

A top-down view of a teal surface. A grey stethoscope is positioned in the upper left. A white spiral-bound calendar is in the upper right, showing dates from 4 to 28. A blue pushpin is on the teal surface near the stethoscope. A red pushpin is on the calendar near date 12. A white pushpin is on the calendar near date 13. Two yellow pushpins are on the calendar near date 20. Four vertical sticky notes in pink, light green, light blue, and yellow are at the bottom of the calendar. A red pushpin is on the teal surface near the bottom right of the sticky notes.

SORAYA ARAUJO
UCHOA CAVALCANTI
(ORGANIZADORA)

SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE COLETIVA:

AGENDA PARA DEBATES


Atena
Editora
Ano 2023

A top-down photograph of a desk with a stethoscope, a calendar, and a pushpin. The stethoscope is on the left, the calendar is on the right, and a pushpin is in the center. The calendar shows dates from 4 to 28, with days of the week MON, TUE, and WED. There are several pushpins on the calendar, including one on the 12th, 13th, 20th, 21st, and 25th. There are also four vertical strips of paper with black and white patterns on the desk.

SORAYA ARAUJO
UCHOA CAVALCANTI
(ORGANIZADORA)

SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE COLETIVA:

AGENDA PARA DEBATES


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

Ellen Andressa Kubisty

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 Livia 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 Federaci do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino

Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará

Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª 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 Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Saúde pública e saúde coletiva: agenda para debates

Diagramação: Camila Alves de Cremonesi
Correção: Soellen de Britto
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
S255	Saúde pública e saúde coletiva: agenda para debates / Organizadora Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-1330-1 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.301232905 1. Saúde pública. 2. Saúde coletiva. I. Cavalcanti, Soraya Araujo Uchoa (Organizadora). II. Título. CDD 362.1
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

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

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

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

DECLARAÇÃO DA EDITORA

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

A coletânea ‘*Saúde pública e saúde coletiva: agenda para debates*’ é composta por 19 (dezenove) capítulos produtos de pesquisa, revisão de literatura, relato de experiência, dentre outros.

O primeiro capítulo, discute *as ações de ensino em saúde com meninas quilombolas do fio crespo a pele negra em uma comunidade quilombola no Maranhão*. Já o segundo capítulo, analisa os impactos *da transição demográfica e do envelhecimento no Brasil, e especificamente no estado do Espírito Santo*. O terceiro capítulo, por sua vez, discute os desafios vinculados ao processo de implantação da Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) a partir de revisão de literatura

O quarto capítulo, discute a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) *na Estratégia Saúde da Família do município de Mimoso do Sul, na visão dos enfermeiros*. Já o quinto capítulo analisa a *aplicabilidade da PNH na rede de Atenção Primária*. O sexto capítulo, por sua vez, apresenta o mapeamento da *Rede Alimentar Alternativa (RAA) em São Paulo/SP de forma colaborativa com as comunidades tradicionais e as(os) agricultoras(es) familiares*.

O sétimo capítulo, apresenta um *panorama das publicações que tratam sobre repercussões psicossociais da infecção por HIV em gestantes no contexto da atenção primária à saúde*. Já o oitavo capítulo, discute a experiência de *prática interventiva realizada em um Centro de Atenção Psicossocial para pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas*. O nono capítulo, por sua vez, analisa a *assistência de enfermagem no âmbito da humanização frente a população feminina que sofre de violência sexual*.

O décimo capítulo, analisa a *frequência de casos notificados de violência psicológica contra PcD no estado do Espírito Santo no período de 2011 a 2018*. Já o décimo primeiro capítulo, discute as razões da não imunização contra *Papilomavírus Humano (HPV) entre jovens em idade escolar*. O décimo segundo capítulo, por sua vez, discute a proposta de *programa que auxilie as organizações na formação de pessoas emocionalmente mais inteligentes*.

O décimo terceiro capítulo, discute *as principais plantas medicinais utilizadas por usuários do Sistema Único de Saúde por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) na zona urbana e rural do Município de Missão Velha-Ceará para o tratamento de enfermidades*. Já o décimo quarto capítulo, analisa *os fatores sociais e ambientais relacionados a transmissão da leishmaniose visceral dos bairros com notificações e diagnósticos de leishmaniose visceral da cidade de Barra Mansa, do ano de 2012 a 2018*. O décimo quinto capítulo, por sua vez, apresenta *revisão bibliográfica acerca da discussão sobre a sinonímia entre Leishmania infantum e Leishmania chagasi*,

O décimo sexto capítulo, discute a *demografia e Saúde Pública no Estado de Hidalgo/México*. Já o décimo sétimo capítulo, analisa o *conhecimento epidemiológico de pessoas de áreas endêmicas da doença de chagas no Estado de Hidalgo/México*. O décimo oitavo capítulo, por sua vez, apresenta, mediante *levantamento bibliográfico as principais implicações e sequelas da COVID-19 em pacientes acometidos pelo coronavírus SARS-COV-2*. E finalmente o décimo nono capítulo, discute as *barreiras na realização de educação em saúde na adolescência*.

A coletânea de textos '*Saúde pública e saúde coletiva: agenda para debates*' se configura como importante agenda de pautas para discussão no âmbito dos serviços e políticas de saúde, se traduzindo em um convite aos leitores e pesquisadores da área.

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

CAPÍTULO 1 1

DO FIO CRESPO A PELE NEGRA: AÇÕES DE ENSINO E SAÚDE COM MENINAS EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA NO MARANHÃO, BRASIL


Erick Santos de Oliveira
Rayane Alves Machado
Yagho José Lima Diniz
Débora Lorena Melo Pereira
José de Ribamar Ross

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3012329051>

CAPÍTULO 2 12

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA: UM OLHAR SOBRE O ESTADO DO ESPÍRITO SANTO


Marcela Santana de Oliveira
Luciana Carrupt Machado Sogame

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3012329052>

CAPÍTULO 325

OS DESAFIOS ENCONTRADOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NOS DIAS ATUAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA


Cristina da Silva Barbosa Rodrigues
Beatriz Pralon Nascimento Casthologe Coutinho
Fabiana Rosa Neves Smiderle

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3012329053>

CAPÍTULO 436

HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DA PERCEPÇÃO E DAS VIVÊNCIAS DE ENFERMEIROS SOB O OLHAR DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE


Solange Barboza Fernandes Thompson
Nathalya das Candeias Pastore Cunha
Italla Maria Pinheiro Bezerra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3012329054>

CAPÍTULO 547

AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UM ESTUDO SISTEMÁTICO NA QUALIDADE DO ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Ana Luiza Quevedo
Renata Cristina de Oliveira Souza Castro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3012329055>


CAPÍTULO 655

A REDE ALIMENTAR ALTERNATIVA EM SÃO PAULO - SP: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA RESIDÊNCIA EM SAÚDE COLETIVA E ATENÇÃO

PRIMÁRIA PELA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Fernanda da Silva Muniz

Ariandeny Silva de Souza Furtado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3012329056>**CAPÍTULO 772****REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS DA INFECÇÃO POR HIV EM GESTANTES NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA**

Simone Souza de Freitas

Eronildo José dos Santos

Alessandra Barbosa da Silva

Karla Gomes do Nascimento

Laisa Darlem da Silva Nascimento

Jany Kelly Cardoso Silva

Maria Eliane Ramos de Oliveira

Cristiane Rodrigues da Silva Machado

Emanuela de Oliveira Silva Souza

Athos Phillip de Carvalho Chaves

Francisca Trajano Duarte

Talita de Andrade Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3012329057>**CAPÍTULO 884****CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA O CUIDADO DAS PESSOAS QUE FAZEM USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**


Quésia Alcântara Oliveira

Sabrina Almeida Porto

Erika Antunes Vasconcellos

Regiane Cristina Duarte

Jamile Silva Guimarães

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3012329058>**CAPÍTULO 992****A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL**


Evelyn Oliveira

Gabriel Feitoza do Prado

Marcelo Marreira

Maxima Maria dos Reis Faustino


Magda Rodrigues Leal

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3012329059>**CAPÍTULO 10..... 103****VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA CONTRA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO**

