvimentismo, Trabalho e Questão Social 29 a 31 de maio de 2013 – Fortaleza – CE – UECE – Itaperi. 11 69-17238-29042013-134336 (uece.br)

SOUSA, Charles Toniolo de. A prática do assistente social.: Conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. Emancipação, v. 8, n. 1, p. 119-132, 2008

SPEROTTO, NEILA . Instrumentalidade do Serviço Social. 1. ed. Porto Alegre: Imprensa Livre, 2009. v. 01. 133p .

VASCONCELLOS, E. M. O poder que brota da dor e da opressão: *empowerment*, sua história, teoria e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

A RELAÇÃO ENTRE A GESTÃO DE PESSOAS E HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

Data de aceite: 03/04/2023

Isadora Morais Duarte de Vasconcelos

Universidade Estadual do Ceará – UECE
Fortaleza – CE
<https://lattes.cnpq.br/6092044408914234>

Cleide Carneiro

Universidade Estadual do Ceará – UECE
Fortaleza – CE
<http://lattes.cnpq.br/7305279180111924>

Diego Braga Souza Costa

Universidade de Fortaleza – UNIFOR
Fortaleza – CE
<http://lattes.cnpq.br/4365761274825714>

Tiago André Portela Martins

Faculdade ViaSapiens - FVS
Fortaleza – CE
<http://lattes.cnpq.br/0231171192452989>

íntegra publicados no recorte temporal de 2010 a 2022, escritos na língua portuguesa nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Coleciona SUS e Scielo. Estudo realizado entre maio e junho de 2022, utilizando os descritores “gestão de pessoas”, “humanização”, “administração em saúde”. Foram selecionados sete artigos científicos. A relação entre humanização e gestão de pessoas se configurou como algo de relevância na qualidade da atenção e gestão e saúde. Uma gestão humanizada, focada nas pessoas e no processo de trabalho que elas desenvolvem, possibilitam um ambiente e cuidado humanizados, pautados na participação e motivação.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão de pessoas. Humanização. Administração em Saúde.

RESUMO: A gestão de pessoas e a humanização em saúde têm uma intrínseca relação nas organizações de saúde, pois os gestores, trabalhadores e usuários são os atores principais dessa relação. O estudo tem como objetivo geral analisar a produção científica relacionada a gestão de pessoas e humanização em saúde. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura com artigos disponibilizados na

THE RELATIONSHIP BETWEEN PEOPLE MANAGEMENT AND HUMANIZATION IN HEALTHCARE

ABSTRACT: People management and humanization in health have an intrinsic relationship in health organizations, as managers, workers and users are the main actors in this relationship. The general objective of the study is to analyze the

scientific production related to people management and humanization in health. This is an integrative literature review with articles available in full published from 2010 to 2022, written in Portuguese in the databases of Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Coleciona SUS and Scielo. Study carried out between May and June 2022, using the descriptors “people management”, “humanization”, “health administration”. Seven scientific articles were selected. The relationship between humanization and people management is configured as something of sympathy in the quality of care and management and health. A humanized management, focused on people and the work process they develop, enables a humanized environment and care, based on participation and motivation.

KEYWORDS: People management. Humanization. Health administration.

1 | INTRODUÇÃO

A humanização em saúde perpassa, também, por uma questão de gerenciamento eficiente e humanizado de pessoas, para que isso se reflita no atendimento aos usuários dos serviços de saúde. Segundo Fortes (2004), o significado de humanizar possibilita transformação da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo postura ética de respeito ao outro e acolhimento do desconhecido.

A administração das relações humanas surge na década de 20 dando ênfase na valorização das pessoas, surgindo assim os conceitos de administração humanística e participativa, onde os cientistas da administração e teóricos organizacionais começaram a valorizar o papel da satisfação dos funcionários na produção (MARQUIS; HUSTON, 2010). Até então, a concepção do “homo economicus” voltado apenas para o desempenho, produtividade e motivações financeiras, predominava em relação ao “homo social”, e a Teoria da Relações Humanas vem para modificar este paradigma, em oposição a abordagem clássica de Fayol e a Administração Científica de Taylor, e trazendo o conceito de gestão humanizada.

Heckert et al. 2009 descreve que o Ministério da Saúde implantou em 2003 a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde, tendo como princípios teóricos metodológicos a transversalidade, inseparabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos e coletivos. Assim, a implementação da humanização nos serviços de saúde vem como estratégia de democratização da gestão e práticas de saúde, onde humanizar passa a ser um processo ativo que envolve todas as pessoas, sejam trabalhadores, gestores ou usuários, e vai de encontro com uma gestão de pessoas humanizada, eficiente e participativa, em que o fator humano exerce grande influência no ambiente organizacional dos serviços de saúde.

Apesar da ciência da administração sempre buscar desenvolver novos conhecimentos e métodos que orientem a gestão, voltados para atender as necessidades de pessoas e organizações, muitas vezes, a teoria não acompanha a prática, principalmente quanto a gestão de pessoas. O que percebemos é que apesar da moderna gestão de pessoas trazer concepções de uma gestão humanizada voltada para a motivação, satisfação,

gestão participativa, descentralização e comunicação, a prática ainda está ligada a visão tecnicista, operacional e departamentalizada do Recursos Humanos.

Desta maneira, as questões que envolvem a gestão de pessoas e a humanização em saúde configurou-se em algo que deve ser discutido e entendido, buscando amparo conceitual e bibliográfico, devido ao desafio que esta temática representa para a Gestão em Saúde. Pois, a hipótese deste estudo é que o homem é elemento fundamental na aplicação de uma gestão humanizada, sendo necessário que a gestão reconheça a importância das pessoas, administrando com uma visão holística, ética e mais participativa, gerenciando conflitos, adequando os processos de trabalho às necessidades observadas, mais voltada para a satisfação dos colaboradores e criando melhor comunicação entre equipe de multiprofissionais e usuários dos serviços de saúde.

É partindo da premissa que a gestão do fator humano dentro das organizações é bastante complexa, principalmente observando essa gestão nos serviços de saúde, que é responsável por colocar em prática a humanização. Este estudo se justifica por perceber que o comportamento de muitos gestores tem um viés apenas tecnicista, sem um entendimento integral do que a administração propõe para a gestão de pessoas. Buscar nos estudos já publicados a relação entre gestão de pessoas e humanização nos faz compreender um pouco das dificuldades encontradas nos serviços de saúde.

2 | MÉTODO

Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura, técnica que reúne e sintetiza o conhecimento produzido, por meio da análise dos resultados evidenciados em estudos primários, viabilizando a análise de pesquisas científicas de modo sistemático e amplo, favorecendo a caracterização do conhecimento produzido sobre gestão de pessoas e humanização em saúde. O desenvolvimento da revisão integrativa foi realizado em seis etapas: estabelecimento do problema de revisão; seleção da amostra; categorização dos estudos; análise dos resultados; apresentação e discussão dos resultados; e por fim, apresentação da revisão (MENDES et al., 2008).

Após a escolha do tema, a questão norteadora serve para guiar planejamento e a execução da pesquisa. Para que fosse possível alcançar a problemática do estudo, levantou-se a seguinte questão: Existe relação entre humanização em saúde e eficiência da gestão de pessoas nos serviços de saúde?

Para identificar os estudos publicados, realizou-se a busca on-line de artigos científicos nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Coleciona SUS. A busca dos artigos ocorreu no período de maio e junho de 2022.

Os critérios de inclusão no estudo foram: artigos disponibilizados na íntegra publicados no recorte temporal de 2000 a 2022 e escritos na língua portuguesa. Já

os critérios de exclusão foram artigos os quais os resumos não respondiam à questão norteadora do estudo.

Foi realizado o cruzamento dos descritores controlados: gestão de pessoas, humanização, administração em saúde.

A análise e os resultados dos dados foram realizados em duas etapas: primeiramente, em um quadro descritivo, foram identificados os dados de localização do artigo, ano, título e autores; e depois, ocorreu a análise dos objetivos, metodologia empregada e resultados encontrados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura dos títulos e resumos, foram inseridos no estudo cinco artigos.

A matriz de síntese da revisão foi elaborada contendo as seguintes informações: base de dados, ano de publicação, periódico de publicação, autor(es) e palavras-chave, conforme o quadro 1.

BASE DE DADOS	ANO	PERIÓDICO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO	AUTORES	PALAVRAS- CHAVE
LILACS	2008	Revista Latino Americana de Enfermagem	Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde	Rios, Izabel Cristina.	Humanização, fatores psicossociais do trabalho, clima institucional, gestão de pessoas, organização do trabalho, estresse ocupacional.
COLECCIONA SUS	2011	Revista Pan-Amazônica de Saúde	Administração de recursos humanos em saúde e humanização: o viés hermenêutico	Santos, José Guilherme Wady; Santo, Maria Angélica Alberto do Espírito.	Administração de recursos humanos em saúde, humanização da assistência, filosofia médica.
LILACS	2012	Revista do Mestrado Profissional em Planejamento em Políticas Públicas	Política de gestão de pessoas: valorização, qualidade e humanização do servidor na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna de Belém-PA	Carneiro, Brenda Rassy; Andrade, João Tadeu de.	Valorização, qualidade, humanização.
LILACS	2012	O Mundo da Saúde	Humanização da atenção primária à saúde: gestão em redes e governança local	Granja, Gabriela Ferreira; Zoboli, Elma Lourdes Campos Pavone.	Governança clínica, assistência à saúde, humanização da assistência, atenção primária à saúde.

BASE DE DADOS	ANO	PERIÓDICO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO	AUTORES	PALAVRAS- CHAVE
LILACS	2013	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Démarche Estratégica: modo inovador e eficaz de análise da missão institucional	Araújo, Maria de Jesus Dias de; Artmann, Elizabeth; Andrade, Maria Angélica C.	Saúde pública, Gestão estratégica, planejamento em saúde, humanização, saúde materno infantil.
SCIELO	2013	Gestão da humanização das práticas de saúde: o caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo		RIOS, Izabel Cristina; BATTISTELLA, Linamara Rizzo	Humanização da assistência; Organização e administração; Serviços de saúde; políticas públicas
SCIELO	2019	Trabalho, Educação e Saúde	Práticas humanizadas de gestão de pessoas e organização do trabalho: para além do positivismo e do dataísmo	CORTEZ, Pedro Afonso; ZERBINI, Thais; VEIGA, Heila Magali Da Silva	humanização da assistência; gestão em saúde; administração em saúde; administração de recursos humanos; análise de implicação

QUADRO 1 – Matriz de síntese da revisão (base de dados, ano de publicação, periódico de publicação, autor(es) e palavras-chave(s) dos artigos da revisão integrativa.

FONTE: Elaborado pelos autores.

	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
1	Estudar alguns fatores psicossociais do trabalho importantes para a compreensão do modo como os funcionários do CRT-DST/AIDS percebem a instituição, a organização do trabalho, as relações interpessoais e a gestão de pessoas.	Questionário dividido em duas partes: a primeira, que investiga estresse e saúde ocupacional, com questões sociodemográficas, de saúde; a segunda, consta questões sobre a vivência do processo laboral e do ambiente de trabalho.	Os resultados mostraram que os trabalhadores do CRT-DST/AIDS têm alto nível de consciência e motivação. Entretanto, mostraram-se insatisfeitos quanto à participação e autonomia no processo de trabalho.
2	Discutir a Política Nacional de Humanização sob o viés da administração de recursos humanos em saúde.	Revisão integrativa centrada na hermenêutica de Gadamer, no que ela pode contribuir para a ampliação da PNH.	A hermenêutica filosófica de Gadamer pode contribuir para se pensar o processo de administração de recursos humanos em saúde, pois na PNH existe a expectativa de que a humanização se traduza em melhoria das condições de trabalho e de atendimento. Essa melhora nas condições tem de ser traduzida, levando-se em consideração o campo das relações intersubjetivas, principalmente entre aqueles que têm como responsabilidade o compromisso com o cuidado do outro (usuário) e entre esses últimos e os que têm a (co)responsabilidade pela administração de recursos humanos. Modelos de gestão mais democráticos, que permitam a participação dos coletivos no processo de tomada de decisão, por sejam mais propensos de serem apoiados pelos atores neles envolvidos, se comparados a modelos centralizadores. Nesse sentido, o trabalho em saúde não pode mais ficar limitado à responsabilidade pela produção do cuidado, essa produção do cuidado exige um maior compartilhamento de responsabilidades entre os profissionais, usuários e gestores.
3	Abordar a política de gestão de pessoas nos serviços de saúde, ressaltando a importância da humanização, valorização e motivação do servidor público na cidade de Belém do Pará,	Pesquisa bibliográfica e documental, investigação qualitativa por meio de estudo de caso na FHCGV, fazendo uso de grupos focais e de entrevistas estruturadas. O exame dos dados coletados ocorreu por meio da técnica de análise de conteúdo.	Os servidores não conhecem em sua totalidade as ações de humanização e valorização adotadas pela FHCGV. As ações de humanização adotadas pela FHCGV não proporcionaram mudanças efetivas no exercício laboral diário, devido a diversas trocas de gestão, em função da mudança de governo. Outro aspecto de insatisfação e desmotivação é a desigualdade existente entre classes profissionais.

	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
4	Abordar sobre gestão em redes e governança no âmbito da humanização da Atenção Primária em Saúde,	Revisão integrativa.	A governança local promove mecanismos facilitadores da comunicação entre os diversos atores dessa Rede. Tornar-se necessária a reflexão sobre Gestão compartilhada e Governança da RAS a partir da Atenção Primária. Por sua vez, tal reconhecimento implica fortalecer a Atenção Primária por meio de instrumentos da Gestão e de efetivação do Cuidado. Uma governança boa e eficaz propicia a operacionalização da Humanização da Saúde pela construção de diferentes espaços de encontro entre os sujeitos para os pactos de tarefas e responsabilidades; troca de saberes; fortalecimento do controle social; desfragmentação das organizações e processos de trabalho; diminuição do distanciamento entre governantes e governados.
5	Discutir o processo de aplicação do enfoque “démarche estratégica” numa maternidade pública estadual, numa perspectiva de rede coordenada de serviços.	O estudo foi realizado em uma maternidade pública estadual, em Teresina, Estado do Piauí, de julho a setembro de 2009. O enfoque “démarche estratégica” foi aplicado com participação direta dos atores/profissionais. Ao todo foram 19 reuniões, com média de sete participantes em cada, considerando as seguintes fases: análise do existente, segmentação, análise do valor do segmento, análise da Posição competitiva e fatores-chave de sucesso, e portfólio de atividades.	Os resultados mostraram a capacidade do método para problematizar os processos de trabalho e para a análise da gestão do hospital. A experiência permitiu, a partir das análises, apontar estratégias de ação validadas pelos diferentes atores. O estudo mostrou a potencialidade do enfoque como um instrumento de diagnóstico situacional e de ferramenta de gestão hospitalar para rever a missão institucional na busca de qualidade e solidariedade dentro da rede e no compromisso com o atendimento ao usuário de forma universal e equânime. Contudo, os compromissos expressos na síntese propositiva devem ser constantemente revistos e repactuados entre os atores, para alcançar mudanças institucionais permanentes.

	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
6	Apresentar e discutir em termos conceituais e metodológicos o desenvolvimento da humanização das práticas de saúde enquanto política institucional, ou conjunto de diretrizes norteadoras de ações para uma cultura institucional de valores humanísticos, em um serviço-escola do SUS.	Levantamento documental realizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, relativo à humanização no período 2005 a 2012, e procedeu-se à análise descritiva de cenários e processos, assim como análise interpretativa à luz das referências teóricas adotadas.	O modelo tradicional de gestão pautado na visão biomédica traz dificuldades para a humanização das práticas de saúde, além do desconhecimento sobre a Política Nacional de Humanização. Tendo como solução a criação de um modelo de estrutura e gestão para a humanização adequado às características organizacionais, principalmente através dos Grupos de Trabalho de Humanização, que deu ênfase nas pessoas e interações entre elas e a atuação da gestão com maior comunicação com os trabalhadores.
7	Analisar o campo teórico-prático das práticas de gestão e organização do trabalho foi analisado, destacando a ineficácia do positivismo instrumental, práticas administrativas de recursos humanos e dataísmo.	Ensaio Teórico.	Nas práticas organizativas e de gestão de pessoas, deve-se, portanto, questionar de que forma a humanização se propõe nos espaços laborais, em favor da dialogia e práticas político-pedagógicas, capazes de possibilitar à organização, aos trabalhadores e gestores condições organizacionais e de gestão do trabalho humanizadas.

QUADRO 2 – Matriz de síntese da revisão (objetivos, metodologia, resultados) dos artigos da revisão integrativa.

FONTE: Elaborado pelos autores.

Os estudos encontrados trouxeram a relação entre humanização e gestão de pessoas em saúde a partir da perspectiva apontada pelo Programa Nacional de Humanização (PHN). Descreveram a Humanização numa estratégia em que os sujeitos sociais transformam as realidades e a si próprio no mesmo processo, destacando os aspectos subjetivos e sociais, com o objetivo de alcançar a qualificação nas práticas de atenção e gestão em saúde (BRASIL, 2004).

O estudo de Rios (2008), que objetivou entender a visão do trabalho dos profissionais no Centro de Referência e Tratamento DST/Aids (CRT- DST/Aids), levou em conta fatores referentes a organização do trabalho e relações interpessoais. Os resultados mostraram que os trabalhadores têm elevado nível de consciência sobre o trabalho, motivação e boas relações com os colegas de trabalho. O autor mostra em sua pesquisa que os grandes entraves à humanização, no campo em estudo, estão relacionados ao engessamento da gestão, a participação e autonomia dos trabalhadores na construção dos processos de trabalho. Propõe que a gestão participativa é o caminho a ser percorrido pelos gestores para o desenvolvimento da PNH e uma cultura de humanização, através da Educação Permanente, valorização dos profissionais, aprimoramento das competências e organização

dos processos de trabalho.

Segundo Chiavenato (2014), o que torna a gestão de pessoas bem mais eficaz, baseado em aspectos fundamentais modernos usados na administração é a função fundamental que a gestão de pessoas tem de ajudar as organizações a alcançarem seus objetivos; saber criar, desenvolver e aplicar as habilidades e as competências da força de trabalho; construir o mais valioso capital de uma organização, que são as pessoas. Para isto, estas devem ser bem treinadas, motivadas, capacitadas continuamente e reconhecidas pelo seu desempenho. A satisfação e a felicidade das pessoas estão relacionadas ao sentimento que o trabalho está adequado às suas competências, sendo a sua maior fonte de identidade pessoal.

Em concordância, o estudo de Santos e Santo (2011) busca discutir a humanização, sob o viés da administração de recursos humanos em saúde, através de uma revisão de outros estudos, usando para este fim a hermenêutica, que é arte e ciência da interpretação. Segundo os autores, a Humanização é discutida em alguns estudos e relacionada a algumas demandas na área de saúde, como: democratização das relações de atendimento; maior diálogo e melhor comunicação entre profissionais e usuários; e reconhecimento das expectativas de profissionais e usuários, como sujeitos do processo terapêutico. É na área da saúde que as relações são marcadas pelo trabalho vivo em ato, que se dá a condição das (inter) subjetividades e onde se dá a produção de significados que perpassam a relação.