Gabriel Quinelato

Sara da Silva Pereira


Mariana Rabello Laignier
 Luiza Eduarda Portes Ribeiro
 Nathália Miguel Teixeira Santana
 Franciéle Marabotti Costa Leite

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30123290510>

CAPÍTULO 11 114

MOTIVOS RELACIONADOS A NÃO VACINAÇÃO CONTRA O PAPILOMAVÍRUS EM ADOLESCENTES


Bárbara Aguiar Carrato
 Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá
 Isabella de Alcântara Gomes da Silva
 Leila Emanuelle Peixoto Nascimento
 Antonio Tolentino Nogueira de Sá
 Máira Micheletti Gomide
 Suelen Rosa de Oliveira
 Tércia Moreira Ribeiro da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30123290511>

CAPÍTULO 12..... 123

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL: TRANSFORMANDO CONHECIMENTO EM PRÁTICAS NAS ORGANIZAÇÕES

Valdjane Nogueira Noletto Nobre
 Aline da Silva Fernandes
 Luciana Martins Ribeiro
 Divina Elenice Cardoso Bessas
 Maria Emília Lúcio Duarte
 Carla Renata dos Santos
 Luzia Maria dos Santos
 Edma Nogueira da Silva
 Eliseu da Costa Campos
 Andréa de Sousa Quintela
 Luzimare de Matos Avelino Ventura
 Marcelo Dangllys Duarte Fernandes
 Kelly Monte Santo Fontes


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30123290512>

CAPÍTULO 13..... 132

USE OF MEDICINAL PLANTS IN BASIC HEALTH UNITS IN THE MUNICIPALITY OF MISSÃO VELHA, CEARÁ, BRAZIL

Luana Souza Santos
 Priscilla Augusta de Sousa Fernandes
 Cícero dos Santos Leandro
 Marcos Aurélio Figueiredo dos Santos
 Georgia Maria de Alencar Maia
 Mikael Amaro de Souza
 Maria Elizete Machado Generino


Valdílía Ribeiro de Alencar Ulisses
 Francisco Sydney Henrique da Silva
 Maria Ivaneide Rocha
 Ariston Oliveira Magalhães Filho
 José Weverton Almeida-Bezerra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30123290513>

CAPÍTULO 14..... 140

FATORES SOCIOAMBIENTAIS RELACIONADOS COM A TRANSMISSÃO DA LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA E HUMANA NO MUNICÍPIO DE BARRA MANSA, RIO DE JANEIRO


Amélia Lúcia Alvareng
 Antônio Marcos Rodrigues
 Marco Quintela da Silva
 Luiz Alberto Pereira da Silva
 Denise Alves de Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30123290514>

CAPÍTULO 15.....151

Leishmania Chagasi E *Leishmania Infatum*: IGUAIS OU DIFERENTES?


Amélia Lúcia Alvareng
 Denise Alves de Lima
 Adriana Monteiro Brandão
 Maria de Fátima Diniz Baptista

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30123290515>

CAPÍTULO 16..... 157

PANORAMA ACTUAL SOBRE “DEMOGRAFÍA Y SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO DE HIDALGO” MÉXICO

Rosalva Quintero Dávila
 Jesús Máximo Ventura
 Diana Verónica Sánchez Martínez
 Esmeralda Guadalupe Tovar Olvera
 Alelí Julieta Izquierdo Vega
 María del Carmen López Zermeño
 Josefina Reynoso Vázquez
 Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30123290516>

CAPÍTULO 17..... 172

CONOCIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO EN ZONAS ENDÉMICAS DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN EL ESTADO DE HIDALGO, MÉXICO

Uriel Barraza Muñoz
 Katia Julissa Hernández Ríos
 Vanessa Itzel Rivero Córdoba
 Dulce Daniela Cordero Mendoza
 Saúl González Guzmán


Saraí Martínez Llargo
 Jorge Monrroy Vargas
 Josefina Reynoso Vázquez
 Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30123290517>

CAPÍTULO 18..... 184

A DOENÇA COVID-19 E SUAS IMPLICAÇÕES E SEQUELAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Islandia Maria Rodrigues Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30123290518>

CAPÍTULO 19..... 192

OS DESAFIOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA

Allana Ludmylla Araújo Ramos de Andrade

José Luiz Gonzaga Neto


Thaise Oliveira Almeida

José Luiz dos Santos Castilho

Anna Luiza Saboya Peruzzo

Karen Jackeline dos Santos Silva

Marks Passos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.30123290519>

SOBRE A ORGANIZADORA 194

ÍNDICE REMISSIVO 195

DO FIO CRESPO A PELE NEGRA: AÇÕES DE ENSINO E SAÚDE COM MENINAS EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA NO MARANHÃO, BRASIL

Data da submissão: 31/03/2023

Data de aceite: 02/05/2023

Erick Santos de Oliveira

Universidade Estadual do Maranhão
Caxias – Maranhão
Orcid: <https://orcid.org/0009-0433-3203>

Rayane Alves Machado

Universidade Estadual do Maranhão
Caxias – Maranhão
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7883-3374>

Yagho José Lima Diniz

Universidade Estadual do Maranhão
Caxias-Maranhão
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2234-4483>

Débora Lorena Melo Pereira

Universidade Federal do Maranhão
Caxias - Maranhão
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7883-1830>

José de Ribamar Ross

Universidade Estadual do Maranhão
Caxias - Maranhão
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9362-8651>

saúde com meninas quilombolas do fio crespo a pele negra no Maranhão, Brasil. Trata-se de um estudo reflexivo sobre a vivência de acadêmicos de enfermagem no projeto “meu cabelo é minha identidade”, a abordagem é pautada na utilização de metodologias ativas no processo de aprendizagem, ressaltando o contexto da autoaceitação como forma de inclusão do aluno na valorização da estética negra do cabelo. Foram elucidadas evidências que causaram significativo impacto no processo de ensino-aprendizado e, por meio destas, nota-se sua importância através da melhoria no fortalecimento e a representatividade dessa estética capilar como forma de valorização étnico-racial do negro, perante as diversas imposições de intolerância racial que atualmente se observa no Brasil, além de realizar uma educação em saúde a respeito dos cuidados com a saúde relacionadas ao cabelo.

PALAVRAS-CHAVE: Grupos raciais; Quilombolas; Mulheres.

RESUMO: Este estudo teve como objetivo de refletir sobre as ações de ensino em

FROM CURLY THREAD TO BLACK SKIN: TEACHING AND HEALTH ACTIONS WITH GIRLS IN A QUILOMBOLA COMMUNITY IN MARANHÃO, BRAZIL

ABSTRACT: This study aimed to reflect on of health education actions with quilombola girls from the curly hair to black skin in Maranhão, Brazil. This is a reflective study on the experience of nursing students in the project “my hair is my identity”, the approach is based on the use of active methodologies in the learning process, emphasizing the context of self-acceptance as a way of including the student in the appreciation of black hair aesthetics. Evidences that caused a significant impact on the teaching-learning process were elucidated and, through these, its importance is noted through the improvement in the strengthening and representativeness of this capillary aesthetics as a form of ethnic-racial appreciation of the black, in the face of the various impositions of racial intolerance that is currently observed in Brazil, in addition to providing health education about hair-related health care.

KEYWORDS: Racial groups; Quilombolas; Women.

O PROCESSO DE APRENDIZAGEM E A IMPORTÂNCIA DAS METODOLOGIAS ATIVAS

Hoje pensamos na escola não apenas como um lugar de aprendizagem teórico e passivo, mas também como um espaço de vivenciar reflexões e aprimorar o processo de socialização. No entanto, esse modelo de ensino que visa a inclusão do aluno como protagonista do seu processo de aprendizado ainda não é explorado em sua totalidade nas escolas e outros ambientes de ensino pelo país a fora. Esse modelo, também conhecido como educação construtivista, tem a capacidade de moldar o processo de aprendizagem de modo que as fronteiras conteudistas nas grades curriculares acadêmicas, sejam ampliadas para além dos livros, tarefas para casa, provas objetivas, ou qualquer outro modo de ensino tradicional que é utilizado a anos (LOPES; GETRUDES; TEIXEIRA *et al.*, 2007).

Existe então uma expansão da capacidade cognitiva do indivíduo quando é posto a interligar a teoria dos livros com a sua realidade diária, com auxílio de novas ferramentas didáticas, torna-se assim o processo de aprendizagem algo inclusivo e prático.

O contraponto vislumbrado na realidade do Brasil é que o ensino construtivista não era realidade a décadas atrás ou ainda não é realidade na vida de muitos alunos e professores hoje em dia. Portanto, muitos conteúdos propícios a uma boa discussão em sala de aula, como os temas sociais, acabam por não serem explorados da melhor forma durante a vida acadêmica, limitando assim o espectro de conhecimento cultural e crítico dos alunos, deixando-os mais desarmados a respeito de pautas importantes na formação de um cidadão engajado e conhecedor das realidades sociais que o cercam. (BORGES *et al.*, 2014)

Vem desse déficit, a necessidade de abordar novas técnicas de ensino que provoquem os indivíduos a explorar cada vez mais sua capacidade crítica e produção de argumentos. Para tanto, ao longo dos últimos anos diversos pesquisadores da área de educação vieram buscando novas formas de exercitar o processo de aprendizagem de

maneira mais eficiente, inclusivo e dinâmico, se afastando cada vez mais dos modelos tradicionais.

Um grande exemplo dessas inovações, foi o desenvolvimento das metodologias ativas que oportunizaram um contexto de aprendizagem amplo, reflexivo, crítico e inovador. Sendo assim, uma ferramenta que se alinha aos moldes atuais de referência quando falamos em forma de ensino e aprendizado, servindo de ponte para defender alguns modelos de educação construtivista, como o modelo problematizador de Lev Vygotsky, ou do patrono da educação brasileira, Paulo Freire.

Para entendermos melhor a necessidade desse novo método, precisamos compreender que cada indivíduo possui suas complexidades quando falamos em aprendizagem, complexidades essas que perpassam pelos diversos níveis de escolaridade que possuem em um mesmo ambiente de ensino, conhecimento sociocultural, particularidades físicas e intelectuais, entre outras formas de diferenciação entre os indivíduos (BRIGHENTI; BIAVATTI; SOUZA, 2015).

O modelo tradicional de ensino, que prega a disseminação de conhecimento através de uma visão vertical, onde o aluno é apenas um ouvinte, acaba se tornando um limitador em meio a inúmeras formas de trazer esse ouvinte para dentro do problema/situação que lhe é proposto. Não necessariamente os métodos tradicionais de ensino são ineficazes, mas é ideal dizer que junto a eles, os novos meios de educação inclusiva e dinâmica podem transformar esse processo em algo mais instigante e concreto ao aluno, atuando melhor na forma de fixação de informações e integração de temas abordados com as experiências próprias dos envolvidos (SILVA *et al.*, 2018)

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Entre muitos caminhos em que se pode falar sobre educação, destaca-se aqui a área de educação em saúde. O processo de educação em saúde não se limita apenas a uma sala de aula, é um movimento que vai em busca da sociedade em sua totalidade, independente do ambiente de convivência. O educar em saúde foca principalmente no movimento de prevenção de agravos em saúde, e não somente o processo doença já instaurado, sendo que nem sempre essa disseminação de conhecimento é voltada diretamente a uma patologia, mas também possui total afinidade com as particularidades que existem ao redor dessas enfermidades.

Podemos então ressaltar o conceito de saúde defendido pela Organização Mundial de Saúde, que se refere a ponto como um completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença. Saúde é a forma em que o indivíduo vive o dia a dia, como trabalha, como se relaciona, como se enxerga em meio social e suas formas de lazer, e se possui acesso a bens e ou serviços de saúde. Valendo ressaltar que os serviços de saúde não são exclusivamente responsáveis pela promoção de conhecimento em saúde

na comunidade, qualquer instituição pode ser capaz de orientar a promoção da saúde, potencializando as possibilidades de bem-estar geral (BRASIL, 2002a).

As políticas e programas públicos de saúde e educação são cruciais para a formação de cidadania, e para o progresso da qualidade de vida e saúde da população, a melhora dos níveis de educação estão inteiramente interligados com as possibilidades de uma população mais saudável, assim como uma população com qualidade de vida mais saudável tem grandes possibilidades de aperfeiçoamento dos níveis educacionais formais e informais (LOPES *et al.*, 2007).

A escola além de um local para transmitir saberes sobre a saúde, é um lugar para educar, desenvolver valores e posturas críticas, dessa forma, usando a escola como um eixo de conexão com a saúde, há a possibilidade de gerar autonomia e senso crítico para a promoção de saúde (LOPES *et al.*, 2007).

Propiciar saúde e educação requer a consideração de determinantes sociais, bem como um entendimento ampliado de saúde que de certa forma deve envolver vários setores e áreas a fim de englobar aos principais princípios da integralidade e a articulação entre sujeitos diversos, com diferentes saberes e poderes com vista a enfrentar problemas complexos. O risco de não se atentar a isso é a redução da polarização do debate, e a manutenção de práticas conservadoras que não levem em consideração o contexto social (SILVA *et al.*, 2018).

Ainda a respeito da estratégia de ensino e saúde em ambientes educacionais, é digno de nota frisar que no ano de 2007 foi marcado pela implantação do programa saúde na escola (PSE), que possibilitou a ampliação de ações que promovam saúde no âmbito escolar. Depois disso inúmeras iniciativas foram abordadas no espaço escolar, resultado da interação entre os setores de educação em saúde e que promovam saúde em sua maioria focadas em ações de primeiro socorro, higiene bucal e assistência médica, dessa forma a PSE fortaleceu o vínculo entre a comunidade e as instituições, e a enfermagem como categoria de promoção a saúde, inserida na visão de educação em saúde vê na escola a possibilidade de articular saúde e educação.

Naturalmente pode-se concordar que a difusão de conhecimento, se dá pelo indivíduo com maior domínio sobre o assunto para com o de menos domínio na área, no entanto, essa forma de propagar ensinamentos vem sofrendo mudanças significativas com a evolução das tecnologias, hoje podemos já usufruir de inúmeras possibilidades para o desenvolvimento intelectual.

O presente capítulo traz a oportunidade de acompanhar uma experiência de extensão universitária, na área de educação em saúde associado a questões socioculturais de uma comunidade quilombola, se valendo da proposta de ofertar conhecimento pautado na ideia de educação e aprendizagem aos moldes das metodologias ativas. Aqui abordaremos não somente a sala de aula e alunos como ambiente e personagens das nossas ações, mas também abordaremos o processo de ensino e troca de saberes com a própria comunidade,

dentro do viés temático do projeto.

CONTEXTUALIZANDO O AMBIENTE DE INTERVENÇÃO

Antes de adentrarmos por completo nas estratégias de educação em saúde, com auxílio das metodologias ativas, precisamos contextualizar o cenário em que esse projeto se inseriu. Tudo se inicia em agosto de 2021, no município de Caxias no leste maranhense, com uma equipe de 4 integrantes, entre eles 3 acadêmicos de enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão-UEMA e um orientador do projeto, enfermeiro e professor do departamento de ciências da saúde, também da mesma instituição.

Nosso programa de extensão, chamado de “bolsa cultura”, tinha como compromisso desenvolver uma ação que contemplasse um público específico, levando até ele uma ação social que agregasse no desenvolvimento cultural desses indivíduos, dessa forma, devido a uma grande presença de comunidades quilombolas na região e uma afinidade em trabalhar com esse público anteriormente, nossa equipe então intitulou o projeto como “Meu cabelo é minha identidade” e trouxe o desafio de abordar a beleza do cabelo crespo e cacheado da mulher negra, em comunidades quilombolas, com o objetivo de fortalecer a representatividade dessa estética capilar como forma de valorização e fortalecimento étnico-racial do negro, perante as diversas imposições de intolerância racial que atualmente se observa no Brasil, além de realizar uma educação em saúde a respeito dos cuidados com a saúde relacionadas ao cabelo.