Ainda, segundo os autores supracitados, buscaram usar a hermenêutica de Gadamer, com relação a PNH e ao processo de administração de recursos humanos, devido a dicotomia entre os que perdem a autonomia no trabalho e os que dele tentam se apoderar pelo gerenciamento. Para eles, no sentido de se caracterizar a administração de recursos humanos, o gestor deve ser o intérprete, e o texto são os trabalhadores, e vice-versa. Assim, a PNH rompe com a proposta utilitarista, propondo que o ser humano é um ser linguística e historicamente constituído para além de um momento relacionado à saúde ou doença, e a humanização só pode ser construída mediada pela palavra, pelo encontro do subjetivo. Nesse ponto, defendem uma relação dialógica entre trabalhadores e gestores. Toda e qualquer prática de humanização aponta para a participação na gestão, educação permanente e o adequado dimensionamento da força de trabalho como possibilidade na produção de subjetividades, permitindo a participação dos coletivos nas tomadas de decisões e das responsabilidades entre os profissionais, usuários e gestores. Os autores concluem que na administração de recursos humanos em saúde, os encontros têm sido marcados por desvinculação (desafetação) do outro, sem o reconhecimento do lugar do outro.

De acordo com Soviensi e Stigar (2008), cabe a Gestão de Pessoas a nobre função de humanizar as organizações, pela participação, capacitação, envolvimento e desenvolvimento do Capital Humano que as compõe, admitindo uma filosofia social humanística em que o ser humano é o sujeito, fundamento e fim da vida social. A gestão de

pessoas tem passado por grandes transformações tanto nos aspectos tangíveis e concretos, como nos aspectos conceituais e intangíveis (CHIAVENATO, 2014), mas apesar de ser um assunto atual na área da Administração, é apenas teoria para muitas organizações, não se transformando em prática, tendo absorvido muito pouco do paradigma holístico nas áreas humanas (SOVIENSKI; STIGAR 2008).

Os achados no estudo de Carneiro e Andrade (2012) abordam a política de gestão de pessoas nos serviços de saúde, partindo da problemática a respeito do entendimento dos servidores acerca da humanização, motivação e valorização. Nesse estudo, os autores abordaram a Teoria de Maslow, a Hierarquia das necessidades, para a percepção da motivação nos relatos feitos nos grupos focais.

Para Maslow, a motivação dos indivíduos é a força motriz que faz as pessoas buscarem a satisfação, pois todas as pessoas possuem necessidades distintas que vão de acordo com uma série de variáveis, e que existem por carências provenientes do meio exterior. Sejam elas necessidades primárias, como as fisiológicas e de segurança; ou necessidades secundárias, como as sociais, de estima e de autorrealização (MARRAS, 2016). No estudo em questão, a autorrealização foi considerada pelos autores supracitados a mais difícil de alcançar, pois não foi identificada no estudo.

Contextualizando com o estudo, a Teoria de Maslow e a Teoria dos dois fatores de Herzberg apoiaram a Teoria Comportamental behaviorista aplicada na administração com posições descritivas e explicativas, trazendo um novo enfoque na teoria administrativa: as pessoas, a preocupação com o comportamento organizacional (processo de trabalho) e o estudo do comportamento humano de Maslow. Tudo isso, foi decorrência da Teoria das Relações Humanas (CHIAVENATO, 2003).

No hospital em estudo, os autores concluíram que a desmotivação dos funcionários é vista como um dos problemas que impossibilita o atendimento humano e de qualidade, devido a desigualdade de classes e inexistência de um plano de cargos e salários, mesmo não estando insatisfeitos com o trabalho e tendo uma visão positiva da chefia. Quanto a humanização, os funcionários tinham apenas a visão dela na assistência ao usuário. Além disso, foi identificada uma carência na comunicação entre funcionários de diferentes setores e observou-se a necessidade de um processo de interação na comunicação. Essas problemáticas comprometem a humanização, pois estão associadas as condições de trabalho.

Diante deste cenário, os autores propõem intervenções tanto no ambiente hospitalar como na formação dos profissionais através de ações de humanização e qualidade de vida; educação continuada; reconhecimento profissional e plano de cargos; melhorias na estrutura física de alguns setores; implantar a avaliação institucional como instrumento transformador da gestão; inclusão de disciplinas voltadas para a humanização nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde e estimular a criação de debates permanentes nas universidades sobre humanização nos diversos cursos da saúde.

Conforme os estudos de Granja e Zoboli (2012) a cultura de cogestão e compartilhamento viabiliza o exercício do diálogo. Na proposta da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), a humanização tem que dar conta da produção de saúde e de sujeitos, com participação coletiva na gestão, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

Os achados no estudo relacionam a humanização do SUS com a governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS), pois um sistema de saúde humanizado depende de governança boa e eficaz. Os desafios estão na verticalização da gestão e na diferença entre os modelos de atenção e os de gestão, ficando a humanização na Atenção Primária centrada no gestor, enquanto trabalhadores apenas executam e operacionalizam os planejamentos formulados pelos gestores. Desta forma, propõe-se que a governança da RAS deva criar mecanismo de decisão democrática com planejamento participativo, transparência na gestão.

Na análise de produção científica do tema sobre a humanização na atenção primária à saúde mostrou que apenas 18,2% dos artigos analisados correlacionavam o tema Programa Saúde da Família (PSF) e humanização. Verificou-se a persistência de práticas tradicionais, onde os usuários são passivos nos serviços de saúde. Portanto, Granja e Zoboli (2012) concluem que para a PNH é necessário a reflexão sobre gestão compartilhada e governança da RAS, pois é na atenção primária que se percebem as necessidades de saúde da população, possibilitando o desenvolvimento de educação que fortaleça a cidadania e inclusão dos atores no processo decisório.

O método pandeia proposto por Campos (2000) de cogestão de coletivos organizados, aposta na politização da gestão, reconhecendo uma tríplice finalidade intrinsecamente conflitiva das instituições: a produção de valor de uso para outros, a produção de sujeitos e sustentabilidade. O método ainda identifica três atores principais: usuários, trabalhadores e gestores. Desta maneira, o método politiza a gestão a partir do ponto que reconhece os conflitos e não moraliza os interesses em jogo, sustentando-se também sobre o conceito de coprodução de sujeitos, um instrumento de cogestão porque possibilita a composição e construção de um conhecimento singular transdisciplinar nas equipes multiprofissionais (CAMPOS, 2010).

O estudo de Araújo et al. (2013) parte da problemática dos indicadores de mortalidade materna e neonatal para repensar os processos de trabalho, considerando o ambiente hospitalar e a rede de cuidados perinatais do território, e aposta na democratização institucional, discutindo o processo de aplicação do enfoque “démarche estratégica” numa maternidade pública estadual, analisando a gestão e avaliando a instituição hospitalar.

Segundo Cremadez e Gateau (1992), a *démarche estratégica* é um modelo de gestão estratégica para hospitais, com uma abordagem que busca a partir do contexto, conectar os elementos do objeto entre si e com seu ambiente. Para Rivera (1997), a *démarche objetiva* fortalecer a comunicação entre a gerência estratégica e os centros assistenciais; construir

uma rede de oferta de cuidados com eficácia e da eficiência; promover transformação cultural progressiva; determinar atividades com vantagens comparativas; e definir um projeto coletivo pelos atores-serviços.

As autoras aplicaram a *démarche* através de reuniões com profissionais do serviço de atendimento médico e estatística (SAME), faturamento, arquivo e sistema de informação da maternidade, fazendo o levantamento dos dados produtivos, epidemiológicos, das informações, da demanda e oferta. E também, foram realizadas reuniões semanais com os médicos e enfermeiros da Unidade Materno-Infantil, com participação direta das chefias.

Nos resultados observados foram atribuídos os maiores valores para os critérios “possibilidade de crescimento” e “potencial de ensino e pesquisa”, enquanto os menores valores foram atribuídos à intensidade da concorrência, investimento em recursos humanos e possibilidade de parceria externa. Foi apontado a questão da necessidade de investimentos em recursos humanos, considerados desiguais entre os setores do hospital. A interação da equipe profissional com a família foi considerada fator-chave de sucesso para a maioria dos segmentos, mas não para os segmentos UTI Neonatal e Imunização. A articulação com a rede também foi considerada competitivamente relevante para quase todos os segmentos com exceção da UTI Neonatal e Alojamento Conjunto.

Desta forma, as autoras concluíram que o estudo serviu como um diagnóstico situacional e ferramenta de gestão hospitalar em busca da qualidade e do compromisso com o atendimento ao usuário. O método *démarche* permitiu uma concepção efetiva em produzir equipes de saúde mais solidárias e corresponsáveis, considerando a análise organizacional e de produtividade, permitindo a criação de canais de comunicação. Considerou-se relevante a reflexão cotidiana sobre os processos de trabalho, necessidade de empoderamento e autonomia dos profissionais para a implementação de uma atenção e gestão mais humanizada.

Corroborando com essa ideia, a pesquisa de Rios e Battistella (2013) mostrou que a gestão voltada para a ênfase nas pessoas, capaz de criar espaço para a comunicação entre os colaboradores, contribui para a humanização nas características da organização, principalmente com a realização do Grupos de Trabalho e Humanização. Além disso, o ensaio teórico de Cortez, Zerbini e Veiga, (2019) mostra que uma gestão de pessoas humanizada e dialógica contribui com a humanização em aspectos profissionais, de promoção de direitos humanos e sociais e como política pública de saúde.

Interpondo com os achados feitos na revisão dos estudos analisados, podemos perceber que a comunicação interpessoal está intimamente relacionada a humanização no contexto da assistência em saúde. Pois, o trabalho dos profissionais de saúde está baseado nas relações humanas que estabelece (MACHADO et al., 2010).

4 | CONCLUSÃO

Conforme proposto, o estudo possibilitou relacionar a gestão de pessoas e a humanização em saúde. Ambas estão associadas a gestão participativa, comunicação, capacitação, educação permanente e articulação conjunta da equipe multiprofissional. Quando se torna as pessoas o foco principal de uma organização, satisfazendo suas necessidades de realização, participação, reconhecimento, tornar-se o ambiente organizacional muito mais humanizado.

A humanização, como proposta pela Política Nacional de Humanização (PNH), valoriza usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Mas, ainda apresentam muitos obstáculos. Os mais significantes apontados pelos estudos são o não reconhecimento profissional, a questão salarial, falta de comunicação entre profissionais e setores nos serviços de saúde e falta de participação dos sujeitos.

Diante disso, é necessária a implementação de estratégias que possam atingir de forma ampla e direta todos os envolvidos na gestão e atenção em saúde visando a maior participação nos processos decisórios, o desenvolvimento de capacitações para os profissionais, uma política de reconhecimento, valorização e motivação no ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Maria de Jesus Dias de; ARTMANN, Elizabeth; ANDRADE, Maria Angélica C.. Démarche Estratégica: modo inovador e eficaz de análise da missão institucional. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 319-343, 2013. barros

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARNEIRO, B. R.; ANDRADE, J. T. de. Política de Gestão de Pessoas: Valorização, qualidade e humanização do servidor na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna de Belém-Pa. **Conhecer: Debate entre o Público e o Privado**, v. 2, n. 04, p. 1-29, 2012.

CHIAVENTO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. São Paulo: Campus; 2000.

CORTEZ, P. A.; ZERBINI, T.; VEIGA, H. M. da S. Práticas humanizadas de gestão de pessoas e organização do trabalho: para além do positivismo e do dataísmo. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, 2019.

CREMADEZ, M.; GRATEAU, F. *Le Management Stratégique Hospitalier*. Paris: Inter Éditions, 1992.

GRANJA, G. F.; ZOBOL, E. L. C. P. Humanização da Atenção Primária à Saúde: Gestão em redes e governança local. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 494-501, 2012.

HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. de. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 493-502, 2009.

MACHADO, P.; HADDAD, E. V.; ZOBOLI, E. L. C. P. LOURDES, E. A comunicação como tecnologia leve para humanizar a relação enfermeiro-usuário na Atenção Básica. **Rev Bioethikos**, v. 4, n. 4, p. 447-52, 2010.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e pratica**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARRAS, JEAN PIERRE. **Administração de Recursos Humanos: do operacional ao estratégico**. Saraiva: São Paulo, 2016

MENDES, K. D. S. *et al*. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

RIOS, I. C. Humanização e Ambiente de Trabalho na Visão de Profissionais da Saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v.17, n.4, p.151-160, 2008.

RIOS, I. C.; BATTISTELLA, L. R. Gestão da humanização das práticas de saúde: o caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 853-865, 2013.

SANTOS, J. G. W.; SANTO, M. A. A. do E. Administração de recursos humanos em saúde e humanização: o viés hermenêutico. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 2, n. 3, p. 51-58, 2011.

SOVIENSKI, F.; STIGAR, R. Recursos humanos x gestão de pessoas. **Revista Científica de administração**, v. 10, n. 10, p. 51-61, 2008.

A RESPONSABILIDADE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA NO USO E CONTROLE DE AGROTÓXICOS RELACIONADOS ÀS DOENÇAS AGUDAS E CRÔNICAS EM PEQUENOS AGRICULTORES

Data de aceite: 03/04/2023

Ludmila Araújo Brasil

UFF/CHS

Santo Antônio de Pádua, R.J.

<http://lattes.cnpq.br/9403697631824301>

THE RESPONSIBILITY OF THE PUBLIC ADMINISTRATION IN THE USE AND CONTROL OF PESTICIDES RELATED TO ACUTE AND CHRONIC DISEASES IN SMALL FARMERS

RESUMO: Este trabalho tem o intuito de refletir acerca do uso excessivo de agrotóxicos atualmente, levando em consideração os malefícios do uso indiscriminado destes produtos. O objetivo desta pesquisa é analisar a relação entre o uso de agrotóxicos e o aparecimento de doenças agudas e crônicas em pessoas que fazem uso de tais produtos e buscar compreender qual o papel da Administração Pública no estímulo ou prevenção no uso e manuseio destas substâncias tóxicas, em específico, os voltados para a agroindústria. O procedimento metodológico aplicado foi o descritivo através de uma pesquisa bibliográfica. Os principais resultados demonstram que algumas doenças recebem maior atenção do que outras e que uma das principais alternativas ao uso destes produtos é a agroecologia.

PALAVRAS-CHAVE: Agrotóxicos; Doenças agudas e crônicas; Administração Pública.

ABSTRACT: This work aims to reflect on the excessive use of pesticides today, taking into account the harm caused by the indiscriminate use of these products. The objective of this research is to analyze the relationship between the use of pesticides and the onset of acute and chronic diseases in people who use such products and seek to understand the role of Public Administration in stimulating or preventing the use and handling of these toxic substances, in particular, those aimed at the agroindustry. The methodological procedure applied was descriptive through a bibliographical research. The main results demonstrate that some diseases receive more attention than others and that one of the main alternatives to the use of these products is agroecology.

KEYWORDS: Pesticides; Acute and chronic diseases; Public administration.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil tem sido cada vez mais frequente o uso de agrotóxicos no combate a pragas de insetos e na eliminação de plantas consideradas indesejáveis para a monocultura. Prática que vem se intensificando desde os anos 1960, contudo, nos últimos anos foi liberada uma série de substâncias tóxicas utilizadas como agrotóxicos no país. Inclusive, substâncias que já foram proibidas em países da Europa. O Brasil consome por volta de 20% de todos os produtos considerados agrotóxicos do planeta.

Levando esse fato em consideração é preciso avaliar quem são as pessoas que utilizam e consomem essas substâncias e qual o papel da Administração Pública na seguridade, controle, fiscalização, no uso e manuseio destes produtos. Segundo Lopes e Albuquerque (2018), são muitos os estudos que evidenciam os malefícios do uso e manuseio indiscriminado e em excesso de agrotóxicos.

O modelo econômico dominante vem sendo criticado por sua falta de sustentabilidade no que tange ao Meio Ambiente e à Saúde. Além de que, o modelo é associado às desigualdades sociais que atingem determinadas parcelas da população com maior força devido à proximidade de seus territórios com áreas afetadas pelos produtos tóxicos.

Por este caminho, outros estudos apontam que foi observado que alterações no sistema auditivo, distúrbios psíquicos, suicídios, malformações congênitas, hipospádia e morte fetal estão relacionados ao uso de agrotóxicos, por exemplo. Inclusive no aparecimento de tais enfermidades em zonas rurais. Enfermidades graves, que afetam não só o indivíduo ou grupo de indivíduos em específico, mas, toda a sociedade. Não apenas em relação ao consumo de agrotóxicos nos alimentos, que em si já é uma questão relevante. Como também, diz respeito ao Sistema Único de Saúde (SUS), em relação a tratamentos e prevenções, ou seja, o adoecimento de uma importante parcela da população devido à falta de informações e de orientação necessárias para que se possa fazer o uso correto de tais substâncias é uma questão a considerar no Brasil atual.

Assim, a progressiva intoxicação de trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos merece atenção. Mello e Silva (2013) afirmam que as baixas notificações a respeito e a falta de registros mais apurados relacionados aos casos agudos de intoxicação transformam a situação em uma tragédia silenciosa. Sendo que, mulheres podem ser consideradas mais suscetíveis, pois possuem maiores níveis de gordura corporal e mais tecidos sensíveis a hormônios. Os casos são mais graves entre os trabalhadores rurais quando comparados aos proprietários agrícolas, presumivelmente devido ao tempo maior de exposição. Podemos citar a existência de pesquisas que evidenciam a relação entre o uso exagerado de agrotóxicos e o aumento de câncer no sistema hematopoiético em cafeicultores, por exemplo.

Neste sentido, qual a relação entre doenças crônicas e agudas relacionadas ao uso excessivo de agrotóxicos entre as populações que vivem em zonas rurais e qual o papel da

Administração Pública no que se refere à questão?

Como objetivo geral deste trabalho, será o de analisar a relação entre o uso, manuseio e exposição a agrotóxicos e o surgimento de enfermidades agudas e/ou crônicas em pequenos agricultores e moradores de áreas próximas. Os objetivos específicos, por sua vez, são de compreender qual o papel da Administração Pública diante de tal quadro exposto, analisar quais são as doenças agudas e crônicas mais citadas em artigos voltados ao tema e avaliar qual sua função em relação aos cuidados no consumo e manuseio de agrotóxicos.

Sendo assim, é importante pensarmos maneiras de lidar não apenas com os indivíduos acometidos por enfermidades causadas em decorrência do uso ou exposição a agrotóxicos, mas também, em formas de elaboramos maneiras de proporcionar orientação e auxílio. Contudo, tal propósito não pode estar desacompanhado da colaboração de uma fiscalização que seja efetiva e compromissada. Por esta via, é importante que observemos como o uso de substâncias tóxicas ameaça a vida de pequenos agricultores do campo, porém, sem perder de vista que este é um problema que também afeta as pessoas que vivem nos centros urbanos.

Há estudos que revelam que, em amostras de laranjas colhidas na cidade de São Paulo, mais de 40% delas apresentaram a presença de agrotóxicos, algumas em níveis maiores do que o Limite Máximo de Resíduos permitidos (LMR), e também de outras substâncias Não Autorizadas (NA) para esse tipo de cultura, por exemplo. Por outro lado, em outras frutas, como maçã, morangos e tomates produzidos na região Sul do Brasil foi encontrado a presença de agrotóxicos nas mesmas condições, ou seja, acima dos níveis permitidos. No que se refere à diferença entre os alimentos produzidos de maneira orgânica e os produzidos de maneira convencional, os estudos demonstram que nos produtos convencionais foram encontrados altos índices de substâncias como, por exemplo, nitratos e também vestígios de agrotóxicos organoclorados.

Para este trabalho será adotada uma metodologia descritiva, a fim de que se possa realizar uma análise sobre a relação entre a aparição de doenças agudas e crônicas (como tipos de câncer e problemas respiratórios) e a utilização excessiva de agrotóxicos por parte da população rural, em específico, os pequenos agricultores. Além de buscar compreender o papel da Administração Pública no controle do uso, fiscalização do manuseio e preparação para utilização de tais substâncias. Para tanto, a princípio, será realizada uma pesquisa bibliográfica no intuito de nos inteirmos da temática proposta e buscarmos fontes fidedignas que tratem sobre o tema.