A princípio entende-se que pode parecer redundante falar da estética do cabelo crespo e cacheado em um quilombo, já que é algo natural dos indivíduos que ali vivem, mas a verdade é que o cenário real se caracteriza por uma constante e silenciosa evasão dos costumes tradicionais de algumas comunidades de matriz africana, como os quilombos, de modo que tais indivíduos aderem cada vez mais aos costumes praticados dos grupos dominadores e detentores de influência estética, como os brancos e seus costumes construídos aos moldes eurocêntricos. (HISTÓRIA; CULTURA; CRISTINA PACHECO SILVA, 2014).

Com isso, há uma necessidade de falarmos da importância de manter as raízes históricas e aceitar a beleza natural do seu corpo, principalmente em um grupo de minoria social que está constantemente submerso em pré-julgamentos, críticas, deslegitimação de seus direitos e pouco compreendido culturalmente.

Para além da importância social que o projeto se propões alcançar, é preciso dar ênfase aos desafios dessa intervenção, no âmbito de educação em saúde. Sendo assim, temos de dar destaque primeiramente aos nossos ouvintes, quem são? Quais as suas limitações? O que precisamos para alcançarmos com maior efetividade nossos objetivos iniciais? Essas e outras perguntas são pontos norteadores na boa logística didática e servirão de base para determinar quais abordagens serão mais efetivas ou não para uma

boa experiência, não só da equipe educadora, mas também do público beneficiado.

A princípio, atuamos com grupos bem diversificados de ouvintes, eram mulheres, homens, crianças e jovens de várias idades, todos reunidos em uma pequena escola municipal dentro do território quilombola soledade aos arredores de Caxias-Ma. Em um segundo momento, ampliamos nosso público na tentativa de alcançar os mais jovens, que consequentemente estão mais sujeitos a discriminação étnico-racial nas redes sociais ou aderirem a outros costumes devido a influência que a mídia tem sobre seus gostos e estética, diante disso contemplamos também uma escola de ensino fundamental, já dentro do perímetro urbano de Caxias, que recebia alunos da comunidade quilombola soledade.

De imediato observa-se que existem diversas barreiras logísticas e de aprendizagem uma vez que a população local dos primeiros encontros no quilombo, devido as suas particularidades pessoais e sociais, tinham níveis de escolaridades diferentes, onde se tinham ouvintes desde analfabetos até estudantes de nível superior, além disso estávamos desprovidos de algumas ferramentas que ampliariam nossas abordagens de ensino, como a ausência de conexão com internet e uso de tecnologias que auxiliassem na interação em tempo real com o grupo, no caso da chamadas nuvem de palavras.

No entanto, um cenário que já se mostrava um pouco diferente eram com as crianças na escola de ensino fundamental Prof.(a) Magnólia Hermínia Araújo, onde já tínhamos um pouco mais de estrutura física e conexão, ampliando as possibilidades de trabalho.

Durante todo o percurso que fizemos até o presente momento do projeto, tivemos a necessidade quase que obrigatória e recorrente, de nos reinventarmos sobre as formas de abordagem com o público alvo. Foi um exercício de entender as necessidades de renovação não só na linguagem, como quando mudamos o grupo alvo entre adultos e crianças, mas também os materiais didáticos adequados a cada contexto.

Esse movimento de adaptação e sensibilidade de ouvir o que o educando tem de necessidades para efetivar um melhor processo de aprendizagem, é algo básico que deve ser priorizado nessa trajetória, pensamento muito inspirado aos moldes das ideias do patrono da educação brasileira Paulo Freire. Onde o mesmo acredita que o processo de ensino jamais deve ser uma via de mão única, e sim uma troca de ideias entre professores e alunos a respeito do que está sendo ministrado e todas as complexidades em volta do aprendizado em si dentro de cada contexto, tornando o ensino algo democrático e dinâmico, jamais autoritário e engessado. (CHIARELLA *et al.*, 2015).

AS EXPERIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, SOB A LUZ DAS METODOLOGIAS ATIVAS

Como já citamos anteriormente, nossas primeiras abordagens aconteciam em uma escola em meio a comunidade quilombola, sempre tendo como público ouvintes de diversas idades e níveis de instrução. Como tínhamos uma barreira importante, que era a ausência de internet e ferramentas tecnológicas durante os encontros presenciais, automaticamente

precisávamos estabelecer um vínculo que fosse além do nos era proporcionado durante as palestras nos encontros pessoais, uma vez por mês.

Resolve-se criar uma página no Instagram, denominada como “@projetocultura”, que serviria como uma espécie de portfólio digital, onde seria registrado cada encontro e uma breve exposição sobre os diversos temas abordados. Obviamente nem todos que estariam presentes teriam acesso devido suas próprias limitações, no entanto, a comunidade possuía um grupo no aplicativo de mensagens WhatsApp com cerca de 210 membros, ao qual fomos inseridos e compartilhávamos publicações a respeito de temas do projeto e fotos dos encontros.

Ou seja, uma das premissas que cercam as metodologias ativas, surgem da necessidade de quebrar as limitações de aprendizagem, tornando esse processo em algo versátil e acessível aos diferentes públicos envolvidos. Quando nos deparamos com as limitações estruturais e até mesmo de participantes, já que nem todos podiam ir aos encontros, transformamos nossas mensagens presenciais, em postagens breves e convidativas dentro dos canais virtuais disponíveis na comunidade, assim aumentando o alcance das nossas ações (BERBEL, 2011).

Outra abordagem adotada, foram as produções de folders com um breve resumo de cada encontro. Sempre utilizando um princípio de não ser algo poluído de informações, mas apenas as principais que gostaríamos que fossem absorvidas durante aqueles encontros, sempre trazendo imagens ilustrativas relacionadas ao cabelo crespo e cacheado, ou ilustrando conceitos relacionados ao cuidado com a saúde capilar, aceitação da estética natural ou riscos no uso de químicos capilares.

Essa técnica foi escolhida na tentativa de levar nossa mensagem para além dos momentos de arguição que tínhamos com a comunidade, incentivando a leitura e fixação das ideias apresentadas durante os encontros ou após eles, possibilitando até mesmo o compartilhamento desses saberes com outros membros que moram com esse indivíduo. Pois durante uma oratória é comum que a atenção das pessoas se disperses por diversos fatores e acabe ficando pelo caminho informações importantes que seriam de grande valia se fossem bem absorvidas, dessa forma a possibilidade de levar um breve resumo do que foi ministrado, é oportuno no processo de aprendizagem possibilitando acesso ilimitado ao que foi dito (BRIGHENTI; BIAVATTI; SOUZA, 2015).

Um dos pilares da educação construtivista é a centralidade do aluno no seu processo de aprendizagem, com isso também buscamos desenvolver formas de participação do público-alvo em nossas ações educativas. Mesmo que nosso local de intervenção seja um quilombo, e que possuiu as limitações já citadas, entende-se que o tema abordado é de interesse comum a comunidade negra, exatamente por contribuir no movimento de fortalecer a cultura afro e suas raízes culturais.

Diante disso, sempre tivemos as redes sociais como um canal de divulgação de nossas ações e, portanto, estaremos sempre alimentando esse portfólio para alcançar

mais pessoas. Resolvemos então trazer esses indivíduos da própria comunidade para a visibilidade das redes sociais, através de vídeos curtos relatando sua opinião sobre os assuntos discutidos em grupo ou até mesmo relatando experiências próprias relacionadas ao tema do projeto. Foi uma forma de dar voz a essas pessoas, com suas histórias reais e opiniões próprias, transformando-as em não somente ouvintes, mas também geradores de opiniões e personagens atuantes do seu processo de aprendizagem.

Nossos encontros aconteciam sempre na comunidade soledade e em dias de reunião da associação de moradores, portanto contávamos com a presença de líderes locais assistindo e participando de nossas palestras. Em dado momento era interessante trazer essa liderança para participar das discussões, visto que a aproximação da comunidade com sua liderança trouxesse mais credibilidade e atenção para nossas atividades.

Então pudemos novamente trazer a contribuição de pessoas da própria comunidade em meio aos temas abordados, contando experiências próprias a respeito de representatividade, valorização da própria cultura e a importância de cuidados com a estética, trazer essa voz mais íntima da própria comunidade, como forma de agregar na transmissão de conhecimento, nos coloca em uma condição de igualdade no processo de aprendizagem, onde nós enquanto equipe educadora não é detentora absoluta da mensagem e sim apenas um pedaço do quebra cabeça nesse processo.

Agora de frente a um novo cenário, estamos atuando com um público novo que representa uma segunda vertente de público do projeto. Como dissemos no início desse tópico, buscamos também alcançar um grupo mais jovem para abordar nossas discussões devido sua alta exposição aos meios de comunicação e influenciadores digitais, já que nessa idade os gostos e opiniões estão ainda em amadurecimento.

Na escola municipal de ensino fundamental Prof.(a) Magnólia Hermínia Araújo atuamos, até então, com 6 turmas onde os alunos variam de 10 a 17 anos de idade, e que são moradores da própria zona urbana de Caxias, ou da comunidade quilombo soledade, ponto que foi decisivo na escolha da escola devido a possibilidade de contemplar mais um grupo residente da comunidade escolhida.

Nossa abordagem sofreu algumas reformulações, agora tínhamos um pouco mais de recursos, estávamos em um ambiente educacional e o público-alvo eram os alunos, tínhamos então a possibilidade de usar recursos visuais, rodas de conversas e outras formas de produzir aprendizagem de forma inclusiva e eficiente.

Uma das linhas de base que trabalhamos aqui foi o processo de educação sociocultural, que consiste na ideia desenvolvida pelo psicólogo Lev Vygotsky, onde entende-se que é necessário colocar os contextos políticos, econômicos, sociais e culturais no epicentro do processo de aprendizagem. Ou seja, ao abordarmos um assunto que se refere a questão étnico-racial devemos interligar um assunto de tamanha delicadeza e importância, a outras esferas da sociedade que estejam interligadas com tema. Fazendo com que nosso público compreenda as ideias propostas de modo não mecanizado e sim

proporcionando uma transmissão de ideias que se interligue aos vários extratos sociais que cercam aqueles indivíduos, de forma reflexiva e crítica (BORGES *et al.*, 2014).

Contribuindo com essa primeira estratégia, utilizamos também um método de aprendizagem conhecido como espiral construtivista. Cujo objetivo é partir de questões problematizadoras que gerem uma discussão em grupo e caminhe para uma análise ampla das complexidades envolta do ponto trabalhado, perpassando por várias etapas, como a síntese provisória, que seria uma interação entre os participantes expondo suas ideias primárias da realidade em torno de questionamentos previamente apresentados, e a nova síntese, que corresponde a uma nova rodada de exposição de ideias, mas agora ressaltando os aprendizados e mudanças de pensamento em relação ao que foi visto no início do exercício (ROSS *et al.*, 2020).

Partindo para a prática, nossos encontros com os alunos foram sempre pautados em uma dinâmica com recursos visuais, espaço de conversações e trocas de experiências. Uma vez que o público uma questão possui uma maior chance de ter dispersão de foco e conseqüentemente mais sujeito a não se conectar tanto com o modelo tradicional de exposição oral, tipo palestra.

Repetindo a estratégia aplicada nos primeiros encontros, ainda no quilombo, levamos a ideia do instaram para o conhecimento e aplicabilidade com os alunos, como já dito anteriormente, eles possuem um engajamento nas redes sociais bem maior que as pessoas de maior idade e, portanto, acabam se tornando um grupo potencialmente interessado em acessar nossos conteúdos, inclusive podendo ver as fotos dos encontros ao qual participaram.

Essa estratégia de portfólio digital foi tão positiva com esse grupo, que a divulgação da página para os alunos resultou em maiores acessos ao conteúdo publicado, crescimento no número de seguidores e interações, confirmando ainda mais a necessidade que aplicar as metodologias ativas como forma de alcançar públicos diferentes e com ferramentas diferentes em prol da disseminação de conhecimento mais efetivo, moderno e inclusivo.

Trabalhar com as crianças e adolescentes requer entender que, diferente dos adultos, eles possuem uma particularidade sobre participação e absorção de informações. Nos encontros percebemos que existiam alunos mais contidos e ouvintes, mas também tinham os participativos e curiosos, portanto, fazer essa análise das particularidades inseridas no público-alvo é importante para nortear suas estratégias didáticas.

O que de imediato foi decidido é que por mais prolixo que uma criança pudesse ser durante a discussão de um tema, ainda sim ela deveria ter seu poder de fala, ou seja, nossos encontros eram marcados de participação, esclarecimento de dúvidas e reformulação de ideias. Tudo graças ao jeito de educar que prioriza a voz do aluno, suas dificuldades, facilidades e anseios, esse método vem de um dos maiores especialistas em educação dos últimos anos, Paulo Freire (CHIARELLA *et al.*, 2015).

E assim como ele, achamos importante nos distanciarmos da ideia de educação

bancária, onde o aluno é visto como um depósito, um cofre, onde apenas o professor pode depositar informações. Assim como com os adultos do quilombo, as crianças mais do que nunca tinha sinal verde para participar do processo de compreender um tema delicado como intolerância racial, estética e cuidados com a saúde.

Ainda como forma de inclusão do aluno no processo de aprendizagem, aproveitamos a abordagem de valorização da estética negra do cabelo e realizamos um ensaio fotográfico com alguns alunos que toparam o desafio. O cenário foi a própria escola, mas os alunos participantes foram devidamente caracterizados com roupas e acessórios que lembrassem as vestimentas da cultura afro, tendo como resultado a publicação do conteúdo gerado em nossa página do projeto no Instagram.

Essa ação foi mais uma forma de envolver o grupo alvo no seu próprio processo de aprendizado, uma vez que houve um empenho em realçar o cabelo dos participantes, que eram crespos e cacheados, mostrando para eles e para os outros alunos que não era necessário renunciar à sua aparência natural para se enquadrar em padrões de beleza instalados por uma minoria dominante. A publicação das fotos em nossa rede social, foi uma vitrine para que um bom número de alunos pudesse apreciar a beleza de seus colegas e compreender um pouco mais a necessidade de valorizar a própria cultura e os cuidados necessários com a saúde do cabelo.

A experiência vem sendo exitosa, os ajustes feitos no modo como passamos nossas mensagens são de grande importância para a efetividade de nossos objetivos principais estabelecidos na elaboração do projeto. Com certeza não seria possível passar a mensagem de forma eficiente, através de métodos atrasados e pouco dinâmicos, as metodologias ativas vieram como importante ferramenta de inclusão, feedback, construção de saber e oportunidade de descoberta de ambas as partes.

REFERÊNCIAS

BRASIL Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 32, n. 1, p. 25–40, 20 nov. 2011.

BORGES, M. C. *et al.* Aprendizado baseado em problemas. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 47, n. 3, p. 301–307, 3 nov. 2014.

BRIGHENTI, J.; BIAVATTI, V. T.; SOUZA, T. R. DE. Metodologias de ensino-aprendizagem: uma abordagem sob a percepção dos alunos. **Revista Gestão Universitária na América Latina - GUAL**, p. 281–304, 18 nov. 2015.

CHIARELLA, T. *et al.* A Pedagogia de Paulo Freire e o Processo Ensino-Aprendizagem na Educação Médica The Pedagogy of Paulo Freire and Medical Education. v. 39, n. 3, p. 418–425, 2015.

HISTÓRIA, B.; CULTURA, S.; CRISTINA PACHECO SILVA, V. **8- Artigo - O DIA DA CONSCIÊNCIA NEGRA - Vanessa Cristina**. [s.l: s.n.].

ROSS, J. DE R. *et al.* Metodologias ativas em um curso de formação em saúde. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**, v. 3, n. 1, p. 154–161, 23 jun. 2020.

LOPES, Gertrudes Teixeira; BERNARDES, Margarida Maria Rocha; ACAUAN, Laura Vargas; FELIPE, Ingrid Cunha Ventura; CASANOVA, Edna Gurgel; LEMOS, Bruna Kelly de Jesus. O enfermeiro no ensino fundamental: desafios na prevenção ao consumo de álcool. **Escola Anna Nery**, vol. 11, no. 4, p. 712–716, Dec. 2007.