Por esta via, a estrutura desse trabalho conta com introdução, referencial teórico (abordando questões relacionadas ao tema proposto), procedimentos metodológicos (em que será apresentado o modelo de pesquisa utilizado neste trabalho), discussão e conclusão.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

Para alcançar o objetivo proposto o referencial teórico abordará o histórico da comercialização e uso de agrotóxicos no Brasil e a relação entre o uso destas substâncias e o aparecimento de doenças agudas e crônicas em populações da zona rural que fazem uso de agrotóxicos e qual o papel da Administração Pública para com tal situação. Apresentará discussões de alguns autores que abordam o tema, assim como os principais riscos e legislação relacionada ao comércio e uso de agrotóxicos.

2.1 Histórico Dos Agrotóxicos No Brasil

De acordo com Lopes e Albuquerque (2018, p. 518), o uso em massa de agrotóxicos tem início nos anos de 1950, nos Estados Unidos, através da chamada “Revolução Verde”, que teria o objetivo de introduzir um modelo de progresso tecnológico agrícola com o intento de aumentar a produção de alimentos. Movimento que chega ao Brasil uma década depois com a introdução do Programa Nacional de Defensivos Agrícolas (PNDA), ganhando força na década seguinte. O programa associava o uso de agrotóxicos à concessão de créditos agrícolas, tendo no Estado um dos grandes incentivadores. Lopes e Albuquerque (2018) apontam que o vocábulo agrotóxico passou a ser utilizado no Brasil a partir da Lei Federal nº 7.802, de 1989, que dispõe sobre o Decreto nº 4.074, de 2002. Assim, agrotóxicos seriam os compostos químicos indicados para o controle e eliminação de possíveis ameaças patogênicas às plantas cultivadas. Os autores sinalizam que atualmente, no Brasil, o uso e comercialização de agrotóxicos recebem o apoio e incentivo da bancada do agronegócio no Congresso Nacional.

Porto e Soares (2013) revelam que o uso de agrotóxicos começa a se popularizar em meio a Segunda Grande Guerra Mundial, como o advento do DDT (Diclorodifeniltricloreto). A substância foi qualificada como sendo de baixo custo e eficaz, sendo que seu descobridor foi ganhador do Prêmio Nobel de Medicina do ano de 1948. Esses fatores levaram ao uso excessivo da substância, tanto na área da agricultura quanto da saúde, antes de serem descobertos seus efeitos nocivos, salientam os mesmos autores. Contudo, o sucesso do produto levou a criação de outros organossintéticos, o que acabou por fortalecer a cadeia de produção de tais substâncias químicas, presentes até hoje.

Segundo Londres (2011), diversas políticas foram estabelecidas ao redor do globo para aumentar e garantir a venda dessas substâncias. Por outro lado, muitas pesquisas no campo da agropecuária se direcionaram para a produção de sementes escolhidas para reagirem melhor às aplicações de substâncias químicas, ou seja, adubos sintéticos e agrotóxicos, dentro da produção monocultural mecanizada. Londres (2011) explica que todas essas mudanças foram realizadas no intuito de assegurar que a “revolução verde” pudesse acontecer, e que um de seus objetivos iniciais proclamados era de combater a fome ao redor do mundo. Nessa perspectiva, a autora aponta que a FAO (órgão das Nações

Unidas para a Alimentação e Agricultura) e o Banco Mundial foram os maiores promotores e financiadores da disseminação dessas novas tecnologias voltadas para a agricultura. Em relação ao Brasil, Londres (2011) salienta que várias políticas públicas foram e ainda são utilizadas para alimentar a força do agronegócio e das indústrias produtoras destas substâncias químicas. O que ocorre por meio do discurso de progresso e modernização da agricultura, e que tem levado a preocupantes situações sociais, econômicas, ambientais e também de Saúde Pública.

Segundo Carvalho, Nodari e Nodari (2017), o Brasil é hoje um dos maiores consumidores de agrotóxicos do mundo, de maneira que tal patamar vem se mantendo através do alto consumo e dependência destes produtos. Os autores revelam que a era de ouro dos agrotóxicos é concomitante ao período da descoberta dos antibióticos, em que havia excessivo otimismo em relação a ambos no que se refere à eliminação de patógenos e pragas. Contudo, a falta de conhecimentos essenciais sobre biologia evolutiva, pelo fato de que não foi considerada a habilidade de adaptação dos seres humanos e do ambiente em relação a estas substâncias, gerou e ainda gera sérios problemas. Assim, de acordo com mesmos os autores:

Os agrotóxicos eram parte do pacote tecnológico da modernização agrícola ou revolução verde e, portanto, sua percepção e sua utilização estavam totalmente conectadas com uma série de tecnologias agrícolas, como fertilizantes sintéticos, calcário, tratores, sementes certificadas e demais implementos agrícolas. Para convencer os agricultores a utilizar tais tecnologias, o governo brasileiro e os estados utilizaram a concepção e métodos de extensão rural importados dos EUA e criaram, a partir da década de 1950, escritórios de assistência técnica, contratando técnicos agrícolas, engenheiros-agrônomos, veterinários e economistas domésticos. (CARVALHO; NODARI; NODARI, 2017, p. 78).

De acordo com Lignani e Brandão (2022), o Programa Nacional de Defensivos Agrícolas (PNDA) no Brasil ocorreu na mesma época em que alguns agrotóxicos estavam sendo proibidos em outras partes do mundo, sobretudo, os inseticidas organoclorados, como o DDT. Os mesmos autores revelam que o objetivo do programa era internalizar o uso de agrotóxicos na agricultura brasileira. Porém, o que se observou foi a proibição em nível global nos países considerados desenvolvidos e a liberação em países considerados em desenvolvimento, ou seja, alguns dos países fabricantes de tais substâncias já vinham proibido o uso das mesmas em seus próprios territórios, enquanto vendem esses mesmos produtos para países considerados “menos desenvolvidos”.

2.2 O Uso De Agrotóxicos E O Aparecimento De Doenças Agudas E Crônicas Em Pequenos Agricultores

Segundo Rodrigues e Féres (2022), no ano de 2008 o Brasil atinge a marca de maior consumidor de agrotóxicos do planeta. Contudo, apesar de serem utilizados para aumentarem a produtividade agrícola, existe uma série de riscos à saúde ligados ao uso

e manuseio de agrotóxicos. Os mesmos autores explicam que os efeitos nocivos do uso excessivo ou inapropriado de agrotóxicos podem gerar doenças crônicas como malformação congênita, problemas no fígado e respiratórios, por exemplo, e, também, efeitos agudos como dores de cabeça, irritação na pele, náuseas e dificuldades respiratórias. No entanto, mesmo em face de tal conjuntura, a liberação destes produtos no Brasil tem aumentando consideravelmente acrescentam.

Lopes e Albuquerque (2018, p. 24) revelam em sua pesquisa que, além dos impactos no meio ambiente, vários outros estudos evidenciam os impactos também na saúde humana. Os mesmos expõem que, no decênio entre 1999 e 2009, registraram-se cerca de 10 mil casos de intoxicação por agrotóxicos na região Nordeste brasileira, sendo que o estado de Pernambuco o que mais registrou estes casos. E que, entre o período de 2007 a 2010, foi registrado 549 casos de intoxicações. Ademais, foram registrados 2.052 óbitos por intoxicação através de agrotóxicos entre os anos de 2000 e 2009, acrescentam os mesmos autores. Lopes e Albuquerque (2018) indicam que a grande maioria dos atingidos são homens adultos trabalhadores rurais, ou seja, agricultores.

Chaves, Rodrigues e Pimenta (2022) expõem que a questão da utilização de agrotóxicos de maneira excessiva ou/e inadequada e suas consequências se transformaram em uma questão de Saúde Pública. Os autores chamam a atenção para a carga de mortalidade, morbidade e sofrimento provocada por tal conjuntura, sendo que, tal situação deve ser considerada pela perspectiva individual e, também, no que se refere aos impactos causados na sociedade de modo geral. Os autores chamam a atenção para o problema da relação entre agrotóxicos e doenças geradas pelo uso dessas substâncias e explicam que, no caso de enfermidades, é fundamental considerar a possibilidade de se tornar uma questão epidêmica. Outro fator ressaltado é a movimentação de recursos públicos e privados relacionados à disseminação de tais substâncias e no que se refere ao tratamento de suas consequências. Assim:

[...] percebe-se que a transformação de uma questão de saúde em problema requer relações que concernem às vítimas, às críticas à capacidade de intervenção das autoridades públicas, as reivindicações de proteção à saúde das populações, questionamentos e demandas à gestão e aos especialistas em saúde pública. As ciências sociais e humanas contribuem para um percurso de decodificação dessas mobilizações em várias instâncias, inclusive o impacto midiático que elas possuem, em uma forma indissociada entre elementos de ordem discursiva, cognitiva, social e política. As configurações que os atores estabelecem entre si tornam possível um problema emergir na cena pública, ser colocado nas agendas, impor-se. (CHAVES; RODRIGUES; PIMENTA, 2022, p. 367).

Mello e Silva (2013) demonstram em sua pesquisa que, por meio do método de regressão logística, foram identificados quatro aspectos em associação significativa em relação à propensão a apresentar alguma enfermidade provocada pela proximidade, uso ou manuseio de agrotóxicos. Estas são: “sexo, internação prévia por intoxicação, zona de

residência e tipo de relação trabalhista” (p. 367). Deste modo, os dados obtidos evidenciam que há uma probabilidade maior de ocorrência de sintomas entre as trabalhadoras, assalariadas ou temporárias, que moravam em zona rural e com histórico de internação relacionado ao agrotóxico, com 97,5% de chance em relação a outros indivíduos.

Porto e Soares (2012) pontuam que os impactos socioambientais e na saúde gerados pelo uso indiscriminado e/ou inadequado de agrotóxicos não são incorporados pela cadeia produtiva, o que acaba impactando diretamente a sociedade de modo geral, por meio dos gastos públicos, em especial, com enfermidades e mortes que não precisam acontecer através de uma maior regulação e orientação voltadas para o uso e manuseio de tais substâncias químicas, principalmente para pequenos agricultores. Os mesmos autores expõem que no mundo são cerca de um milhão de pessoas infectadas por agrotóxicos por dia, dessas de 3 a 20 mil acabam morrendo. Outro fator enfatizado é que, além dos efeitos agudos, existem os efeitos crônicos e tardios, sendo que, em alguns casos, os efeitos podem demorar anos para aparecer. A relação entre o aumento da produtividade e o crescimento das intoxicações por agrotóxicos estão conectados.

Gonzaga, Baldo e Caldeira (2021, p. 4248) apontam que em sua pesquisa observaram uma maior frequência de ideação suicida entre os camponeses que faziam uso de agrotóxicos em relação aos camponeses que faziam uso da agroecologia em suas plantações. Os autores revelam que: “Na China, um estudo transversal de base populacional, com 10.000 pessoas de comunidades rurais, mostrou ligação entre contato com agrotóxicos e ideação suicida nos últimos dois anos”. Por esta via, os autores pontuam que pesquisas realizadas nos Estados Unidos demonstram uma incidência maior de propensão à depressão em agricultores que utilizam tais substâncias. De acordo com a literatura referente ao tema, há uma associação entre ideação suicida e intoxicação aguda por agrotóxicos. Outro aspecto trazido por Gonzaga, Baldo e Caldeira (2021) relacionado a esses fatores é o maior consumo de álcool por parte de trabalhadores rurais envolvidos com agrotóxicos quando comparados aos camponeses que fazem uso da agroecologia.

Entre os efeitos apontados por Lopes e Albuquerque (2018) estão danos no mecanismo de defesa celular e alterações nas funções dos telômeros, transtornos mentais e maiores chances de suicídio, entre outras enfermidades como dores de cabeça, dores de estômago, dores lombares, disúria e diagnóstico médico de gastrite/epigastria, depressão, ansiedade, mialgia, irritabilidade e cólicas abdominais. Os autores acrescentam que outros estudos evidenciaram problemas respiratórios, lesões musculares, acidentes e intoxicações por agrotóxicos. Gerando, inclusive, alterações no DNA.

Sendo assim, é preciso nos questionar qual papel da Administração Pública no controle, fiscalização e preparação para comercialização, uso e manuseio de tais substâncias no que se refere ao trabalho de pequenos agricultores. Os autores acima citados apontam que a questão das consequências do uso excessivo e/ou inadequado destas substâncias tóxicas vem se configurando enquanto uma questão de Saúde Pública

e, portanto, deve ser tratado como tal.

2.3 A Administração Pública Frente À Questão Das Consequências Do Uso Excessivo E/Ou Inadequado De Agrotóxicos Por Parte De Pequenos Agricultores

Os agrotóxicos integram o modelo químico-dependente de produção agrícola no Brasil atual. Dessa forma, o país é campeão na utilização de tais produtos em grandes, médias e pequenas plantações. Há uma ideia entre grande parte dos produtores rurais, pequenos, médios e grandes, de que os agrotóxicos são indispensáveis para o controle de pragas. O que, segundo Ribeiro e colaboradores (2022), impulsiona ainda mais a venda e o consumo destes produtos. Por outro lado, o Programa de Análise de Resíduos de agrotóxicos criado em 2001 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tem a função de analisar anualmente 25 alimentos, o que tem acontecido desde 2012. O relatório realizado em 2019, por exemplo, incluiu em sua análise 270 agrotóxicos em 4.616 amostras de 14 alimentos no período 2017 e 2018.

Os resultados evidenciaram que das amostras 1.072 foram insatisfatórias, o que significa que 23% delas não foram aprovadas. Os autores pontuam que o resultado foi pior do que os registrados entre os anos de 2013 e 2015. Durante esse período 2.371 amostras foram consideradas insatisfatórias, o equivalente a 19,7% delas. Sendo que os resultados expuseram que “3% destas [estava] apresentando resíduos acima do limite máximo permitido e 18,3% demonstrando resíduos de agrotóxicos não autorizados para as culturas” (RIBEIRO *et al.*, 2022, p. 218). Os autores acrescentam que a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, também chamada de Lei de Acesso à Informação, assegura que é dever do Poder Público oferecer orientações e informações sobre acesso e utilização de produtos agrotóxicos, por exemplo.

Entretanto, [...], o acesso à informação sobre os agrotóxicos é ainda muito difícil, sendo desenvolvidas estratégias pela própria sociedade civil, que utiliza tal lei como um dos principais aliados para a mudança do quadro atual, [...]. Assim, seguem imprecisas as informações sobre contaminação de água, alimentos e ambiente, além de outros vários problemas decorrentes do uso dos venenos. (Ibidem).

Nesta perspectiva, Silva, Leuzinger e Santana (2019, p. 2017) salientam que é dever do Estado fiscalizar “métodos, técnicas e substâncias que comportem riscos para a vida, a qualidade de vida e o meio ambiente”, como prevê a Constituição de 1988 em seu artigo 225, § 1º, V. Em relação aos agrotóxicos, a Lei 7.802/89 institui a “participação da sociedade no processo decisório sobre os agrotóxicos registrados ou pleiteantes de registro”. Já o Decreto 4074/02 determina que é função do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, Saúde e do Meio Ambiente publicar no Diário Oficial da União (DOU) uma exposição sintetizada dos pedidos e das concessões de registro de agrotóxicos.

Assim, se torna evidente que é dever da Administração Pública não apenas fiscalizar

o uso e fornecer informações sobre os riscos dos agrotóxicos de maneira geral, como também, tornar a discussão sobre sua liberação para o consumo ou não uma discussão popular. Fazendo com que tais decisões e tudo que as envolve estejam expostos com o máximo de clareza para a população nacional. Fomentando o conhecimento sobre o tema através de uma ação efetivamente participativa. Fica explícito que é função do Poder Público fiscalizar e orientar a população quanto os riscos de uso e manuseio de tais substâncias conhecidas popularmente como agrotóxicos.

3 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a realização deste trabalho foi utilizado o método qualitativo, realizado através de uma pesquisa bibliográfica, por meio de leituras, fichamentos e resenhas de textos que tratam do tema aqui exposto. Assim como, por meio da análise de variados artigos acadêmicos. Para a busca e seleção dos textos usados nesta pesquisa foram utilizadas como ferramenta de busca as plataformas Scielo e Google Acadêmico. Foram primeiramente analisados 30 textos relacionados à temática, dos quais foram escolhidos 14 textos para compor este trabalho: 10 tratam diretamente da relação entre o uso de agrotóxicos e o aparecimento de doenças graves e crônicas, 2 tratam da relação entre a Administração Pública e tal situação e 2 trazem propostas para combater o uso de tais substâncias. Em seguida, foram escolhidos 15 textos sobre a relação do aparecimento de doenças agudas e crônicas em pequenos agricultores a fim de se analisar quais as doenças mais relatadas nestas pesquisas. Para a realização dos gráficos foi utilizado o programa Libre Office Calc. Os 15 textos utilizados estão no Anexo I, catalogados em tabela a partir de três aspectos: Autor/ano, Fonte, Título do estudo e Objetivos da pesquisa.

4 | RESULTADO E DISCUSSÃO

Entre os textos analisados os principais fatores relacionados ao uso excessivo de agrotóxicos são: a facilidade ao acesso; o apoio governamental; a falta de conhecimento adequado sobre os riscos da utilização de tais produtos; modelos de agricultura ultrapassados (monocultura) e baixa escolaridade. Em contrapartida, a ausência em muitos dos casos do uso de equipamentos de proteção individual (EPI's), e a ausência de conhecimentos adequados referentes ao uso e manuseio destes produtos tóxicos estão ligados aos acidentes que ocorrem no campo, em pequenas fazendas e sítios.

Em relação aos textos referentes ao aparecimento de doenças agudas e crônicas analisados neste trabalho, as doenças agudas a seguir foram mencionadas nos textos, respectivamente: Vômito (9 textos); Cefaleia (8 textos); Convulsão (2 textos); Perda de apetite (4 textos); Fraqueza (11 textos); Dificuldade respiratória (6 textos); Sangramento nasal (3 textos); Desmaios (5 textos); Conjuntivites (2 textos); Tonturas (5 textos); Tremores

musculares (3 textos) e Cólicas abdominais (5 textos). Como demonstrado no Gráfico abaixo:

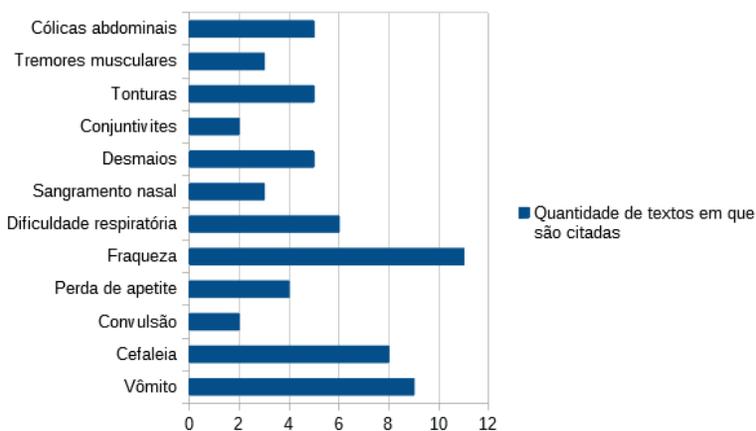


Gráfico 1 – Doenças Agudas e Quantidade de Textos em que São Citadas.

Fonte: Arquivo pessoal.