LOPES, Iraneide Etelvina; NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé; ROCHA, Dais Gonçalves. Axes of action of the School Health Program and Health Promotion: an integrative review. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 773-789, 2018.

SILVA, Juliana; FAGUNDES, Marlene; GONÇALVES, Carvalho; SÁ DE ANDRADE, Luciane; LEITE, Estela Maria; MONTEIRO, Meirelles; ANGÉLICA, Marta; SILVA, lossi. Promoção da saúde na educação básica: percepções dos alunos de licenciatura em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol. 39, no. 0, p. 2017–0237, 3 Sep. 2018.

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA: UM OLHAR SOBRE O ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Data de submissão: 24/04/2023

Data de aceite: 02/05/2023

Marcela Santana de Oliveira

Mestrado em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local da Escola
Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória (EMESCAM)
Vitória/Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/3550912861123211>
ORCID: 0009-0001-0441-9752

Luciana Carrupt Machado Sogame

Mestrado em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local da Escola
Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória (EMESCAM)
Vitória/Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/0690734942606200>
ORCID: 0000-0001-6913-5497

RESUMO: O envelhecimento que o Brasil vivencia hoje é consequência da mudança demográfica e portanto, faz-se necessário novos tratamentos e cuidados para a população idosa. O presente capítulo pretende fazer uma reflexão acerca do impacto da transição demográfica e do envelhecimento no Brasil, traçando um olhar específico para o estado do Espírito Santo. Os principais resultados com o estudo foram: O crescimento populacional do Brasil até 2025 será impulsionado pelo aumento da

população idosa, enquanto a população em idade ativa (entre 15 e 59 anos) começará a diminuir. Com relação ao Espírito Santo, na dependência de idade, o Estado se encontrou abaixo da previsão nacional em todo o ano que foi consultado. De acordo com o plano estadual de saúde do Espírito Santo a população idosa em 2010 era de 44,9 idosos para cada 100 jovens com menos de 15 anos e em 2019, esta relação passa para 66,5 idosos para cada 100 jovens, revelando-se um estágio avançado de transição demográfica no estado. O processo de envelhecimento populacional nacional é uma questão concreta e acelerada pois ao longo dos últimos 43 anos, o envelhecimento aumentou mais de 15%. Já no Espírito Santo, nesse mesmo período, o crescimento foi de 35%. Nesta perspectiva, percebe-se que a questão do envelhecimento, enquanto fenômeno real, incontestável e galopante, assume grande significado no Brasil e no estado do Espírito Santo. Assim, convém garantir a implantação das políticas públicas voltadas aos idosos onde sua principal proposta é assegurar os direitos sociais, promover a independência, e um envelhecimento ativo e saudável para a população idosa.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento.

POPULATION AGING, SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH AND DEMOGRAPHIC TRANSITION

ABSTRACT: The aging that Brazil is experiencing today is a consequence of demographic change and therefore, new treatments and care for the elderly population are needed. This chapter intends to reflect on the impact of the demographic transition and aging in Brazil, drawing a specific look at the state of Espírito Santo. The main results of the study were: Brazil's population growth until 2025 will be driven by the increase in the elderly population, while the working-age population (between 15 and 59 years) will begin to decline. With regard to Espírito Santo, depending on age, the State was below the national forecast throughout the year that was consulted. According to the state health plan of Espírito Santo, the elderly population in 2010 was 44.9 elderly people for every 100 young people under 15 years old and in 2019, this ratio increases to 66.5 elderly people for every 100 young people, revealing that if an advanced stage of demographic transition in the state. The process of national population aging is a concrete and accelerated issue because over the last 43 years, aging has increased by more than 15%. In Espírito Santo, in the same period, growth was 35%. In this perspective, it is clear that the issue of aging, as a real, undeniable and rampant phenomenon, assumes great significance in Brazil and in the state of Espírito Santo. Thus, it is convenient to ensure the implementation of public policies aimed at the elderly, where its main proposal is to ensure social rights, promote independence, and active and healthy aging for the elderly population.

KEYWORDS: Aging. Demographic transition. Public Health Policies. State Health Plan of Espírito Santo.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional ocorre de forma globalizada e se constitui de um fenômeno sem precedentes na história da humanidade (OMS, 2008). À medida que as sociedades envelhecem, novos problemas de saúde surgem, desafiando os sistemas de saúde público e privado dos países (BARBOSA; CONCONE, 2016).

Diante do crescente envelhecimento populacional brasileiro, e respeitando os direitos previstos na Constituição, novos marcos legais foram conquistados nas últimas décadas no que tange ao resguardo dos direitos da população idosa. Em 1994 tem-se a promulgação da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e, quase uma década depois, em 2003, foi promulgado e sancionado o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741), que amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa (BRASIL, 2003). Dentre outros direitos, essa Lei assegura a atenção integral à saúde do idoso em todos os níveis de atenção, por mediação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010).

Dessa forma, o presente capítulo pretende fazer uma reflexão acerca do impacto da

transição demográfica e do envelhecimento, traçando um olhar específico para o estado do Espírito Santo. Para tanto foi feita uma revisão de literatura considerando textos publicados entre 2007 a 2022, em português e inglês com as palavras chave: envelhecimento, transição demográfica, políticas públicas de saúde e plano estadual de saúde do Espírito Santo. Foi realizada uma consulta no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹ e Demografia da Universidade Federal da Espirito Santo (DEMOGRAFIA UFES)² para produzir informações referentes a transição demográfica do Brasil e do Estado do Espírito Santo.

2 | O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA EM ÂMBITO NACIONAL

Em conceito, primeiramente, estabelece-se a definição de envelhecimento. Segundo Norberto (2016), este é um processo gradual e adaptativo, caracterizado por diminuição relativa da resposta homeostática (equilíbrio que permite ao organismo manter o funcionamento), devido às inúmeras alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas causadas pelo meio. Assim, tal como afirmam Grey e Rae (2018), pode-se assumir o envelhecimento como um processo diretamente proporcional aos recursos existentes no meio em que o homem se organiza. Recursos estes que são chamados de determinantes sociais de saúde (DSSs).

Os DSSs têm grande impacto na saúde, bem-estar e qualidade de vida das pessoas (BUSS; PELLIGRINI FILHO, 2007). Em suma, na concepção de Norberto (2016), são fatores socioestruturais, de nível político e organizacional, que impactam na qualidade de vida direta do homem e tendem a ser menores em países subdesenvolvidos como o Brasil.

Os DSSs contribuem para amplas disparidades e desigualdades na saúde e também aumentam os riscos de doenças sistêmicas e/ou pandêmicos e o modo como a sociedade administra e mitiga riscos associados com o seu desenvolvimento (FIGUEIRÊDO, 2019). Ao longo da história do Brasil, por exemplo, estes contribuíram para a formação e evolução da transição demográfica, que é observada, desde os séculos XIX e XX.

A transição demográfica é definida como o movimento da população de altos aos baixos níveis de mortalidade e fecundidade que estão associados ao advento do desenvolvimento tecnológico e com a modernização. Para Thompson (1929 apud CAVALCANTI *et al.*, 2018), a passagem demográfica ocorre em 4 estágios: 1º estágio pré-industrial, quando a fecundidade e a mortalidade são altas (de baixo crescimento populacional); 2º estágio de industrialização ou de urbanização, quando a mortalidade é reduzida e a fecundidade permanece constante (crescimento populacional rápido); 3º maturidade industrial, quando a fecundidade é reduzida e a mortalidade é baixa; e 4º estágio pós-industrial, quando

1 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Tabela 7360 - Indicadores implícitos na projeção da população**. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/7360>. Acesso em: 22 jun. 2022.

2 DEMOGRAFIA UFES. Dados demográficos dos municípios do estado do ES. Disponível em: <https://blog.ufes.br/demografia/dados-demograficos-dos-municipios-do-estado-do-es/>. Acesso em: 15 ago. 2022.

fecundidade e mortalidade são baixas (baixo crescimento populacional).

Todavia, pode-se resumir a transição demográfica brasileira em três períodos básicos. Na primeira, que se estende de meados do século XIX, quando as primeiras constituições se formaram, até os anos de 1930, onde a população brasileira apresentava altas taxas de mortalidade e fecundidade e com as suas taxas de crescimento populacional moderadas, principalmente devido ao aumento da migração internacional (BARRETO, 2017).