No que se refere às doenças crônicas, as enfermidades identificadas são as seguintes: Efeitos neurotóxicos (4 textos); Alterações cromossômicas (1 texto); Dermatites (6 textos); Lesões hepáticas (3 textos); Arritmias cardíacas (4 textos); Neuropatias periféricas (3 textos); Alergias (8 textos); Asma (8 textos); Alergias respiratórias (3 textos); Câncer (14 textos); Fibrose pulmonar (4 textos) e Hipersensibilidade (6 textos). Como demonstrado no gráfico abaixo.

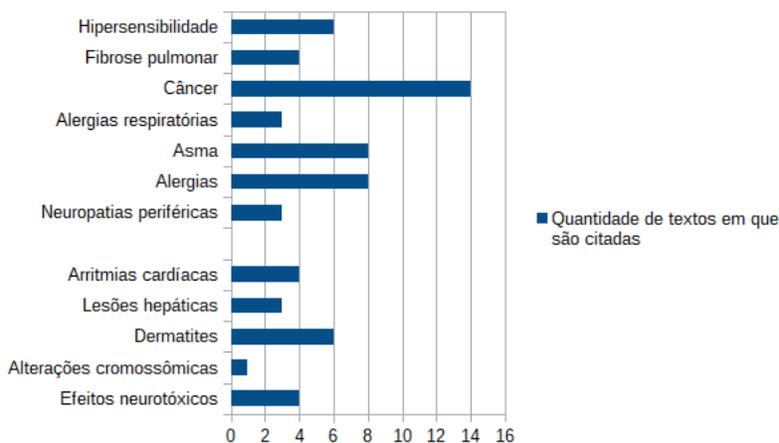


Gráfico 2 – Doenças Crônicas e Quantidade de Textos em que São Citadas.

Fonte: Arquivo pessoal.

As informações obtidas através desta análise bibliográfica indicam que algumas doenças são associadas ao uso de agrotóxicos mais facilmente que outras, vide o câncer, que apareceu em 14 dos 15 textos. O que demonstra a grande quantidade de estudos relacionados ao tema. Por outro lado, algumas categorias podem indicar sintomas de outras doenças crônicas, como a Fraqueza (que aparece em 11 textos), por exemplo. O que só poderia ser verificado ao longo de um grande intervalo de tempo, tempo do qual este trabalho e os textos utilizados nesta pesquisa não dispunham. Em relação às doenças agudas, estas são mais fáceis de identificar devido ao fato de que ocorrem, em sua grande maioria, durante o contato direto com agrotóxicos sem equipamentos adequados, causando em muitos casos acidentes.

Também é possível perceber que em muitos casos trazidos nos textos os relatos de problemas respiratórios relacionados ao uso e/ou contato com agrotóxicos, desde dificuldade de respirar (6 textos), asma (8 textos) e fibrose pulmonar (4 textos) são consideráveis. Vômito e Cefaleia foram as enfermidades agudas mais registradas nos textos analisados, respectivamente em 9 e 8 textos. O que indica que, a princípio, uma intoxicação por agrotóxicos pode apresentar tais sintomas inicialmente. Por sua vez, Hipersensibilidade (6 textos) e Alergias (8 textos) como doenças crônicas mostram que o contato prolongado com tais substâncias pode deixar complicações que podem se agravar com o tempo de vida. Considerando os riscos à Saúde Pública que o uso e consumo indiscriminado de agrotóxicos podem causar, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) estipula doze pontos principais em que o Poder Público deve trabalhar na prevenção e tratamento de doenças agudas e crônicas provenientes do contato com tais produtos. Estes são:

- 1 - A vigilância do leite materno e de grupos vulnerabilizados;
- 2 - Medidas legislativas de fortalecimento dos órgãos reguladores;
- 3 - Fim das isenções fiscais;
- 4 - Fim da pulverização aérea;
- 5 - Banir no Brasil os agrotóxicos já banidos em outros países ou que apresentem evidências de efeitos proibitivos, conforme a legislação;
- 6 - Capacitação dos profissionais de saúde em todos os níveis. Incluir esta temática nas capacitações, programas de educação continuada e atualizações para atenção básica, urgências, assistência hospitalar, assistência especializada;
- 7 - Formação de futuros profissionais de saúde: introdução nos currículos de graduação de conteúdos relativos de conteúdos relativos aos impactos negativos dos agrotóxicos na saúde e no ambiente, As capacitações, os programas de educação continuada e as atualizações para atenção básica, urgências, assistência hospitalar e especializada devem receber atenção juntamente com as reformas curriculares;
- 8 - Ampliar o PARA, incluindo outros alimentos *in natura*, os processados e a água;
- 9 - Ofertar apoio técnico e financeiro à agroecologia como processo de reconversão tecnológica para superação do modelo hegemônico químico-dependente;
- 10 - Proteção dos mananciais de água para abastecimento humano;
- 11 - Proteção da biodiversidade;
- 12 - Construir um site oficial, de acesso gratuito, com informações toxicológicas, que poderia ser sustentado tecnicamente por uma rede de universidades, [...], além da Renaciat [Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica], que disponibilize informações sobre efeitos tóxicos agudos e

Entre as alternativas ao sistema agroindustrial está a agroecologia. Segundo Fenner e colaboradores (2022), o movimento pela substituição de modelos de cultivo agrícola ultrapassados pela agroecologia é um fenômeno mundial. A partir das metas determinadas pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a agroecologia vem sendo considerada como principal referência na busca por equilíbrio ambiental. Fator que põe em cheque não apenas o uso de agrotóxicos, como também, o uso de sementes transgênicas. O que implica em ações efetivas por parte do Estado em áreas como educação, saúde, agricultura e desenvolvimento, e o acesso à informação, além da participação pública nos debates sobre os riscos e a possível liberação de substâncias para o consumo.

Junto à agroecologia deve estar a agricultura familiar. Daufenback e colaboradores (2022) apontam a necessidade de uma articulação entre as teorias e práticas agroecológicas e famílias de pequenos agricultores. Por esta via, tal encontro pode colaborar para a aquisição de práticas de cultivo mais sustentáveis e menos perigosas; levantar a questão do uso de agrotóxicos de maneira indiscriminada enquanto violação dos direitos humanos e dos direitos da terra e estimular o uso de técnicas de manuseio, produção de alimentos e consumo mais seguros, por exemplo. Pensar no uso de agrotóxicos no Brasil é uma questão do Poder Público e, portanto, da Administração Pública, levando em consideração que a questão envolve principalmente a Saúde Pública, porém, deve ser trabalhada em outras áreas como a Educação e no desenvolvimento de programas de divulgação e fomento de práticas agroecológicas, principalmente em relação aos pequenos agricultores. O uso de agrotóxicos traz riscos consideráveis não apenas para os que têm contato com tais produtos, como também, para todos aqueles que consomem produtos repletos de veneno, como grande parte da população brasileira.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desta pesquisa bibliográfica pudemos observar que o uso de agrotóxicos no Brasil é uma questão diretamente ligada à Administração Pública, pois atinge diretamente a vida da população brasileira, principalmente a parcela populacional que vive no campo. Assim, um dos grupos mais suscetíveis são os pequenos agricultores e, especialmente, as mulheres agricultoras. Por esta via, é necessária a criação de programas de controle, fiscalização, orientação e educação voltados para os riscos do uso, manuseio e consumo de agrotóxicos. Pudemos notar que o contato e consumo de agrotóxicos estão ligados a uma série de doenças que vão de agudas às crônicas, sendo que, em alguns casos, os sintomas podem demorar anos para aparecerem. O que pode afetar diretamente o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a questão do uso excessivo ou irregular de tais substâncias tóxicas se mostra como uma questão que merece maior atenção do Poder Público, a fim de que se possa evitar o aumento do aparecimento de doenças e mortes causados por tais

substâncias.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Dossiê ABRASCO** – Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Parte 2 - Agrotóxicos, Saúde, Ambiente e Sustentabilidade. AUGUSTO, L. G. S.; CARNEIRO, F. F.; PIGNATI, W.; RIGOTTO, R. M.; FRIEDRICH, K.; FARIA, N. M. X.; BÚRIGO, A. C.; FREITAS, V. M. T.; GUIDUCCI FILHO, E.. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2012.

CARVALHO, M. M. X. de; NODARI, E. S.; NODARI, R. O.. “Defensivos” ou “agrotóxicos”? História do uso e da percepção dos agrotóxicos no estado de Santa Catarina, Brasil, 1950-2002. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.24, n.1, jan.-mar. 2017.

CHAVES, B. S.; RODRIGUES, L. A. D.; Pimenta, N. D.. Agroecologia e saúde coletiva na construção dos agrotóxicos como problema de saúde pública no Brasil. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v 46, n. Especial 2, jun. 2022.

DAUFENBACK, V. *et al.*. Agrotóxicos, desfechos em saúde e agroecologia no Brasil: uma revisão de escopo. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v 46, n. Especial 2, jun. 2022.

FENNER, A. L. D. *et al.*. Territórios Saudáveis e Sustentáveis (TSS) no Distrito Federal: agroecologia e impactos dos agrotóxicos. **Revista Saúde Debate**, RJ, v. 46, nº especial 2, junho, 2022.

GONZAGA, C. W. P.; BALDO, M. P.; CALDEIRA, A. P.. Exposição a agrotóxicos ou práticas agroecológicas: ideação suicida entre camponeses do semiárido no Brasil. **Revista Ciência e saúde coletiva**, v. 26, n. 9, set. 2021.

LIGNANI, L. de B.; BRANDÃO, J. L. G.. A ditadura dos agrotóxicos: o Programa Nacional de Defensivos Agrícolas e as mudanças na produção e no consumo de pesticidas no Brasil, 1975-1985. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, abr.-jun. 2022.

LONDRES, F.. **Agrotóxicos no Brasil: um guia para ação em defesa da vida**. Rio de Janeiro: AS-PTA – Assessoria e Serviços a Projetos em Agricultura Alternativa, 2011.

LOPES, C. V. A.; ALBUQUERQUE, G. S. C. de. Agrotóxicos e seus impactos na saúde humana e ambiental: uma revisão sistemática. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, V. 42, n. 117, p. 518-534, abr/ jun de 2018.

MELLO, C. M. de; SILVA, L. F.. Fatores associados à intoxicação por agrotóxicos: estudo transversal com trabalhadores da cafeicultura no sul de Minas Gerais. **Epidemiologia Serviço de Saúde**, Brasília, n. 22, v. 4, p. 609-620, out-dez 2013.

PORTO, M. F.; SOARES, W. L.. Modelo de desenvolvimento, agrotóxicos e saúde: um panorama da realidade agrícola brasileira e propostas para uma agenda de pesquisa inovadora. **Revista brasileira de Saúde ocupacional**, São Paulo, n. 37, v. 125, p.17-50, 2012.

RIBEIRO, S. D. de M. *et al.*. A comercialização de agrotóxicos e o modelo químico-dependente da agricultura do Brasil. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, nº especial, junho de 2022.

RODRIGUES, L. C. C.; FÉRES, J. G.. A relação entre intensificação no uso de agrotóxicos e intoxicações nos estabelecimentos agropecuários do Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v; 60, n. Especial, 2022.

SILVA, L. R. da; LEUZINGER M. D.; SANTANA, P. C.. O direito de acesso a informações: o caso de informações relativas a produtos agrotóxicos. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas** (UNIFAFIBE), v. 7, nº 2, 2019.

ANEXOS

Anexos Autor/ano	Fonte	Título do estudo	Objetivos
Mônica Ehrhardt, 2020.	Repositório da Universidade Federal de Rondonópolis.	Uso de agrotóxicos e riscos à saúde humana.	Realiza um levantamento dos agrotóxicos utilizados na agropecuária do estado de MT.
Marcelo Firpo Porto; Wagner Lopes Soares, 2012.	Revista brasileira de saúde ocupacional.	Modelo de desenvolvimento, agrotóxicos e saúde: um panorama da realidade agrícola brasileira e propostas para uma agenda de pesquisa inovadora.	Fazer uma avaliação geral da relação entre o modelo agrícola brasileiro e os impactos à saúde e ao ambiente decorrentes do uso de agrotóxicos e propor uma agenda de pesquisa para subsidiar o enfrentamento dos problemas apontados que integre os setores comprometidos com a defesa da saúde, do meio ambiente e da segurança e soberania alimentar.
Dutra; Souza, 2017.	Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde.	Impactos negativos do uso de agrotóxicos à saúde humana.	Objetivo é promover um processo de reflexão sobre a indústria agroquímica e seus impactos para a saúde coletiva brasileira.
Brasil, Ministério da Saúde.	Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública.	Experiências Exitosas em Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos no Brasil	Assistência, prevenção, controle de doenças e agravos, sistemas de informação e análise de situação de saúde, relacionadas à problemática da exposição da população aos agrotóxicos.
Ferreira, 2021.	Repositório da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).	Os riscos dos agrotóxicos para a saúde do agricultor rural.	Analisou-se os riscos e danos à saúde dos agricultores rurais causados pelo uso de agrotóxicos.
Miguel, 2018.	Repositório da Universidade Federal de Viçosa.	Uso de agrotóxicos na produção de alimentos e condições de saúde e nutrição de agricultores familiares.	Objetivou-se avaliar a adequação do uso de agrotóxicos na produção de alimentos e as condições de saúde e nutrição de agricultores familiares.
Urakawa, (s. d.).	Repositório da Universidade de Campinas (Unicamp).	Agrotóxicos e a saúde do trabalhador: abordagem sobre os riscos de doenças.	Este estudo teve por objetivo identificar na literatura as principais doenças que acometem os trabalhadores rurais, tais como doença mental, alterações auditivas, alterações na reprodução humana, problemas respiratórios e neoplasias.

Rodrigues; Silva; Bortoleto, 2017.	Revista Cadernos de Agroecologia.	Trabalhador do campo e as doenças causadas pelo uso de agrotóxicos	O objetivo desta revisão foi relatar os malefícios causais do uso dos agrotóxicos na saúde do trabalhador do campo.
Ribeiro, 2014.	Repositório da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.	A relação entre o uso de agrotóxicos e a saúde respiratória dos trabalhadores rurais.	O trabalho faz uma análise sobre impactos do uso de agrotóxicos no município de São José da Barra, MG, mas especificamente sobre a saúde dos trabalhadores rurais que frequentam regularmente o Programa de Saúde da Família (PSF) rural Sebastião Damascena dos Reis.
Lopes; Albuquerque, 2018.	Revista Saúde e Debate.	Agrotóxicos e seus impactos na saúde humana e ambiental: uma revisão sistemática.	Realizou-se uma revisão sistemática no período de 2011 a 2017 acerca desse tema em bases de dados científicos.
Santos, 2019.	Repositório da Universidade de São Paulo.	As Implicações do Uso de Agrotóxicos: Doenças Relacionadas ao Contato com esses Produtos.	Analizou a utilização de agrotóxicos no Brasil e sua consequente implicação à saúde e à sociedade.
Gomes, 2018.	Repositório da Universidade Federal de Campina Grande.	Caracterização das condições de trabalho associadas ao uso de agrotóxicos: As consequências para os pequenos agricultores do DPIVAS.	O estudo teve como objetivo analisar as condições de trabalho associada ao uso de agrotóxicos para a saúde e a segurança do trabalho dos pequenos produtores rurais do DPIVAS – Distrito de Irrigação do Perímetro Irrigado Várzeas de Sousa.
Araújo <i>et al.</i> , 2007.	Revista Ciência e Saúde Coletiva.	Exposição múltipla a agrotóxicos e efeitos à saúde: estudo transversal em amostra de 102 trabalhadores rurais, Nova Friburgo, RJ.	Um estudo transversal foi realizado em uma comunidade agrícola localizada em Nova Friburgo, RJ, para conhecer os aspectos epidemiológicos, clínicos e laboratoriais da exposição múltipla a agrotóxicos em uma amostra representativa de 102 pequenos agricultores, de ambos os sexos.
Souza <i>et al.</i> , 2011.	Revista Ciência e Saúde Coletiva.	Avaliação do impacto da exposição a agrotóxicos sobre a saúde de população rural do Vale do Taquari (RS, Brasil).	Avaliou a possível associação entre contato com agrotóxicos e prevalência de doenças crônicas em população rural do Sul do Brasil.
Leal, 2021.	Repositório do Centro Universitário AGES (Uniaiges).	O uso de agrotóxicos e seus impactos na saúde dos trabalhadores rurais e no meio ambiente.	A monografia é resultado de uma pesquisa que teve como objetivo geral: analisar os impactos que o uso de agrotóxicos gera na saúde dos trabalhadores rurais e no meio ambiente.

Streptococcus mutans NO BINÔMIO MÃE/FILHO E CÁRIE DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Data de aceite: 03/04/2023

Elizabeth Lima Costa

José Ferreira Costa

Lorena Lúcia Costa Ladeira

Lucas Daylor Aguiar da Silva

Cecilia Claudia Costa Ribeiro

RESUMO: Objetivo: Este estudo analisou a contaminação de *Streptococcus mutans* na mãe, mediado pela contaminação por *S. mutans* no filho, em sua associação com a Cárie da Primeira Infância (CPI), através de um modelo teórico que considerou outras variáveis do contexto familiar. **Métodos:** Estudo transversal aninhado a um estudo de coorte retrospectivo, envolvendo 400 crianças (24 a 71 meses de idade) e suas mães. Foi elaborado um diagrama causal baseado na associação entre a presença de *S. mutans* na mãe, mediação por *S. mutans* no filho na CPI tendo como covariáveis maternas: escolaridade, renda, circunferência da cintura materna, açúcar consumido pela mãe, CPOD materno, índice de placa visível. No filho, foram consideradas as seguintes variáveis: açúcar consumido, índice de placa visível e idade

da criança. O desfecho foi número de dentes cariados, modelado como variável discreta em modelos de regressão de Poisson. Dois modelos foram analisados, um do efeito total e outro do efeito mediado da associação entre contaminação de *S. mutans* materna e CPI. Os coeficientes estimados foram calculados e expressos como (RP). O teste paramed foi usado para quantificação da proporção do efeito da contaminação de *S. mutans* materna que é mediada pela contaminação por *S. mutans* no filho na associação com CPI. **Resultados:** No modelo de efeito total, foram associadas à CPI, a presença de alta colonização de *S. mutans* na mãe (RP=1.50; IC 95%=1.25-1.79); a circunferência da cintura materna $\geq 80-88$ (RP=1.80; IC95%=1.50-2.16) e >88 (RP=1.36; IC95%=1.12-1.64), CPO-D (RP=1.96; IC95%=1.63-2.34) e IPV materno (RP=3.67; IC95%=3.14-4.29), idade da criança ≥ 4 anos (RP=1.67; IC95%=1.43-1.94) e maior frequência de consumo de açúcar pelo filho (>3 vezes/dia) (RP=1.22; IC95%=1.12-1.34). No modelo de efeito mediado a alta colonização materna permaneceu associada à CPI, porém com força reduzida, (RP=1.31; IC95%=1.10-1.59) e as categorias moderada colonização de *S. mutans* no filho (RP=1.65; IC95%

1.36-1.99) e alta colonização de *S. mutans* no filho (RP=2.30; IC95%=1.98-2.98) também foram associadas à CPI. O teste paramed mostrou que a proporção do efeito mediado da contaminação materna de *S. mutans* pela contaminação no filho de *S. mutans* na CPI foi de 33%. **Conclusão:** A contaminação de *S. mutans* no filho media apenas parcialmente a associação da contaminação de *S. mutans* da mãe na CPI. Outros fatores para além da contaminação por bactérias e sua “transmissibilidade” devem ser consideradas no binômio mãe/filho, como hábitos alimentares, práticas de higiene bucal e a história da cárie no ambiente familiar.

PALAVRAS-CHAVE: Cárie dentária. *Streptococcus mutans*. período de transmissibilidade.

Streptococcus mutans IN THE MOTHER AND CHILD AND EARLY CHILDHOOD CARIES

ABSTRACT: Objective: This study analyzed the contamination of *Streptococcus mutans* in the mother, mediated by contamination by *S. mutans* in the child, in its association with Childhood Early Cavities (ECC); through a theoretical model that considered other variables of the family context. **Methods:** Cross-sectional study nested in a cohort study involving 400 children (24-71 months) and their mothers. A causal diagram was designed based on the association between the presence of *S. mutans* in the mother, mediation by *S. mutans* in the child in the ECC having the following as covariates: education, income, maternal waist circumference, sugar consumed by the mother DMF, visible plaque in the mother, sugar consumed by the child, visible plaque on the child and age of the child. The outcome was number of decayed teeth, modeled as a discrete variable in Poisson regression models. We analyzed a total effect model and a model of the effect mediated from the association between maternal contamination *S. mutans* and ECC. The estimated coefficients were calculated and expressed as prevalence ratios (PR). The Paramed test was used to quantify the proportion of the effect of *S. mutans* maternal contamination that is mediated by contamination by *S. mutans* in the child in relation to ECC. **Results:** In the total effect model, was associated with ECC, the presence of high colonization of *S. mutans* in the mother (PR=1.50; 95%CI=1.25-1.79); waist circumference >80-88 (PR=1.80; 95%IC=1.50-2.16), CPO-D (PR=1.96; 95%CI=1.63-2.34) and VPI (PR=3.67; CI95%=3.14-4.29). In the direct effect model, which included the mediation variable *S. mutans* in the child, the high maternal colonization remained associated with ECC, but with reduced force, suggesting mediation (PR=1.31; 95%CI=1.10-1.59). The Paramed test showed that a mediated proportion of 33% of maternal contamination effect of *S. mutans* by contamination in the son of *S. mutans* in the ECC. **Conclusion:** Contamination of *S. mutans* in the son partially measured the association of the mother’s *S. mutans* contamination in the ECC. Other factors apart from contamination by bacteria and their “transmissibility” such as eating habits, oral hygiene practices and history of cavities in the family environment should be considered in the mother and child.

KEYWORDS: Tooth decay. *Streptococcus mutans*. contamination period.

1 | INTRODUÇÃO

A Cárie da Primeira Infância (CPI) é definida como a presença de uma ou mais superfícies dentais cariadas (cavidadas ou não), perdidas (devido à cárie), ou restauradas

em qualquer dente decíduo até 71 meses de idade (AAPD, 2008).

Dentre os fatores de risco associados à CPI, *Streptococcus mutans*, têm sido alvo de inúmeros estudos, sendo esse grupo de bactérias apontado em revisão sistemática como forte indicador de risco à CPI (PARISOTTO *et al.*, 2010). A aquisição precoce destas bactérias, em especial o sorotipo *S. mutans* na cavidade oral das crianças, a qual ocorre principalmente entre 19-33 meses de idade (CAULFIELD *et al.*, 1993), está ligada ao maior risco futuro de CPI (PALMER *et al.*, 2010).

A saliva materna é apontada como a principal fonte da infecção por *S. mutans* nos filhos (CAULFIELD *et al.*, 1993, 1995, 2000; MATTOS-GRANER *et al.*, 2001; TEDJOSASONGKO, KOZAI, 2002). Uma meta-análise confirmou que há associação entre cepas de *S. mutans* nas mães e seus respectivos filhos, concluindo que há evidência de transmissão vertical destas bactérias da mãe para filho (BASTOS *et al.*, 2015).

A proporção de *S. mutans* na cavidade bucal de crianças também está ligada à quantidade de consumo de alimentos cariogênicos na dieta (PALMER *et al.*, 2010). A maior frequência de consumo de sacarose resulta em desafios ácidos, que selecionam ecologicamente bactérias acidogênicas e acidúricas no biofilme oral como *S. mutans* (MARSH, 2010). Dessa forma, o consumo de açúcar pelo binômio mãe/filho também precisa ser considerado nos estudos de transmissibilidade de bactérias. Hábitos alimentares são estabelecidos na primeira infância e são claramente compartilhados no ambiente familiar (OKUBO *et al.*, 2014). Padrões alimentares da mãe foram associados com os hábitos alimentares dos filhos, incluindo a preferência por doces e bebidas adoçadas (LAVIGNE, 2013; OKUBO *et al.*, 2014).

Estudos apontam uma associação entre CPOD materno com a CPI (WEINTRAUB *et al.*, 2010; BRUCE *et al.*, 2011; RETNAKUMARI, CIRIAC, 2012). Entretanto, outros fatores também precisam ser considerados nos estudos com foco na contaminação por *S. mutans* no ambiente familiar, pois aquisição de *Streptococcus* do grupo *mutans* no bebê está relacionada à presença de cavidades cáries não restauradas na mãe (PLONKA *et al.*, 2012). A higiene bucal inadequada da mãe parece refletir tanto na quantidade de biofilme oral no seu filho quanto na presença de CPI (RETNAKUMARI, CIRIAC, 2012).

Tendo em vista a multifatorialidade da doença cárie, fatores socioeconômicos mais distais, como a baixa escolaridade materna e antecedentes raciais não-brancos, também já foram associados à presença de *S. mutans* em crianças (HALLETT, O'ROURKE, 2006; LIVNY *et al.*, 2007; MOHEBBI *et al.*, 2008), portanto precisam ser considerados no contexto da contaminação por essas bactérias no binômio mãe-filho e sua ligação com a CPI.

A premissa da transmissibilidade vertical de *S. mutans* no binômio mãe/filho se baseia na transmissão de cepas idênticas dessas bactérias da mãe para o filho. Entretanto, os estudos que avaliaram essa associação, apresentaram fortes limitações de não considerarem como fatores de confusão a placa bacteriana ou índices de cárie e hábitos alimentares, além de envolverem amostras com até 60 pares de mãe/filho (BASTOS *et*

al., 2015). No entanto, foi encontrado um estudo sobre contaminação por *S. mutans* no binômio mãe/filho, o qual ajustou a regressão para fatores socioeconômicos e o consumo de açúcar pela mãe, não sendo encontrada associação com as variáveis socioeconômicas e CPI (SMITH *et al.*, 2002). A provável razão para a não associação, possa ser o tamanho da amostra (n=60 pares mãe/filho), bem como ter mostrado o odds ratio (OR) elevado em associação a CPI, de 11,3 para a associação com *S. mutans* e 4,2 para o consumo de açúcar materno (SMITH *et al.*, 2002).

O presente estudo analisou a contaminação de *S. mutans* na mãe, mediado pela contaminação de *S. mutans* no filho em suas associações com a CPI, através de um modelo teórico que considerou outras variáveis confundidoras presentes no contexto familiar.

Como hipótese a ser testada assumiu-se que a contaminação de *S. mutans* na mãe seria mediada pela contaminação de *S. mutans* no filho na associação com a CPI, sendo os fatores socioeconômicos, indicadores de saúde materna (circunferência da cintura e CPOD), hábitos de dieta e de higiene bucal presentes no ambiente familiar, os confundidores dessa associação.

2 | MÉTODOS

2.1 Desenho do estudo

O estudo é do tipo transversal aninhado a uma coorte retrospectiva “Cárie precoce da infância na perspectiva binômio mãe/filho” conduzido em São Luís-MA, Brasil, em crianças e suas mães para avaliar fatores de risco associados à CPI.

2.2 Seleção da amostra

A cidade de São Luís possui sete distritos sanitários, com 53 unidades pré-escolares públicas ou comunitárias, com um total de 2.740 alunos matriculados, segundo listagem de escolas fornecidas pela Secretaria Municipal de Educação. O processo de seleção dos pares mãe/filho para o estudo foi por amostragem por conglomerado em dois estágios: inicialmente foram selecionados os distritos e após, as unidades pré-escolares, sendo eleitos 5 distritos e 15 escolas. Nessas unidades escolares foram elegíveis para o estudo todas as crianças na faixa etária de 24 a 71 meses de idade. Considerando um erro padrão (5%) e o tamanho da população, o tamanho mínimo estimado foi de 500 crianças. Entretanto, considerando a possibilidade de perdas na amostra, o estudo de coorte coletou dados de 697 crianças e suas respectivas mães.

Para a coleta de saliva, este estudo transversal, estimou também uma amostra de 388 pares mãe/filho, com poder de identificação 80%, a uma proporção significativa de prevalência 1.3 (RP) de cárie, considerando 1:1 de razão para os expostos e indivíduos não expostos e uma probabilidade de 5% de erro de tipo I. Foram elegíveis 400 pares mães/filhos que tiveram suas salivas coletadas para contagem de *S. mutans*.

2.3 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nas próprias unidades de ensino no período de agosto de 2013 a março de 2015.

As mães responderam um questionário estruturado e validado por meio de entrevista, contendo dados socioeconômicos e demográficos, questionário de frequência alimentar e hábitos de higiene bucal da mãe e do filho (NUNES *et al.*, 2012).

Na avaliação antropométrica das mães, foi utilizada a medida da circunferência da cintura. Essa medida foi aferida com utilização de uma fita métrica da marca Sanny®, sem costura, com precisão de 1mm, no ponto médio entre o último arco costal e a crista ilíaca (LOHMAN, 1992). A circunferência da cintura, marcador de gordura visceral, foi usada no presente estudo como proxy do consumo habitual de dieta não saudável pela mãe (CUNHA *et al.*, 2010). Um padrão alimentar Ocidental, que inclui refrigerantes, bolos, biscoitos, doces e lanches teve uma associação com a circunferência da cintura em mulheres (LUTSEY *et al.*, 2008).

Para avaliação das condições bucais no binômio mãe/filho, primeiramente foram realizados o exame clínico de placa visível-IPV e de sangramento gengival-ISG à sondagem (AINAMO, BAY, 1975), sendo examinadas todas as superfícies dentárias.

Após escovação, foi realizado o exame clínico bucal para aferição das lesões cárie, utilizando-se o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) para as mães (WHO, 1997) e o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (ceo) para as crianças (WHO, 1997), modificado pela inclusão das lesões ativas não cavitadas de cárie, incluindo-se lesões de mancha branca rugosas e opacas, segundo o critério de NYVAD *et al.* (2003).

Nos exames clínicos foram usados espelho bucal plano, sonda exploradora com ponta romba, e sonda periodontal (WHO, 1997). Mãe e filho foram examinados sob a luz natural, acomodados em cadeiras comuns no pátio externo da própria escola. Os exames clínicos da mãe e do filho, foram realizados em momentos independentes para garantir o cegamento do avaliador nesta variável do binômio. A coleta dos dados foi realizada por um único examinador, previamente calibrado (K= 0,86).

Após exame clínico bucal foram realizados os exames salivares nos pares mães e filhos para cultura de *S. mutans*. Para tanto, amostras de salivas estimuladas foram coletadas após mastigação de parafilme, o qual foi preso a um fio dental para uso das crianças. A saliva foi dispensada em um tubo tipo Falcon, conservados em gelo e encaminhados para o Laboratório de Microbiologia do Curso de Odontologia da UFMA para processamento em até 2 horas. As amostras foram processadas e inoculadas a 37°C por 48 horas em estufa de CO₂ (Sanyo® MCO- 17-AC), com atmosfera de CO₂ a 10%, em duplicata, pela técnica da gota, semeadas nas superfícies das placas contendo ágar mitis salivarius, adicionado de 15% de sacarose e de 0,2 unidades/mL de bacitracina (Disco BD), para contagem de *S. mutans* (GOLD *et al.*, 1973). As Unidades Formadoras de

Colônias (UFC), foram contadas e os resultados expressos como UFC/mL saliva. Colônias com fenotipagem características de *S. mutans* foram testadas pela coloração de gram. Posteriormente, os fenótipos considerados característicos para *mutans* foram confirmados por meio da Reação de Cadeia de Polimerase (FLORIO *et al.*, 2004), contagem de *S. mutans* (ATCC 00446) como cepa de referência.

2.4 Variáveis do estudo

A variável explanatória foi a contagem de *S. mutans* na mãe. Os níveis salivares de *S. mutans* nas mães foram categorizados: ausência ou baixa colonização (até 99.999 UFC/mL), colonização moderada (100.000 até 999.999 UFC/mL) e alta colonização ($\geq 1.000.000$ UFC/mL).

A variável mediadora foi a contagem de *S. mutans* no filho, sendo que para esses os níveis salivares de *S. mutans* também seguiram a mesma categorização usadas para as mães.

O desfecho de interesse do estudo foi a CPI, sendo analisada como uma variável discreta, número de dentes com cárie (ceo acrescido de lesões ativas não-cavidades).

As variáveis socioeconômicas e demográficas incluídas na análise foram: a) renda familiar, usada como variável contínua com de acordo com o salário mínimo mensal brasileiro, da época (2013- 2014); e b) escolaridade materna, categorizada em anos de estudo: <5, 5 a 11 e >11 anos de estudos. A idade da criança foi dicotomizada em ≤ 3 anos ou >3 anos.

O consumo de sacarose foi analisado com base no questionário de frequência alimentar (QFA) (MACIEL, ENES, 2006). A frequência de consumo de sacarose foi construída pela soma do consumo diário dos seguintes alimentos: refrigerantes, sucos industrializados, achocolatados, chocolate candy, bolos, balas, doces e cookies, sendo dicotomizada em 0-3 x /dia ou > 3 x/dia.

A circunferência da cintura das mães foi categorizada em: circunferência da cintura < 80cm (ausência de risco metabólico); circunferência da cintura ≥ 80 até 88 (risco metabólico aumentado) e circunferência da cintura ≥ 88 cm (risco metabólico muito aumentado) (FREENDMAN *et al.*, 1999).

As qualidades da higiene bucal na mãe e filho foram aferidas através dos índices de placa visível - IPV, sendo categorizada em <15 ou $\geq 15\%$ e de sangramento gengival à sondagem-IGS, categorizado em <15 ou $\geq 15\%$ (NUNES *et al.*, 2009).

2.5 Análise dos dados

Para análise dos dados um modelo teórico da associação da contaminação de *S. mutans* na mãe mediado pela contaminação de *S. mutans* no filho na CPI foi construído, usando-se diagramas causais para orientar as análises elaboradas por meio do software Dagitty 2.2®. (FIGURA 1). A elaboração de diagramas causais baseados em Gráficos

Acíclicos Direcionados (DAGs), os quais permitem o controle de fatores de confusão da forma mais adequada e ao mesmo tempo evitando sobrecontroles e ajustes desnecessários (SCHISTERMAN *et al.*, 2009).

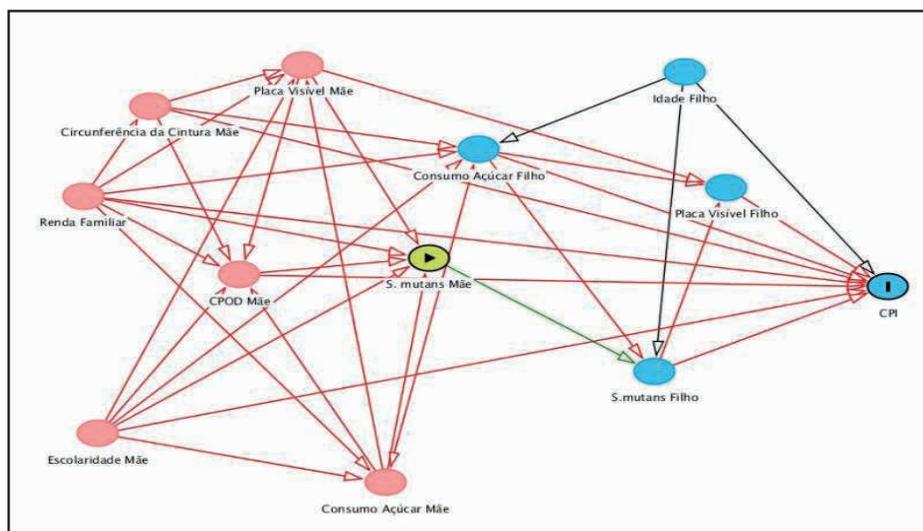


FIGURA 1. Gráfico Acíclico Direcionado do efeito da causalidade da transmissibilidade de *Streptococcus mutans* materno e CPI.

Exposição
 Desfecho
 Antecedente (ancestrais) do desfecho
 Antecedente (ancestrais) da exposição e desfecho
 Caminho causal
 Caminho de viés

No modelo teórico, a renda e educação materna seriam os determinantes ancestrais, exercendo seu efeito sobre os níveis de *Streptococcus mutans* maternos na CPI e sobre as demais covariáveis. Os níveis de *Streptococcus mutans* maternos seriam mediados pelos níveis de *mutans* no filho em sua associação com a CPI. A circunferência da cintura, CPOD, consumo de açúcar e a qualidade da higiene bucal seriam as variáveis maternas confundidoras da associação entre *Streptococcus mutans* maternos e CPI. No filho, a idade, qualidade da higiene bucal e o consumo de açúcar pelo filho seriam variáveis confundidoras do efeito de mediação dos *S. mutans* do filho e CPI.

Pela análise baseada nos DAGs, dois modelos para estudo da associação entre níveis de *S. mutans* na mãe e CPI foram testados:

- a) Modelo de efeito total: ajustado para renda, escolaridade, circunferência da cintura, CPOD, presença de placa visível, idade da criança e frequência de açúcar consumido pelo filho.
- b) Modelo de efeito mediado: ajustado para as variáveis anteriores, incluindo-se os níveis de *S. mutans* na criança (mediador).

Na análise dos dados, o desfecho foi modelado como uma variável discreta (contagem

do número de dentes com cárie) em modelos de regressão de Poisson. Os coeficientes estimados foram calculados e expressos como razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Todas as análises dos modelos de regressão foram realizadas no software STATA (versão 13.1, Stata Corp, College Station, TX), considerando-se o nível de significância de 5% ($p < 0,005$).

Para análise do efeito de mediação da contaminação de *S. mutans* na mãe pela contaminação de *S. mutans* no filho na CPI foi usada a análise de mediação causal paramed. Este teste executa análise de mediação, usando modelos de regressão paramétricos para estimar o efeito natural direto (nde), sendo efeito direto da exposição no desfecho; o efeito natural indireto (ndi), representando o efeito mediado e o efeito total (mte) da exposição no desfecho (EMSLEY, LIU, 2013). Outra quantificação de interesse é a proporção do efeito mediado (nie/ nie + nde) (IMAI *et al.*, 2010). No modelo Paramed, a contaminação materna (moderada e alta) foi a exposição de interesse e o mediador, a contagem de *S. mutans* no filho. Foram consideradas covariáveis maternas: renda, escolaridade, circunferência da cintura, IPV materno e CPOD materno como variáveis confundidoras da exposição; no filho, a idade e consumo de açúcar pelo filho, variáveis confundidoras do mediador.

2.6 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (parecer nº 23115012534/2008-41) Resolução CNS-466/12 e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas mães participantes. As crianças e mães que necessitaram de tratamento odontológico foram encaminhadas para atendimento no Curso de Odontologia da UFMA.

3 | RESULTADOS

A Tabela 1 mostra as características descritivas dos 400 pares mães-filhos que tiveram suas salivas coletadas quanto à presença e ausência de CPI.