O segundo período da história da população brasileira se acelerou a partir de 1950, quando taxas de mortalidade e migração internacional caíram acentuadamente. No entanto, a redução na taxa de mortalidade não foi uniforme em todo país, pois em algumas cidades do Brasil, como São Paulo, o seu declínio ocorreu desde o início do século XX (BOFF; GREGORY, 2019). Assim, a queda das taxas de mortalidade das faixas etárias aliada às altas taxas de fecundidade nas décadas de 1950 e 1960 fizeram com que o crescimento da população brasileira atingisse seu pico com taxas de crescimento de 3%/ano em média (BARRETO, 2017).

Nesse caso, o segundo período da história da população brasileira se enquadra na segunda fase da transição demográfica, estendendo-se até o final da década de 1960, quando níveis de fecundidade começaram a declinar, compensando a redução relativa da mortalidade e, assim, impedindo que as taxas de crescimento populacional continuassem a diminuir (BARRETO, 2017).

O terceiro período da história demográfica da população brasileira se estendeu por todos os territórios durante o final da década de 1960, caracterizado por uma rápida redução do crescimento populacional. Da taxa de quase 3% ao ano observada entre 1950 e 1970, o crescimento da população brasileira diminuiu para aproximadamente 1,3% ao ano após a data de 1990. Portanto, as principais variáveis responsáveis pela transição demográfica, taxas de fecundidade e mortalidade, mostram que a população brasileira já atingiu o seu terceiro estágio de transição demográfica, em face dos determinantes sociais elencados (BARRETO, 2017; IBGE, 2022).

A Tabela 1 apresenta detalhes mais evidentes de transição demográfica e projeções para alguns indicadores de estrutura etária, fecundidade e mortalidade no período de 1960 a 2060. Os dados estatísticos foram retirados diretamente do IBGE (2022).

Indicadores	1960	1980	2000	2020	2040	2060
População	70.070	119.002	169.799	211.755	231.919	228.286
Idade mediana	18	20	25	33	41	46
Envelhecimento (%) ³	11	16	29	47	104	173
Dependência (Idade) ⁴	90	79	62	44	52	67
Fecundidade Total (n ^o) ⁵	6	4	2	2	2	2
Natalidade Bruta ⁶	44	32	21	14	17	9
Mortalidade Bruta ⁷	1	9	7	7	9	12
Mortalidade infantil ⁸	124	83	27	12	8	7
Expectativa de vida (ao nascimento)	52	63	70	77	80	81
Crescimento Anual	3	2	1	1	0,5	-0,1

Tabela 1- Dados gerais de transição demográfica no Brasil entre os anos de 1960 à 2060

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados retirados do IBGE (2022).

Observa-se, na Tabela 1, que, ao longo dos últimos 43 anos, houve uma redução na mortalidade infantil enquanto o envelhecimento subiu acentuadamente. Nesse campo, o fenômeno de transição pode ser compreendido a partir de três fenômenos: o primeiro é a redução do peso relativo da população jovem; o segundo é o aumento do grau de envelhecimento populacional, isto é, toda a proporção de pessoas com 60 anos ou mais; e o último é o crescimento da população em idade ativa (FIGUEIRÊDO, 2019).

Essas diferenças fazem com que a pirâmide etária brasileira inicie processo gradual de envelhecimento (ALVES, 2020). Para Santos, Turra e Noronha (2018), tal processo é denominado Transição Estrutural de Idade (AST), que resulta em mudanças no tamanho de várias faixas etárias e modifica o peso proporcional dessas faixas etárias da população.

Nesse sentido, Ottoni (2020) e Araújo Neto (2019) observam que a pirâmide etária no Brasil, em 1970, tinha uma base muito larga e um topo muito estreito, em contrapartida em 2020 a ponta da pirâmide apresenta-se mais larga, com redução da base (Figura 1). Para as projeções futuras tende-se à apresentação de uma largura geometricamente desproporcional da linha do topo com as demais faixas de idade da pirâmide. As diferenças da pirâmide etária do Brasil são observadas na Figura 1, a seguir, através de consulta no IBGE (2022).

3 Dados relacionados a % do envelhecimento elencam o número de pessoas com 60 anos ou mais, para cada 100 pessoas com menos de 15 anos (IBGE, 2022).

4 Proporção da população total em idade potencialmente inativa (menos de 15 e mais de 60 anos) em relação à população em idade potencialmente ativa (15-59 anos) de dependentes mais velhos (pessoas com mais de 64 anos) para a população em idade ativa (aqueles com idades entre 15-64) (IBGE, 2022).

5 Número médio de filhos que nasceriam por mulher se todas as mulheres vivessem até o final de seus anos férteis e tivessem filhos de acordo com uma determinada taxa de fecundidade em cada idade (IBGE, 2022).

6 O número de nascidos vivos por mil habitantes (IBGE, 2022).

7 Apresenta o número de óbitos por mil habitantes (IBGE, 2022).

8 Morte de bebês e crianças menores de cinco anos ou entre a idade de um mês a quatro anos por mil habitantes (IBGE, 2022).

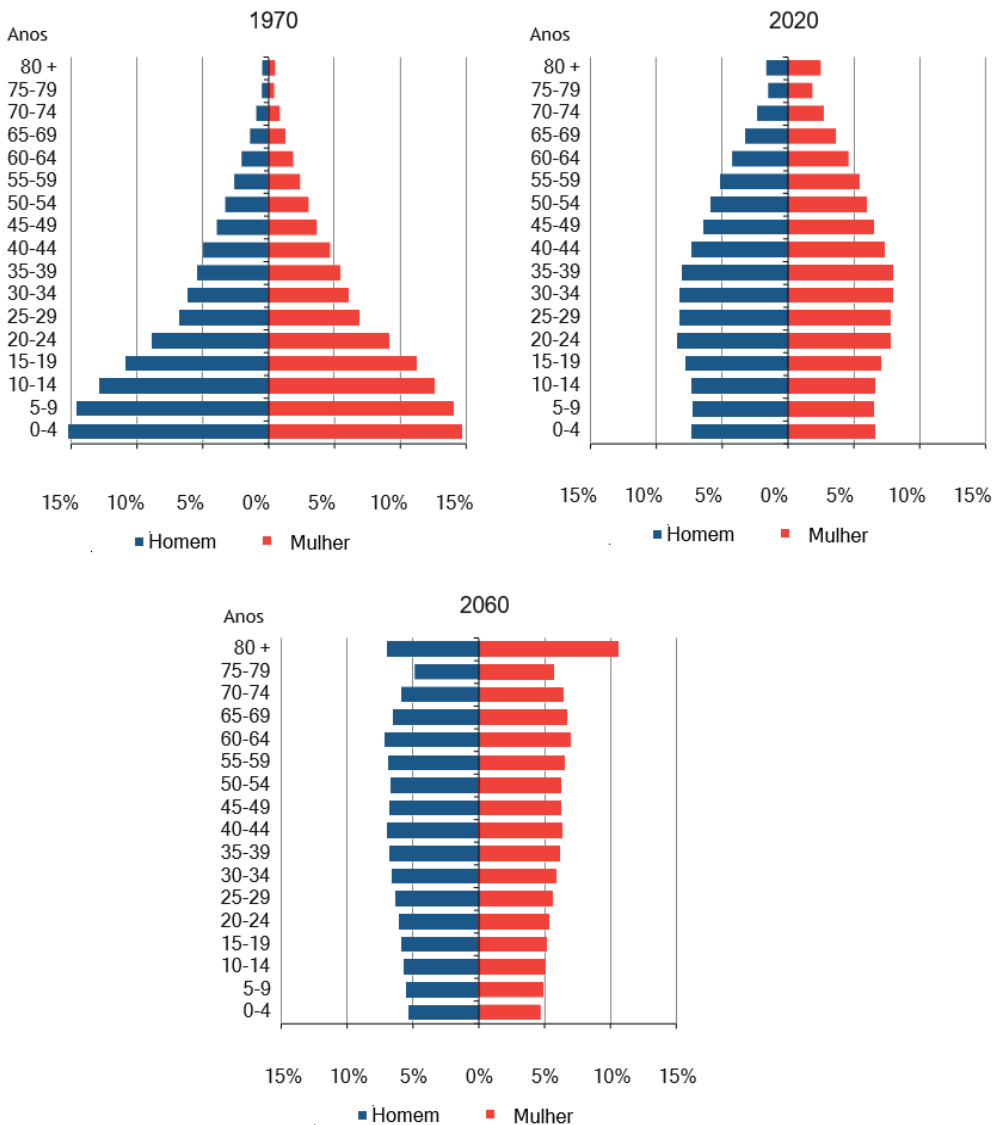


Figura 1 - Evolução da Pirâmide de Faixa Etária (Brasil)

Fonte: IBGE (2022).