No modelo de efeito total, a presença de alta colonização de *S. mutans* na saliva materna foi associado à CPI (RP=1.50; IC95%= 1.25-1.79). A maior escolaridade materna foi proteção à CPI (RP=0.67; IC95% =0.51-0.87). Também foram associados ao desfecho: as duas categorias de maior circunferência da cintura materna $\geq 80-88$ (RP=1.80; IC95%=1.50-2.16) e > 88 (RP=1.36; IC95%=1.12-1.64); maior tercil do CPOD materno (RP=1.96; IC95%=1.63-2.34); IPV materno $\geq 15\%$ (RP=3.67; IC95%=3.14-4.29); idade ≥ 4 anos (RP=1.67; IC95%=1.43-1.94) e maior frequência de consumo de açúcar pelo filho > 3 vezes (RP=1.22; IC95%=1.12-1.34) (Tabela 2).

No modelo 2 ou de efeito direto, o qual incluiu a variável de mediação *S. mutans* no filho, a alta colonização materna permaneceu associada à CPI (RP=1.31; IC95%=1.10-1.59). As categorias moderada colonização de *S. mutans* (RP=1.65; IC95%=1.36-1.99) e alta colonização de *S. mutans* no filho (RP=2.30; IC95%=1.98-2.98) também foram associadas

à CPI. As demais variáveis permaneceram associadas à CPI: maior escolaridade (RP=0.72; IC95%=0.55-0.94); circunferência da cintura materna $\geq 80-88$ (RP=2.06; IC95%=1.71-2.29) e >88 (RP=1.45; IC95%=1.19-1.76); maior tercil do CPOD materno (RP=1.73; IC95%=1.44-2.08); IPV materno (RP=3.68; IC95%=3.14-4.31) idade ≥ 4 anos (RP=1.49; IC95%=1.24-1.70) e frequência de consumo de açúcar pelo filho (RP=1.21; IC95%=1.10-1.32) (Tabela 2).

Na análise de mediação paramed a RP do efeito total da contaminação de *S. mutans* na mãe na CPI foi de 1.90 (IC%=1.59-2.28); o efeito direto foi de 1.51 (IC%=1.27-1.80) e o efeito mediado foi de 1.25 (IC%=1.17-1.35). A proporção do efeito da contaminação materna de *S. mutans* mediada pela contaminação no filho de *S. mutans* na CPI foi de 33% (Tabela. 4).

4 | DISCUSSÃO

No presente estudo, a alta contaminação de *S. mutans* na mãe foi associada à CPI no modelo de efeito total; e a força dessa associação foi apenas reduzida no modelo de efeito direto, ajustado para contaminação de *S. mutans* no filho. Outras variáveis maternas como, circunferência da cintura, CPO-D e IPV, também foram associadas com a CPI, inclusive com maiores RP que a elevada contaminação de *S. mutans* na mãe. Assim, a ligação do binômio mãe/filho na etiologia da CPI parece envolver fatores para além da elevada contaminação por *S. mutans* na mãe; como marcadores de saúde maternos: circunferência da cintura aumentada, higiene bucal insatisfatória e a história da cárie.

Nossos achados sugerem a contaminação de *S. mutans* no filho como mediador da associação entre a contaminação de *S. mutans* na mãe e CPI, uma vez a inclusão dessa variável no modelo reduziu o RP da associação, da alta contaminação de *S. mutans* da mãe com CPI de 1.50 no modelo de efeito total para 1.31 no modelo de efeito mediado. Entretanto, a contaminação de *S. mutans* materno mostrou também uma associação independente da contaminação de *S. mutans* do filho na CPI.

Esse achado de mediação parcial do *S. mutans* da mãe pelo *S. mutans* no filho na CPI foi confirmado na análise Paramed, a qual mostrou a proporção mediada de apenas 33%; tendo um efeito natural direto (efeito não-mediado) da contaminação *S. mutans* na mãe maior que o efeito natural indireto (efeito mediado) em sua associação com a CPI. Assim, uma maior contaminação no binômio e sua relação com CPI parece não se tratar de uma relação simples de contaminação via mãe para filho que dê suporte à “teoria da transmissibilidade de bactérias” causando CPI; mas a contaminação por *S. mutans* pode refletir a história da cárie se perpetuando no ambiente familiar. Nesse sentido, o CPOD materno também se associou ao maior número de dentes cariados nos filhos, confirmando achados de estudos anteriores (WEINTRAUB *et al.*, 2010; BRUCE *et al.*, 2011; RETNAKUMARI, CIRIAC, 2012).

Nossos achados também mostraram que as maiores medidas da circunferência da cintura materna estão fortemente associadas à CPI. Encontramos outro estudo que encontrou associação entre índice de massa corpórea (IMC) e CPI (WIGEN, WANG, 2011). Essa associação tem plausibilidade, haja vista que a obesidade da criança também tem sido consistentemente associada à CPI (PRASHANTH *et al.*, 2011; NORBERG *et al.*, 2012; RUHAYA *et al.*, 2012). Ainda, essa relação parece indicar que o consumo de açúcar está se perpetuando no ambiente familiar; haja vista que o aumento das medidas de cintura em mulheres já foi associado ao maior consumo de alimentos e bebidas ricas em açúcares de adição (LUTSEY *et al.*, 2008; CUNHA *et al.*, 2010).

Nos filhos, o aumento da frequência diária de consumo de açúcar aumentou em 22% o risco de ter um maior número de dentes cariados; confirmando achados de outros estudos epidemiológicos com cáries em crianças (MOHEBBI *et al.*, 2008; FELDENS *et al.*, 2010; NUNES *et al.*, 2012; ZHAO, 2014).

A contaminação moderada e alta de *S. mutans* nos filhos também teve associação com CPI independente da contaminação materna, o que pode sugerir que outros fatores além da “transmissibilidade vertical” estariam presentes nessa associação. Estudos de transmissibilidade de *S. mutans* têm focado em outras fontes de aquisição de bactérias, como a transmissibilidade horizontal (MATTOS-GRANER *et al.*, 2001; STEPHEN *et al.*, 2009), mostrando que cuidadores ou outras pessoas do convívio da criança, além da mãe, podem interferir na aquisição ou contaminação de *S. mutans* no filho.

A qualidade de higiene bucal da criança também poderia ajudar a explicar os achados da associação entre contaminação de *S. mutans* no filho com a CPI (SMITH *et al.*, 2002). Ainda que os modelos do presente estudo baseados em regras heurísticas ao modelo DAGs não tenham sido ajustados para a qualidade de higiene bucal da criança, a forte associação do IPV materno com a CPI, pode dar suporte aos achados da presença de hábitos inadequados de higiene bucal são compartilhados no binômio mãe/filho em sua associação com CPI (RETNAKUMARI, CIRIAC, 2012).

A amostra representativa de pré-escolares apenas de creches públicas da cidade de São Luís poderia representar uma limitação em termos de representatividade da população estudada. No entanto, a amostra incluiu crianças de todos os distritos sanitários de São Luís, com amostragem em conglomerados reduzindo assim, potenciais vieses de seleção e proporcionando um tamanho de amostra suficiente para inferir associações entre níveis de *Streptococcus mutans* maternos e CPI.

Como pontos fortes do presente estudo destacam-se a análise do desfecho CPI como uma variável discreta, aumentando assim o seu poder em estudos de associação. Outro ponto positivo foi a construção de um modelo teórico causal baseado em DAGs, que permitiu delinear um controle mais adequado para confundimento, evitar ajustes desnecessários para testar a associação da elevada contaminação de *S. mutans* no binômio mãe/filho e CPI. A análise paramed possibilitou a análise do efeito da contaminação de *S.*

mutans da mãe mediada pela contaminação de *S. mutans* no filho em sua associação com a CPI. A amostra do estudo envolveu 697 pares mãe/filho, considerando como confundidores dessa associação, os fatores hábitos de dieta e de higiene bucal e os indicadores de saúde materno (circunferência da cintura e CPOD) na família.

5 | CONCLUSÃO

A contaminação de *S. mutans* no filho media parcialmente a associação da contaminação de *S. mutans* da mãe na CPI. Outros fatores além da contaminação por bactérias e sua “transmissibilidade” devem ser consideradas no binômio mãe/filho, como hábitos alimentares, práticas de higiene bucal e a história da cárie no ambiente familiar.

REFERÊNCIAS¹

1. American Academy of Pediatric Dentistry. 2008-9. Definition, oral health policies and clinical guidelines. Disponível em: <http://www.aapd.org/media/policies.asp>. Acessado em: 15/09/2008.
2. Parisotto MT, Steiner-Oliveira C, Silva CMS, Nobre dos Santos M, Rodrigues LKA. Early Childhood Caries and Mutans Streptococci: A Systematic Review. *Oral Health Prev Dent* 2010;8:5970.
3. Caufield PW, Cutter GR, Dasanayake AP. Initial Acquisition of mutans streptococci by infants: Evidence for a discrete window of infectivity. *J Dent Res* 1993;72:37-45.
4. Palmer CA, Kent Jr R, Loo CY, Hughes CV, Stutius E, Pradhan N, Dahlan M, Kanasi E, Vasquez ASS, Tanner ACR. Diet and caries associated bacteria in severe early childhood caries. *J Dent Res* 2010; 89(11):1224-29.
5. Caufield PW. The fidelity of initial acquisition of mutans streptococci by infants from their mothers. *J Dent Res* 1995;74(2):681-5.
6. Caufield PW, Cutter GR, Dasanayake Y, Li Pan, Hsu J, Hardim JM. Natural history of *Streptococcus sanguis* in the oral cavity of infants: evidence for a discrete window of infectivity. *Infect Immun* 2000;68:4018-23.
7. Mattos-Graner RO, Li Y, Caufield PW, Ducan M, Smith DJ. Genotypic diversity of mutans Streptococci in Brazilian nursery children suggests horizontal transmission. *J Clin Microbiol* 2001;39(6):2313-6.
8. Tedjosongko U, Kozai K. Initial acquisition and transmission of mutans Streptococci in children at day nursery. *ASDC. J Dent Child* 2002;69(3):284-8.
9. Bastos VAS, Fernandes LBF, Fidalgo TKS, Martins C, Mattos CT, de Souza IP, Maia LC. Mother-to-child transmission of *Streptococcus mutans*: A systematic review and meta-analysis. *J of Dent* 2015;43:181-91.
10. Marsh PD. Are dental diseases examples of ecological catastrophes? *Rev Microbiol* 2010; 149: 279-94.

1 De acordo com o estilo Vancouver. Abreviaturas de periódicos segundo base de dados do MEDLINE.

11. Okubo H, Miyake Y, Sasaki S, Tanaka K, Murakami K, Hirota Y. Dietary patterns in infancy and their associations with maternal socio-economic and lifestyle factors among 758 Japanese mother-child pairs: the Osaka Maternal and Child Health Study. *Matern Child Nutr* 2014;10(2):213-25.
12. Lavigne V. Breastfeeding and Dental Caries. Looking at the Evidence. *Clinical Lactation* 2013;4(1):12-6.
13. Weintraub JA, Prakash P, Laccabue M, Shain SG, Gansky SA. Mothers' Caries Increase odds of Children's Caries. *J Dent Res* 2010;89(9):954-8.
14. Bruce AD, Clemência MV, Jessica J L, Laurence M, Norman T Assessing the relationship between children's oral health status and that of their mothers. *J Am Dent Assoc* 2011;142(2):173-83.
15. Retnakumari N, Ciriac G. Childhood caries as influenced by maternal and child characteristics in pre-school children of Kerala-an epidemiological study. *Contemp Clin Dent* 2012; 3(1):2-8.
16. Plonka KA, Pukallus ML, Barnett AG, Walsh LJ, Holcombe TF, Seow WK. Longitudinal study comparing mutans streptococci and lactobacilli colonisation in dentate children aged 6 to 24 months. *Caries Res* 2012;46(4):385-93.
17. Hallett KB, O'Rourke PK. Pattern and severity of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006;34(1):25-35.
18. Livny A, Assali R, Sgan-Cohen HD. Early Childhood Caries among a Bedouin community residing in the eastern outskirts of Jerusalem. *BMC Public Health* 2007;7(1):1-7.
19. Mohebbi SZ, Virtanen JI, Vahid-Golpayegani M, Vehkalahti MM. Feeding habits as determinants of early childhood caries in a population where prolonged breastfeeding is the norm. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008;36:36
20. Smith RE, Badner VM, Morse DE, Freeman K. Maternal risk indicators for childhood caries in an inner city population. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002;30:176-81.
21. Nunes AMM, Alves CMC; Araujo FB, Ortiz TML, Ribeiro MRC, Silva AAM, Ribeiro CCC. Association between prolonged breast-feeding and early childhood caries: a hierarchical approach. *Com Dent Oral Epidemiol* 2012;40(6):542-9.
22. Lohman TG. *Advances in body composition assessment*. Champaign (IL): Human Kinetics Publishers 1992.
23. Cunha DB, de Almeida RM, Sichieri R, Pereira RA. Association of dietary patterns with BMI and waist circumference in a low-income neighbourhood in Brazil. *Br J Nutr* 2010;104(6):908-13.
24. Lutsey P L, Steffen L M, Stevens J. Dietary intake and the development of the Metabolic Syndrome. The atherosclerosis risk in communities study. *Circulation*, United States 2008;117(6):754-61.
25. Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int Dent J* 1975; 25(4):229-35.

26. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th Ed. Geneva: World Health Organization 1997.
27. Nyvad B, Machiulskiene V, Baelum V. Reliability of a new caries diagnostic system differentiating between active and inactive caries lesions. *Caries Res* 2003;33:252-60.
28. Gold OG, Jordan HV, Van Houte JA. A Selective medium for *Streptococcus mutans*. *Arch Oral Biol* 1973; 18:1357-64.
29. Florio FM, Klein MI, Pereira AC, Gonçalves RB. Time of initial acquisition of mutans streptococci by human infants. *The J Clin Pediatr Dent* 2004;28(4):303-8.
30. Maciel ES, Enes CC. Perfil alimentar e prática de atividade física em um Programa da Universidade Aberta-UNESP. *Rev Nut Brasil*. 2006;5(3):135-42.
31. Freedman DS, Serdula MK, Srinivasan SR. Relation of circumferences and skinfold thicknesses to lipid and insulin concentrations in children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *Am J Clin Nutr* 1999; 69:308-17.
32. Schisterman EF, Cole SR, Platt RW. Overadjustment bias and unnecessary adjustment in epidemiologic studies. *Epidemiol* 2009;20:488-95.
33. Emsley R, Liu H "PARAMED: Stata module to perform causal mediation analysis using parametric regression models (2013)" URL <http://ideas.repec.org/c/boc/bocode/s457581.html>. Acessado em: 07/12/2015.
34. Imai K, Keele L, Tingley D. A general approach to causal mediation analysis. *Psychol Methods* 2010;15(4):309-34.
35. Wigen TI, Wang NJ. Maternal health and lifestyle, and caries experience in preschool children. A longitudinal study from pregnancy to age 5 yr. *Eur J Oral Sci* 2011;119(6):463-8.
36. Prashanth ST, Venkatesh Babu, Vivek Dhruv Kumar, Amitha H. Comparison of Association of Dental Caries in Relation with Body Mass Index (BMI) in Government and Private School Children. *J Dent Sci Res* 2011; 2(2):1-5.
37. Norberg C, Hallstrom Stalin U, Matsson L, Thorngren-Jerneck K, Klingberg G. Body mass index (BMI) and dental caries in 5-year-old children from southern Sweden. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2012; 40:315–22.
38. Ruhaya H, Jaafar N, Jamaluddin M, Ismail AR, Ismail NM, Badariah TC, Mat A, Mohamed SZ. Nutritional status and early childhood caries among preschool children in Pasir Mas, Kelantan, Malaysia. *Arch Orofac Sci* 2012;7(2):1-7.
39. Feldens CA, Giugliani ERJ, Vigo A, Vítolo MR. Early Feeding Practices and Severe Early Childhood Caries in Four-Year-Old Children from Southern Brazil: A Birth Cohort Study. *Caries Res*. 2010;44(5):445-52.

40. Zhao W, Li W, Lin J, Chen Z, Yu D. Effect of sucrose concentration on sucrose-dependent adhesion and glucosyltransferase expression of *S. mutans* in children with severe early childhood caries (s-ECC). *Nutrients* 2014; 6:3572-86.

41. Stephen CM, Ruby JD, Moser S, Momeni S, Smith A, Osgood R, Litaker M, Childers N, Volker JF. Maternal transmission of mutans Streptococci in severe-early childhood caries. *Pediatr Dent* 2009;31(3):193-201.

VARIÁVEIS	C/CPI n (%)	S/CPI n (%)	TOTAL
IDADE DAS CRIANÇAS (anos)			
<3	141(73,44)	51(26,56)	192(48)
>3 ≤ 5	128(61,54)	80(38,46)	208(52)
			400(100)
ESCOLARIDADE MATERNA (Anos de estudo)			
< 5	153(64,56)	84(35,44)	237(59,25)
5 - 11 anos	80(72,07)	31(27,93)	111(27,75)
>11	36(69,23)	16(30,77)	52(13)
			400(100)
MUTUANS MÃE (UFC)			
10.000-99999	114(74,51)	39(25,49)	153(38,25)
100.000- 999.999	92(66,19)	47(33,81)	139(34,75)
≥1.000.000	63(58,33)	45(41,67)	108(27)
			400(100)
CIRCUNFERENCIA DA CINTURA MÃE			
<80	120(71,01)	49(28,99)	169(42,25)
>80 -88	79(67,52)	38(32,48)	117(29,25)
>88	70(61,40)	44(38,60)	114(28,50)
			400(100)
CPOD MATERNO			
1º Tercil	105(77,21)	31(22,79)	136(34,00)
2º Tercil	90(70,87)	37(29,13)	127(31,75)
3º Tercil	74(54,01)	63(45,99)	137(34,25)
			400(100)
CONSUMO DIÁRIO DE AÇÚCAR- FILHO			
0	13(68,42)	6(31,58)	19(4,77)
1 vez/dia	89(68,99)	40(31,01)	129(32,41)
2 vezes	102(72,86)	38(27,14)	140(35,18)
≥3 vezes	63(57,27)	47(42,73)	110(27,64)
			398(100)
IPV-MÃE			
<15%	240(69,97)	103(30,03)	343(86,84)
≥15%	27(51,92)	25(48,08)	52(13,16)
			395(100)
RENDA FAMILIAR			
>2 SM	22(70,97)	9(29,03)	31(7,99)
1-2 SM	56(75,68)	18(24,32)	74(19,07)
<1 SM	185(65,37)	98(34,63)	283(72,94)
			388(100)

MUTUANS FILHO(UFC)			
10.000-99999	125(80,65)	30(19,35)	155(38,75)
100.000-999.999	105(66,04)	54(33,96)	159(39,75)
≥1.000.000	39(45,35)	47(54,65)	86(21,50)
			400(100)

TABELA 1 - Distribuição das variáveis do binômio mãe/filho de acordo com CPI (n=400).

Variáveis	Modelo de Efeito Total			Modelo de Efeito Direto		
	RP	P Valor	IC 95%	RP	P Valor	IC 95%
Idade do filho (anos)						
<3	Ref.					
>3 ≤ 5	1.67	0.000	1.43-1.94	1.49	0.000	1.24-1.70
Renda Familiar (salários mínimos)						
<1	Ref.					
1-2	1.12	0.063	0.99-1.27	1.04	0.063	0.53-0.92
>2						
Escolaridade materna (Anos de estudo)						
<5	Ref.					
5-11	1.16	0.060	0.99-1.37	1.18	0.036	1.01-1.39
>11	0.67	0.003	0.51-0.87	0.72	0.019	0.55-0.94
Circunferência da cintura (cm)						
<80	Ref.					
≥80-88	1.80	0.000	1.50-2.16	2.06	0.000	1.71-2.29
>88	1.36	0.002	1.12-1.64	1.45	0.000	1.19-1.76
Mutans mãe (UFC/mL)						
10.000 a 99.999	Ref.					
100.000 a 999.999	1.10	0.293	0.92-1.32	1.07	0.426	0.90-1.29
≥1.000.000	1.50	0.000	1.25-1.79	1.31	0.003	1.10-1.59
CPOD materno						
1º Tercil	Ref.					
2º Tercil	1.12	0.276	1.12-1.64	1.13	0.225	0.92-1.40
3º Tercil	1.96	0.000	1.63-2.34	1.73	0.000	1.44-2.08
IPV mãe						
<15 %	Ref.					
≥15 %	3.67	0.000	3.14-4.29	3.68	0.000	3.14-4.31
Mutans filho (UFC/mL)						
10.000 a 99.999				Ref.		
100.000 a 999.999				1.65	0.000	1.36-1.99
≥1.000.000				2.30	0.000	1.98-2.98
Açúcar filho (vezes/dia)						
0-3	Ref.					
>3	1.22	0.000	1.12-1.34	1.21	0.000	1.10-1.32

Efeito Total: modelo ajustado para níveis SM materno, idade do filho, renda, escolaridade, circunferência da cintura, CPOD, IPV mãe.

Efeito Direto: modelo ajustado para níveis de SM na mãe, mutans filho, açúcar filho e idade do filho.

TABELA 2 - Modelos de efeito total e efeito direto da Associação da contaminação de *mutans* na mãe e Cárie da Primeira Infância.

Efeito	RP	CI 95%	P valor
nde	1.51	1.27 - 1.81	< 0.001
nie	1.25	1.17 - 1.35	< 0.001
mte	1.90	1.59 - 2.28	< 0.001

TABELA 3 - Análise de mediação causal da associação da contaminação de *S. mutans* na mãe pela contaminação de *S. mutans* no filho na Cárie da Primeira Infância (n=400).

paramed

nde: efeito natural direto

nie: efeito natural indireto

mte: efeito marginal total

$$PM = nie / (nie + nde) \times 100 = 33\%$$

ALTERAÇÕES CARDÍACAS EM CASOS CONFIRMADOS DE INFECÇÃO POR SARS-COV-2

Data de aceite: 03/04/2023

Elaine Ferreira Dias

Hospital Risoleta Tolentino Neves
<http://lattes.cnpq.br/2243840528571845>

Samantha de Almeida Silva

Hospital Risoleta Tolentino Neves
<http://lattes.cnpq.br/9245246630046719>

Silvia Novaes Dias

Universidade Federal de Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/2535327889156747>

Raiane Costa Viana

Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/0120314309306606>

Adriane Kênia Moreira Silva

Hospital Risoleta Tolentino Neves
<http://lattes.cnpq.br/7497561321187012>

Marcus Fernando da Silva Praxedes

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5235446913906852>

Maria Auxiliadora Parreiras Martins

Universidade Federal de Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/4405925489665474>

RESUMO: Nesse capítulo será apresentado os resultados da revisão de literatura que teve seu protocolo, “Alterações cardíacas em casos confirmados de infecção por SARS-CoV-2: protocolo de revisão de literatura”, publicado anteriormente. Foram selecionados dez estudos que incluíram um total de 3.056 participantes. A idade dos participantes variou entre <18 a 90 anos, com predominância do sexo masculino (70,0%). As comorbidades mais frequentemente foram: doenças cardiovasculares, doenças pulmonares crônicas e doença renal crônica. A ocorrência de alterações cardíacas variou de 7,4% a 44,0% dos participantes. Dois estudos selecionados abordaram alterações cardíacas relacionadas ao uso isolado ou combinado de hidroxiquina e azitromicina. Os achados sugerem maior susceptibilidade para o desenvolvimento de complicações cardíacas em pessoas com idade superior a 60 anos e doenças preexistentes, com risco aumentado frente à exposição a medicamentos cardiotoxicos. Monitorização cuidadosa do paciente e atuação multidisciplinar podem favorecer a prevenção de eventos adversos e aprimorar a qualidade da assistência.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19, infecções por coronavírus, lesões cardíacas,

tratamento farmacológico, efeitos colaterais e reações adversas relacionadas a medicamentos.

HEART ALTERATIONS IN CONFIRMED CASES OF INFECTION BY SARS-COV-2

ABSTRACT: This chapter will present the results of the literature review that had its protocol, “Cardiac alterations in confirmed cases of SARS-CoV-2 infection: literature review protocol”, published previously. Ten studies were selected that included a total of 3,056 participants. The age of the participants ranged from <18 to 90 years, with a predominance of males (70.0%). The most frequent comorbidities were cardiovascular disease, chronic lung disease, and chronic kidney disease. The occurrence of cardiac abnormalities ranged from 7.4% to 44.0% of the participants. Two selected studies addressed cardiac abnormalities related to the use of hydroxychloroquine and azithromycin alone or in combination. The findings suggest greater susceptibility to the development of cardiac complications in people older than 60 years and with preexisting diseases, with increased risk in the face of exposure to cardiotoxic drugs. Careful patient monitoring and multidisciplinary action may favor the prevention of adverse events and improve the quality of care.

KEYWORDS: COVID-19, coronavirus infections, heart Injuries, drug therapy, drug-related side effects and adverse reactions.

1 | INTRODUÇÃO

O protocolo desta revisão de literatura, que teve o objetivo de analisar a ocorrência de complicações cardíacas em pacientes com COVID-19 e identificar a exposição a medicamentos potencialmente cardiotoxicos, foi anteriormente publicado. São apresentados nesse capítulo os resultados da pesquisa realizada.

2 | RESULTADOS

Cenário e característica do estudo

Dentre 420 artigos identificados inicialmente, 10 foram considerados elegíveis para inclusão na presente revisão de literatura. O fluxograma de seleção dos estudos está exposto na Figura 1.

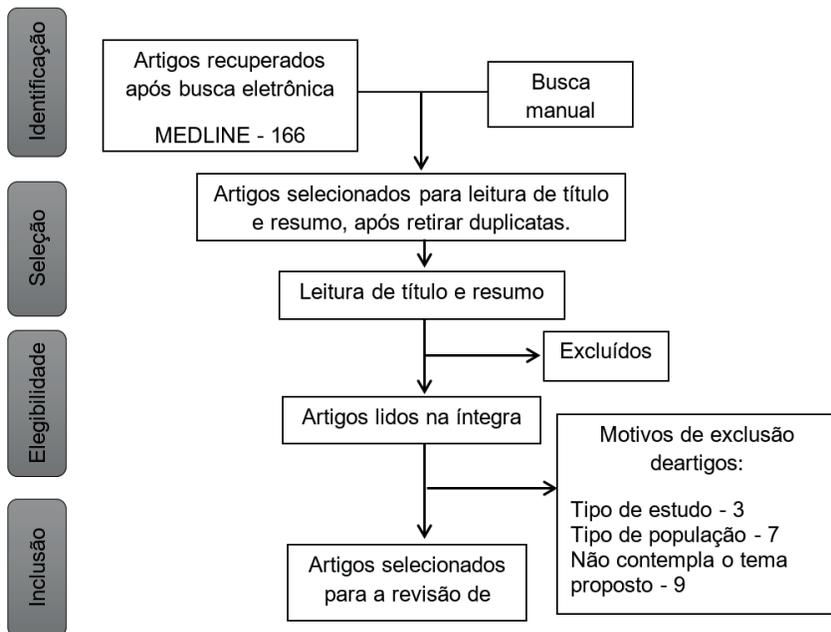


Figura 1: –Fluxograma do Processo de seleção dos artigos

Os desenhos dos estudos selecionados foram: duas séries de casos, quatro estudos de coorte, quatro estudos transversais com coleta de dados retrospectivos, sendo todos publicados em 2020. Identificou-se total de 3.056 participantes dos estudos, com variação do número de participantes de 62 a 1.438, e duração de seguimento de 16 a 65 dias. A idade dos participantes variou entre <18 e 90 anos, com predominância do sexo masculino (70,0%). As comorbidades mais frequentemente descritas nos estudos foram: DM, HAS, doença cardiovascular DCV, doenças pulmonares crônicas e DRC. Os estudos descreveram o uso de medicamentos, principalmente para tratamento experimental da COVID-19, dentre eles: antivirais, antimicrobianos, glicocorticoides, imunomoduladores, imunoglobulina e antimaláricos. As características de cada estudo são apresentadas na Tabela 1.

Autor/ Ano	País	Desenho de estudos	Amostra (N)	Média/ Mediana de idade (anos)	Comorbidades	Exames laboratoriais	Eletrocardio- grama	Medicamentos	Morta- lidade
Wan <i>et al.</i> , 2020 ⁽¹⁾	China	Série de casos	135	47	HAS, DM, DCV e câncer	LDH, CK	Não informado	Antiviral, imuno- moduladores, antimicrobianos, glicocorticóides	2,5%
Chen <i>et al.</i> , 2020 ⁽²⁾	China	Série de casos	274	62	HAS, DM, DCV	LDH, CK, Troponina I, NT-proBNP	Não realizado	Antiviral, glicocorticóides, antimicrobianos, imunomodula- dores	41%
Wu <i>et al.</i> , 2020 ⁽³⁾	China	Obser- vacional retrospec- tivo	280	43(±19)	DCV, CV, Doenças do Sistema Endócrino	LDH, CK, CKMB	Não realizado	Antiviral, glicocorticóides, antimicrobianos	0
Song <i>et al.</i> , 2020 ⁽⁴⁾	China	Obser- vacional retrospec- tivo	69	52	HAS, DM, DCV	LDH, CK, CKMB	Não realizado	Antiviral, antimicrobianos, glicocorticóides, imunomodulado- res, imunoglo- bulina	9%
Sardu <i>et al.</i> , 2020 ⁽⁵⁾	Itália	Coorte retrospec- tivo	62	58(±18)	DM, DCV, DPOC, DRC, Câncer	LDH, CK, Troponina I, BNP	Não realizado	Antiviral, antimicrobianos, glicocorticóides, imunomodulado- res, imunoglo- bulina, antimaláricos	14%
Padilla <i>et al.</i> , 2020 ⁽⁶⁾	Espanha	Coorte prospectivo	105	69	HAS, DM, DCV, DPOC, DRC.	LDH, CK, Troponina I,	Alteração do QTc basal acima de 470 ms em homens ou 480 ms em mulheres	Antimaláricos, antimicrobianos	2%
Mercurio <i>et al.</i> , 2020 ⁽⁷⁾	Israel	Obser- vacional retrospec- tivo	90	60(±17)	HAS, DM, DCV, DPOC/ ASMA	LDH	Alteração do intervalo QTc basal	Antimaláricos, antimicrobianos	4%
Shi <i>et al.</i> , 2020 ⁽⁸⁾	China	Coorte retrospec- tivo	416	45	HAS, DM, DCV, DPOC, DRC, Câncer	CKMB, Troponina I, NT-proBNP	Depressão e inversão da onda T, depressão do segmento ST e ondas Q	Antiviral, antimicrobianos, glicocorticóides, imunoglobulina	14%
Guo <i>et al.</i> , 2020 ⁽⁹⁾	China	Obser- vacional retrospec- tivo	187	58(±15)	HAS, DM, DCV, DPOC, DRC, Câncer	CKMB, Troponina I, NT-proBNP	Não realizado	Antiviral, antimicrobianos, glicocorticóides	23%

Rosenberg <i>et al.</i> , 2020 ⁽¹⁰⁾	Estados Unidos	Coorte retrospec- tivo	1438	63	Obesidade, Doença Pulmonar Crônica, DRC, DM, DCV, HAS	Não avaliados	Arritmias ou prolongamento do intervalo QT	Antiviral, glicocorticoides, antimicrobianos, imunomodula- dores	20%
--	-------------------	------------------------------	------	----	--	------------------	--	--	-----

Abreviaturas: DM: diabetes mellitus; HAS: hipertensão arterial; DCV: doença cardiovascular; DRC: doença renal crônica; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; CV: cerebrovascular; BNP: peptídeo natriurético tipo B; CK: creatina quinase; CKMB: creatina quinase banda miocárdica; LDH: lactato desidrogenase; NT-proBNP: N-terminal do pró-peptídeo natriurético tipo B; QTc: QT corrigido.

Tabela 1: Características dos estudos selecionados

Marcadores de alterações cardíacas

Os 10 estudos selecionados detectaram alterações cardíacas em pacientes com COVID-19 por meio de sete marcadores cardíacos diferentes, sendo os mais utilizados o LDH (n=7)⁽¹⁻⁷⁾, CK (n=6)⁽¹⁻⁶⁾, troponina I (n=5)^(2,5,6,8,9), ECG⁽⁷⁻¹⁰⁾ e CKMB (n=4)^(3,4,8,9), NT-proBNP (n=3)^(2,8,9) e BNP (n=1).⁽⁵⁾

Pacientes com alterações cardíacas apresentaram insuficiência cardíaca aguda (ICA), lesão cardíaca aguda, prolongamento do intervalo QT e arritmias. Nove dos 10 estudos descreveram ocorrência de alterações cardíacas que variaram entre 7,4% a 44,0% nos participantes (Tabela 2).

Dois dos estudos selecionados abordaram alterações cardíacas relacionadas ao uso de medicamentos apontando que a associação de hidroxicloroquina (HDC) e azitromicina (AZI) levou a 13% alteração no QTc de 60 milissegundos ou mais e 21% QTc prolongado de 500 milissegundos ou mais. Ademais pacientes em uso dessa associação apresentaram maior risco de apresentarem parada cardíaca (*Odds Ratio* ajustado 2,13 [IC 95%, 1,12-4,05]) quando comparados com pacientes que não utilizaram nenhum medicamento cardiotoxíco^(6,7)

Autor/Ano	Alteração cardíaca (%)	Principais achados
Song <i>et al.</i> , 2020 ⁽⁴⁾	Alteração cardíaca 11,6%	- 34,8% uma ou mais doenças coexistentes - ≥60 anos: mais propensos à elevação de LDH (50,0%) - elevação de CKMB (11,0%) - mais propensos à lesão cardíaca (28,0%), internação em UTI (24,0%)
Sardu <i>et al.</i> , 2020 ⁽⁵⁾	Alteração cardíaca 22,5%	- Valores mais baixos da FEVE indicaram mortes (1.142, 1.008-1.294, $P < 0,05$) - Pacientes com elevação de IL-6 foram mais admitidos em UTI (1.617, 1.094–2.389), lesão cardíaca (1.367, 1.054–1.772) e mortes (4.742, 1.788–8.524)
Padilla <i>et al.</i> , 2020 ⁽⁶⁾	Alteração cardíaca 27,8%	- Comorbidades 75% dos pacientes - 13% prolongamento do QTc moderado a grave, com a tendência à alteração de CK, troponina I
Mercurio <i>et al.</i> , 2020 ⁽⁷⁾	Insuficiência cardíaca 10,0% Lesão cardíaca aguda 27,8%	- A associação de HDC e AZI: - 21% QTc prolongado de 500 milissegundos ou mais - 13% alteração no QTc de 60 milissegundos ou mais
Shi <i>et al.</i> , 2020 ⁽⁸⁾	Alteração cardíaca 19,7%	- 82 (19,7%) IM - Prevalência alta de HAS, DM, DAC e ICA nos pacientes com IM - IM esteve relacionada com maior mortalidade: (42 de 82 [51,2%] vs 15 de 334 [4,5%]; $P < 0,001$) - IM esteve associada com SDRA: (48 de 82 [58,5%] vs 49 de 334 [14,7%]; $P < 0,001$)
Guo <i>et al.</i> , 2020 ⁽⁹⁾	Alteração cardíaca 27,8%	- 52 (27,8%) IM - Comparando troponina normal x troponina elevada: HAS 20,7% vs 63,5%, $P < 0,001$ DAC 3% vs 32,7%, $P < 0,001$ ICA 0% vs 15,4%, $P < 0,001$ - 43 mortes, sendo 31 (59,6%) no grupo IM - Mortalidade: 13,3% DCV sem IM e 69,4% DCV com IM
Rosenberg <i>et al.</i> , 2020 ⁽¹⁰⁾	Alteração cardíaca 23,5%	- 56,1% internação em UTI - Pacientes utilizando HDC+AZI tem maior probabilidade de apresentarem parada cardíaca comparados com pacientes que não utilizaram nenhum medicamento (OR ajustado, 2,13 [IC 95%, 1,12-4,05])
Wan <i>et al.</i> , 2020 ⁽¹¹⁾	Lesão cardíaca aguda 7,4%	- 29,6% casos graves e críticos - Pacientes graves comparados a pacientes não graves > média de idade (56 [52-73] vs. 44 [3-49] $P < 0,0001$) - mais propensos a terem comorbidades (28 [70,0%] vs.15 [16,3%] $P < 0,0001$) - elevação de LDH (309 [253,8-408,3] vs. 212 [179,5-259]; $P < 0,0001$) - CK (82 [56,3-146,2] vs. 57 [36,5-86,5] $P > 0,0016$)
Chen <i>et al.</i> , 2020 ⁽²⁾	Lesão cardíaca aguda 44,0% Insuficiência cardíaca 24,0% (n = 274)	-Mortalidade 83% >60 anos - Pacientes falecidos (n=113) - 48% HAS - 72,0% maior elevação de troponina e 85,0% NT-proBNP - 77,0% lesão cardíaca aguda - 49,0% insuficiência cardíaca

Wu *et al.*,
2020⁽³⁾

Não informado

- 29,0% casos graves e críticos
- Pacientes graves comparados a pacientes não graves
- 63 anos mediana de idade
- 85,0% DM e DCV
- elevação de CK (76 [41–268] vs. 67 [52–104] $P=0,049$)
- elevação de CKMB (13 [7–24] vs. 9 [7–14] $P=0,038$)

Abreviaturas: DM: diabetes mellitus; HAS: hipertensão arterial; DCV: doença cardiovascular; DAC: doença arterial coronariana; IM: injúria miocárdica; nl: normal; tropo: troponina; SDRA: síndrome do desconforto respiratório agudo; HDC: hidroxicloroquina; AZI: azitromicina; OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança; UTI: unidade de terapia intensiva; FEVE: fração de ejeção do ventrículo esquerdo; IL-6: interleucina-6; CK: creatina quinase; CKMB: creatina quinase banda miocárdica; LDH: lactato desidrogenase; NT-proBNP: N-terminal do pró-peptídeo natriurético tipo B; QTc: QT corrigido; ICA: Insuficiência Cardíaca Aguda; VS: versus.

Tabela 2: Descrição da frequência de alterações cardíacas e principais achados dos estudos

3 | DISCUSSÃO

Essa revisão de literatura identificou nos estudos selecionados que indivíduos com idade superior a 60 anos apresentaram maior probabilidade de desenvolver síndrome do desconforto respiratório agudo, lesão cardíaca e serem admitidos em UTI.^(1,3,4,5,10) Em uma coorte de 1.591 pacientes com COVID-19 na região da Lombardia, Itália, demonstrou-se que 60,4% admitidos em UTI eram pacientes idosos (>60 anos).⁽¹¹⁾ Uma coorte brasileira evidenciou que a idade >65 anos foi um fator associado à mortalidade em pacientes com COVID-19.⁽¹²⁾ Pacientes hospitalizados em UTI são comumente acometidos pelo prolongamento do intervalo QT, por apresentarem distúrbios hidroeletrólíticos e/ou utilizarem medicamentos que podem ocasionar a Síndrome do QT longo como antimicrobianos, antimicóticos, sedativos, antidepressivos e antipsicóticos.⁽¹³⁾

Guo *et al.* (2020) avaliaram uma coorte com 187 pacientes e observaram que aqueles com lesão miocárdica eram mais idosos (mediana 71,4 anos), além de apresentarem mais frequentemente diagnóstico de HAS (63,0% vs 28,0%), DM (30,8% vs 8,9%), DAC (32,7% vs 3,0%) e ICA (15,4% vs 0%). Além disso, aqueles com DCV cursaram com elevação de troponina e maiores taxas de arritmias malignas.⁽⁹⁾ Em uma revisão sobre os efeitos da COVID-19 no sistema cardiovascular, foi relatado que a alteração cardíaca ocasionada pela doença ou associação com DCV pode levar ao quadro clínico mais grave. Ademais, pacientes com DCV apresentaram taxas de mortalidade 40,0% maiores em comparação a pacientes que não possuem comorbidades.⁽¹⁴⁾

A alteração cardíaca possivelmente é ocasionada por múltiplos fatores, que podem ser relacionados com os receptores da enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2), os quais são expressos nos pulmões e também no sistema cardiovascular, a tempestade de citocinas inflamatórias e a hipoxemia causada pelo SARS-CoV-2, resultando em danos aos cardiomiócitos.⁽¹⁵⁾ Nessa linha, os artigos selecionados apontaram que o vírus pode afetar o sistema cardíaco, com manifestações diversas como lesão miocárdica, insuficiência cardíaca, síndrome de Takotsubo (ST), arritmias, miocardite e choque.⁽¹⁶⁾ O curto tempo

de acompanhamento dos estudos (16 a 65 dias) pode estar associado a uma frequência menor de alterações cardíacas já que a maioria das complicações cardiovasculares se manifestam tardiamente.

Observou-se no estudo de Chen *et al.* (2020), maior mortalidade dos participantes (41,2%), sendo 83,0% dos pacientes idosos (>60 anos), 77,0% acometidos com lesão cardíaca, 49,0% com ICA, 72,0% maior elevação de troponina e 85,0% NT-proBNP. Em uma coorte de 191 pacientes, elevação da troponina I cardíaca durante a hospitalização foi encontrada em mais da metade dos pacientes que foi a óbito⁽¹⁷⁾, sugerindo que pacientes com alterações cardíacas têm risco aumentado de morte.^(9,10)

Observou-se que o acometimento cardíaco em pacientes com a COVID-19, pode ser sobreposto por outras causas que atuam como fatores confundidores das alterações cardíacas decorrentes da COVID-19, agravamento de condições prévias, ou reações adversas ocasionadas por medicamentos usados de forma empírica para tratar a infecção. O manejo dessas reações adversas é um desafio para a saúde pública, pois os aspectos fisiopatológicos ainda estão sendo elucidados, sendo grande a diversidade dos tratamentos experimentais utilizados e sem a existência de protocolos bem estabelecidos.

Até o presente momento, ainda não há evidências conclusivas sobre o uso de medicamentos para o tratamento da COVID-19.⁽¹⁸⁾ Os medicamentos em uso *off-label* como terapias experimentais contra a COVID-19, partem das premissas em reduzir o processo inflamatório, atuação como imunomoduladores, ação antiviral (com alteração de pH levando a inibição precoce da replicação viral por interferência com entrada viral mediada por endossomas ou transporte tardio do vírus envolvido). Fármacos como HDC, cloroquina e AZI, podem potencializar o risco de prolongamento do intervalo QTc (especialmente em pacientes com doença cardíaca preexistente ou associação de HDC+AZI), hipoglicemia, efeitos neuropsiquiátricos, interações medicamentosas e reações de hipersensibilidade.⁽¹⁹⁾ Observa-se que de acordo com a Associação Americana de Doenças Infecciosas, não é recomendado a pacientes hospitalizados com COVID-19, o uso isolado de HDC e/ou associada a AZI, devido a maior risco de reações adversas que benefícios.⁽²⁰⁾

Os pacientes com fatores de risco por serem idosos ou diagnosticados com doenças crônicas podem utilizar farmacoterapia mais complexa devido ao uso de um ou mais medicamentos.⁽²¹⁾ De acordo com a literatura, o envelhecimento acarreta mudanças estruturais e funcionais nos átrios, ventrículos, válvulas, miocárdio, pericárdio, no sistema de condução cardíaca e vascular.⁽²²⁾ Além disso, indivíduos idosos apresentam maior acometimento por DCV⁽²²⁾ reforçando a relevância do acompanhamento nessa população. O farmacêutico clínico nesse contexto da pandemia desempenha um papel essencial, contribuindo com o acompanhamento farmacoterapêutico desses pacientes, avaliando a prescrição e sinalizando possíveis interações relevantes ou reações adversas que possam evoluir para complicações cardíacas. O trabalho da equipe multiprofissional, envolvendo ainda médicos, enfermeiros e outros profissionais, enriquece a tomada de decisão sobre

o manejo e acompanhamento do paciente, com intuito de diminuir a morbimortalidade.⁽²³⁾

Observou-se ausência de estudos realizados em países de baixa e média renda como o Brasil. Estudos em diferentes países demonstraram características clínicas distintas dos pacientes com a COVID-19 e a gravidade da doença.⁽²⁴⁻²⁶⁾ Nesse contexto, faz-se necessário a realização de mais pesquisas que contemplem realidade brasileira.

Até o fechamento desse manuscrito, não foram encontradas revisões sobre alterações cardíacas associadas com a COVID-19 e o papel das terapias experimentais nesse contexto. Assim, esse trabalho poderá despertar iniciativas de realização de estudos adicionais futuros pra fornecerem novas contribuições nessa temática. A busca manual de estudos elegíveis na lista de referência dos artigos selecionados pode ter fortalecido a metodologia do presente estudo pela possibilidade de inclusão de estudos adicionais.

Algumas limitações merecem ser destacadas. Estudos relevantes podem não ter sido recuperados por nossa pesquisa, por utilizarem termos específicos ou não indexados. Além disso, alguns estudos não foram incluídos por ainda estarem em execução. As metodologias empregadas nos estudos se mostraram heterogêneas, dificultando a comparação direta dos seus resultados. A ausência de padronização nas informações encontradas pode refletir os conhecimentos ainda em construção sobre a COVID-19. O número limitado de participantes em alguns estudos pode reduzir o poder das inferências estatísticas.

4 | CONCLUSÃO

A revisão de literatura realizada demonstrou que as alterações cardíacas estão presentes em pacientes acometidos pela COVID-19, especialmente naqueles com idade superior a 60 anos e com comorbidades preexistentes. O uso de medicamentos cardiotoxicos e a condição clínica do paciente podem potencializar o risco de complicações cardíacas. Estudos adicionais são necessários para melhor elucidar os mecanismos envolvidos nessas alterações. Atuação multidisciplinar pode favorecer a prevenção de eventos adversos e aprimorar a qualidade da assistência.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Ronara Camila de Souza Groia Veloso e Catiane Costa Viana, pelas contribuições para o melhor desenvolvimento desse trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Wan S, Xiang Y, Fang W, Zheng Y, Li B, Hu Y, *et al.* Clinical features and treatment of COVID-19 patients in northeast Chongqing. *J Med Virol.* 2020; 92(7): 797-806.

2. Chen T, Wu D, Chen H, Yan W, Yang D, Chen G, *et al.* Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: retrospective study. *BMJ.* 2020; 368:m1091.
3. Wu J, Li W, Shi X, Chen Z, Jiang B, Liu J, *et al.* Early antiviral treatment contributes to alleviate the severity and improve the prognosis of patients with novel coronavirus disease (COVID-19). *J Intern Med.* 2020; 288(1): 128-138.
4. Song J, Hu W, Yu Y, Shen X, Wang Y, Yan J, *et al.* A Comparison of Clinical Characteristics and Outcomes in Elderly and Younger Patients with COVID-19. *Med Sci Monit.* 2020; 26:e925047.
5. Sardu C, Maggi P, Messina V, Iuliano P, Sardu A, Iovinella V, *et al.* Could Anti-Hypertensive Drug Therapy Affect the Clinical Prognosis of Hypertensive Patients With COVID-19 Infection? Data From Centers of Southern Italy. *J Am Heart Assoc.* 2020; 9(17): e016948.
6. Padilla S, Telenti G, Guillén L, García JA, García-Abellán J, Ding C, *et al.*; COVID19-Elx Group. Predictive factors for cardiac conduction abnormalities with hydroxychloroquine-containing combinations for COVID-19. *Int J Antimicrob Agents.* 2020; 56(4): 106142.
7. Mercurio NJ, Yen CF, Shim DJ, Maher TR, McCoy CM, Zimetbaum PJ, *et al.* Risk of QT Interval Prolongation Associated With Use of Hydroxychloroquine With or Without Concomitant Azithromycin Among Hospitalized Patients Testing Positive for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *JAMA Cardiol.* 2020; 5(9): 1036-1041.
8. Shi S, Qin M, Shen B, Cai Y, Liu T, Yang F, *et al.* Association of Cardiac Injury With Mortality in Hospitalized Patients With COVID-19 in Wuhan, China. *JAMA Cardiol.* 2020; 5(7): 802-810.
9. Guo T, Fan Y, Chen M, Wu X, Zhang L, He T, *et al.* Cardiovascular Implications of Fatal Outcomes of Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *JAMA Cardiol.* 2020; 5(7): 811-818. Erratum in: *JAMA Cardiol.* 2020; 5(7): 848.
10. Rosenberg ES, Dufort EM, Udo T, Wilberschied LA, Kumar J, Tesoriero J, *et al.* Association of Treatment With Hydroxychloroquine or Azithromycin With In-Hospital Mortality in Patients With COVID-19 in New York State. *JAMA.* 2020; 323(24): 2493-2502.
11. Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, Antonelli M, Cabrini L, Castelli A, *et al.*; COVID-19 Lombardy ICU Network. Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *JAMA.* 2020; 323(16): 1574-1581.
12. Marcolino MS, Ziegelmann PK, Souza-Silva MVR, do Nascimento IJB, Oliveira LM, Monteiro LS, *et al.*; Brazilian COVID- Registry Investigators. Clinical characteristics and outcomes of patients hospitalized with COVID-19 in Brazil: results from the Brazilian COVID-19 Registry. *Int J Infect Dis.* 2021: S1201-9712(21)00030-8.
13. Beitland S, Platou ES, Sunde K. Drug-induced long QT syndrome and fatal arrhythmias in the intensive care unit. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2014; 58(3): 266-72.
14. Madjid M, Safavi-Naeini P, Solomon SD, Vardeny O. Potential Effects of Coronaviruses on the Cardiovascular System: A Review. *JAMA Cardiol.* 2020; 5 (7): 831-840.

15. Zheng YY, Ma YT, Zhang JY, Xie X. COVID-19 and the cardiovascular system. *Nat Rev Cardiol.* 2020; 17(5): 259-260.
16. Xiong TY, Redwood S, Prendergast B, Chen M. Coronaviruses and the cardiovascular system: acute and long-term implications. *Eur Heart J.* 2020; 41(19): 1798-1800.
17. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, *et al.* Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet.* 2020; 395(10229): 1054-1062. Erratum in: *Lancet.* 2020; 395(10229): 1038.
18. Sanders JM, Monogue ML, Jodlowski TZ, Cutrell JB. Pharmacologic Treatments for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. *JAMA.* 2020; 323(18): 1824-1836.
19. Juurlink DN. Safety considerations with chloroquine, hydroxychloroquine and azithromycin in the management of SARS-CoV-2 infection. *CMAJ.* 2020; 192(17): E450-E453. Erratum in: *CMAJ.* 2020; 192(21): E590.
20. Bhimraj A, Morgan RL, Shumaker AH, Lavergne V, Baden L, Cheng VC, *et al.* Diretrizes da Sociedade de Doenças Infecciosas da América para o Tratamento e Manejo de Pacientes com COVID-19. *Infectious Diseases Society of America 2021* ; Versão 4.1.1 Disponível em <https://www.idsociety.org/practice-guideline/covid-19-guideline-treatment-and-management/> .
21. Martins MAP, Reis AMM. (2020). Pharmacists in response to the COVID-19 pandemic in Brazil: where are we?. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde.* 2020; 11(3): 517-517.
22. Obas V, Vasan RS. The aging heart. *Clin Sci (Lond).* 2018; 132(13): 1367-1382.
23. Parreiras Martins MAP, de Medeiros AF, de Almeida CDC, Reis AMM. Preparedness of pharmacists to respond to the emergency of the COVID-19 pandemic in Brazil: a comprehensive overview. *Drugs Ther Perspect.* 2020; 31: 1-8.
24. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, *et al.* Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* 2020; 395(10223): 497-506.
25. Matsunaga N, Hayakawa K, Terada M, Ohtsu H, Asai Y, Tsuzuki S, *et al.* Clinical epidemiology of hospitalized patients with COVID-19 in Japan: Report of the COVID-19 REGISTRY JAPAN. *Clin Infect Dis.* 2020: ciaa1470.
26. Munblit D, Nekliudov NA, Bugaeva P, Blyuss O, Kislova M, Listovskaya E, *et al.* StopCOVID cohort: An observational study of 3,480 patients admitted to the Sechenov University hospital network in Moscow city for suspected COVID-19 infection. *Clin Infect Dis.* 2020:ciaa1535.

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES - Possui Pós-Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica (PPGMAF) da Universidade Federal de Minas Gerais (2019). Enfermeiro (2009) e mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente (2013) pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Doutor em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo PPGMAF/UFMG (2015). Líder do Grupo de Pesquisa CNPq - Prática Baseada em Evidência e Segurança do Paciente. Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), lotado no colegiado de Enfermagem e Residência em Enfermagem em Cardiologia. Atua como orientador/coorientador de trabalhos de conclusão de curso, iniciação científica, mestrado e doutorado. Revisor de importantes periódicos nacionais e internacionais indexados. Desenvolve pesquisas nas áreas de Segurança do Paciente, Farmacovigilância, Anticoagulantes, Adaptação transcultural e validação de instrumentos em saúde, Teoria de Resposta ao Item e Prática Baseada em Evidências.

A

Acamado 10, 15, 24

Acessibilidade 35, 37, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 49, 50, 53, 54, 55, 57, 58, 203

Administração em saúde 244, 247, 248

Administração pública 258, 259, 260, 261, 264, 265, 266, 269

Agrotóxicos 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 268, 269, 270, 271, 272

Atenção à saúde 13, 25, 34, 101, 112, 113, 159, 160, 161, 162, 164, 199, 217, 219, 234, 240, 254

Atenção primária a saúde 110, 112

Atendimento primário 110, 112, 233

B

Bombeiros 184, 185, 186, 187, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196

C

Câncer de mama 33, 165, 166, 167, 169, 170

CAPS 230, 231, 232, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242

Cárie dentária 274

Condições de saúde 2, 5, 6, 10, 13, 15, 18, 19, 23, 41, 107, 118, 174, 176, 271

Conversa 54, 84, 94, 97, 224, 230, 231, 232

Covid-19 36, 38, 57, 58, 115, 133, 135, 140, 222, 242, 289, 290, 291, 293, 295, 296, 297, 298, 299

Cuidadores 26, 108, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 163, 282

Cuidados paliativos 98, 99, 100, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 111, 113

D

Dependência funcional 116, 117, 118, 119, 123, 124, 125, 127, 128

Diabetes 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 23, 24, 31, 62, 65, 66, 67, 72, 73, 175, 180, 186, 191, 293, 295

Direitos sociais 230, 231, 232, 236, 239, 241, 271

Doenças agudas e crônicas 258, 260, 261, 266, 268

Dor 51, 52, 63, 68, 100, 104, 105, 108, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 142, 143, 144, 146, 147, 148, 149, 168, 169, 170, 187, 209, 243

Dor no peito 142

E

Emergências 142, 149, 194, 271

Ensino superior 120, 171, 172, 173, 174, 181, 182

Envelhecimento LGBTQIAP+ 28

Envelhecimento saudável 28, 29, 30, 32, 76, 79

Experiência do usuário 35, 36, 40, 42, 44, 46, 48, 50, 53, 54, 55, 56, 57

F

Feminilidade 165, 168

Fisioterapia 109, 118, 119, 120, 125, 128, 136, 141, 151, 152, 156, 158, 182

Força muscular 151, 152, 153, 154, 155, 156

G

Gestão de pessoas 244, 245, 246, 247, 248, 249, 251, 252, 253, 255, 256, 257

Guias de prática clínica 159, 160, 161

H

Hábitos de vida 4, 10, 11, 171, 172, 173, 174, 177, 181

Humanização 36, 41, 50, 57, 106, 169, 238, 239, 242, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257

I

Idoso 2, 4, 12, 13, 15, 16, 17, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 35, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 48, 49, 50, 53, 54, 61, 68, 76, 78, 79, 84, 85, 86, 88, 89, 90, 92, 94, 127, 130

Idosos 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 30, 31, 32, 33, 35, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 50, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 67, 68, 69, 70, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 107, 108, 118, 125, 126, 127, 128, 129, 295, 296

Inclusão 5, 18, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 52, 54, 55, 57, 77, 81, 91, 112, 142, 144, 161, 169, 174, 187, 198, 200, 203, 239, 241, 242, 246, 253, 254, 277, 281, 290, 297

Infecção do trato urinário 59, 60, 61, 65, 66, 72, 73, 74

Infecções 17, 60, 67, 69, 72, 73, 135, 163, 199, 203, 289

J

Jovens 2, 9, 75, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 155, 178, 199, 202, 204, 225, 228

L

Lesões cardíacas 289

M

Medicamento 70, 121, 176, 293, 294

Modelos biopsicossociais 165, 167

Mulher 25, 110, 159, 165, 167, 168, 169, 178, 182, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 216, 217, 218, 219, 237

O

Oncologia 99, 102, 104, 108, 165

P

Paciente 35, 37, 39, 46, 48, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 61, 62, 64, 99, 100, 101, 102, 105, 106, 108, 118, 119, 126, 127, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 139, 140, 142, 143, 149, 153, 154, 158, 160, 168, 169, 170, 231, 233, 238, 289, 297, 300

Parceiro íntimo 206, 207, 208, 209, 211, 216, 217, 218, 219

Pessoas com deficiência 35, 36, 40, 42, 44, 49, 52, 54, 57, 58, 130, 202, 203

Políticas públicas 4, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 91, 101, 111, 162, 198, 202, 203, 209, 216, 222, 223, 247, 248, 262, 271

Promoção da saúde 2, 17, 30, 31, 92, 110, 111, 112, 173, 184, 185, 187, 194, 195, 204, 218

Protocolos clínicos 149, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164

R

Resistência antimicrobiana 59, 60, 66, 71

Roda 84, 94, 97, 230

S

Saúde do idoso 4, 13, 25, 28

Saúde LGBTQIAP+ 28

Sexualidade 198, 199, 200, 202, 203, 204, 205, 209

Sobrecarga 16, 26, 116, 117, 118, 119, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 178, 181, 237

Sobrevivência 165, 167, 224, 225

T

Trabalhadores 17, 26, 82, 171, 172, 173, 181, 226, 228, 233, 234, 238, 240, 241, 244, 245, 249, 251, 252, 254, 256, 259, 263, 264, 270, 271, 272

Tratamento farmacológico 290

U

Ultrassonografia 142, 143, 144, 145, 148, 149

V

Violência 199, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219,
234



3

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Ciências da saúde:

Políticas públicas, assistência e gestão


Atena
Editora
Ano 2023



3

🌐 www.atenaeditora.com.br

✉ contato@atenaeditora.com.br

📷 @atenaeditora

📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Ciências da saúde:

Políticas públicas, assistência e gestão

 **Atena**
Editora
Ano 2023