Como pode ser observado na Figura 1, em 1970, a pirâmide etária brasileira ainda tinha o formato de pirâmide, onde os grupos acima de 50 anos tinham menos membros que menores de 50 anos, embora a base da pirâmide tivesse sido reduzida em termos percentuais. Entretanto, com a queda das taxas de fecundidade e mortalidade, em face de políticas de desenvolvimento, a pirâmide etária, em 2020, apresentava três faixas etárias mais jovens, com percentuais inferiores ao grupo de 15 a 19 anos, conforme dados do IBGE (2022).

O crescimento populacional do Brasil até 2025 será impulsionado pelo aumento da população idosa, enquanto a população em idade ativa (entre 15 e 59 anos) começará a diminuir. Um indicador interessante que emerge desta afirmação é a divisão de dependência total, que relaciona a população total em idade potencialmente inativa (menores de 15 e mais de 60 anos) e a população em idade chamada de potencialmente ativa (15-59 anos) (DAMACENO; CHIRELLI, 2019).

No entanto, a distribuição dos idosos em território nacional não é homogênea, devido ao comportamento não linear da taxa de fecundidade e mortalidade, migração, aspectos socioeconômicos e políticos de cada região, como afirmado anteriormente. Para o IBGE (2019), a maior parte da população com 60 anos ou mais se concentra nas regiões Sudeste (46,4%) e Nordeste (25,5%), seguidas pela região Sul (15,5%).

Para Reis, Barbosa e Pimentel (2017), a maior concentração de idosos na região Sudeste pode ser explicada pela atratividade de suas regiões metropolitanas, que têm experimentado um crescimento econômico significativo, principalmente devido ao desenvolvimento do setor industrial-comercial. No entanto, como explicam os autores, a concentração de população idosa dentro da região Nordeste resulta da emigração da população jovem para regiões mais desenvolvidas. Quanto ao cenário de idosos no Centro-oeste, o IBGE (2019) afirma que o baixo percentual se deve aos altos níveis de fecundidade de outras décadas, embora nos últimos anos a população dessas regiões venha envelhecendo com maior proporção. A Tabela 2, apresentada a seguir, as diferenças entre a população idosa no Brasil, considerando gênero, localização e etnia.

Regiões Brasileiras	Gênero		Localização		Etnia		
	Masculino	Feminino	Urbana	Rural	Branca	Preto	Outros
Brasil	44	56	85	14	51	10	39
Norte	47	53	76	24	22	13	64
Nordeste	44	56	72	27	29	12	58
Sudeste	43	56	93	6	58	9	32
Sul	45	55	84	16	80	4	15
Centro-Oeste	46	54	90	10	41	10	48

Tabela 2 - Distribuição das pessoas com 60 anos ou mais por sexo, situação familiar e raça, por grandes regiões Brasil – 2018

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados retirados do IBGE (2019).

De acordo com a Tabela 2, na razão de gênero, o número de mulheres é maior que o de homens nesse segmento. Em 1980, as mulheres representavam 52,7% da população idosa, passando para 55,85% em 2018 (IBGE, 2019). Ao analisar as diferenças regionais, a distribuição por gênero dos idosos é mais acentuada na região Sudeste, seguida por Nordeste e Sul, Centro-Oeste e, por fim, a região Norte, conforme se observou na Tabela

2. Essa disparidade pode ser explicada por diferenças globais na expectativa de vida entre os gêneros; embora essas diferenças sejam maiores no Brasil, uma vez que, em média, as mulheres vivem oito anos a mais que os homens (IBGE, 2019).

De modo geral, a diferença na expectativa de vida no Brasil pode ser explicada pela razão entre mortalidade masculina e feminina. Esse índice demonstra quão alta a mortalidade masculina no Brasil é, se comparada à mortalidade feminina em todas as faixas etárias (NORBERTO, 2016; ISTOE; CRESPO; MANHÃES, 2018).

A distribuição urbano-rural da população idosa também está relacionada à constante e contínua urbanização da população brasileira. Conforme a tabela 2, a proporção de pessoas idosas residentes na zona rural diminuiu de 23% em 1990 para 16% em 2010. A urbanização da população idosa seguiu a tendência da população total, que ficou em torno de 86% em 2018 (IBGE, 2019).

De acordo com a tabela 2 quanto a raça a distribuição mostra que a grande maioria da população idosa se identificou como branca (51%), seguida por outros (39%) e negra (10%). Essa proporção muda em partes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, que apresentam maior percentual de idosos que informaram como Outros (64%, 58% e 48%, respectivamente). Já na região Sul, a grande maioria da população idosa se identifica como branca (80,3%) (IBGE, 2019). Ao olhar para a situação dos idosos nos agregados familiares, 50% eram chefes de família em 2018 (Tabela 2).

Os cônjuges idosos representavam cerca de 18,6% em 2018, o que significa que a grande maioria (68,9%) desta população ocupa um papel de destaque no modelo organizacional das famílias brasileiras (Tabela 2). Entre os domicílios unipessoais, 15% eram de homens idosos contra 23% de mulheres idosas em 2018 (IBGE, 2019). Segundo Cavalcanti *et al.* (2018), uma explicação para esse fenômeno é que o número de mulheres idosas em uma população determina o crescimento de famílias monoparentais e de famílias monoparentais lideradas por mulheres.

Findando esta análise federal, fazem-se mais duas análises relacionadas com a dimensão educacional e financeira dos idosos. Pelos dados do IBGE (2019), apesar do seu aumento quanto a alfabetização nos últimos anos, a baixa escolaridade média dessa população é reflexo do acesso desigual ao ensino entre determinados grupos sociais desde a década de 1930 até, pelo menos, a década de 1950. Utilizando como definição de analfabetos funcionais àquelas pessoas com menos de quatro anos de estudo, o IBGE (2019) mostra que aproximadamente 43,9% da população idosa, como um todo, não havia obtido sequer esse nível mínimo de escolaridade até 2015.

No caso das regiões Nordeste e Norte, esse percentual é ainda maior, cerca de 56% e 51%, respectivamente. Já nas regiões Sudeste e Sul, o analfabetismo funcional atinge cerca de 33% e 34% dos idosos, respectivamente (IBGE, 2016). Todavia, houve melhora significativa no número de idosos alfabetizados no Brasil, que representava 45% em 1991, ante 23,3% em 2015, indicando maior acesso à educação devido às melhorias, nesta área,

que ocorreram a partir década de 1950 (IBGE, 2016).

Com relação à análise financeira pode-se afirmar que a renda média dos idosos indica a capacidade de aquisição de bens e serviços desse segmento da população. Considerando que o salário mínimo é baseado nas necessidades básicas dos indivíduos, pode-se considerar tal variável como indicador de bem-estar e de pobreza. Nesse caso, não houve melhora nas últimas décadas: enquanto em 1991 mais da metade dos idosos (52,1%) tinha renda inferior a um salário mínimo, em 2018 essa proporção se manteve consistente, em torno de 51,1% (IBGE, 2019). Todavia, diferenças regionais são observadas com a maioria dos idosos das regiões Nordeste (53,2%) e Norte (51,1%), apresentando renda de até um salário mínimo, conforme os dados do IBGE (2019).

Enquanto a renda do trabalho geralmente é responsável pela maior parte da renda familiar, para os idosos a renda do trabalho não é a maior parcela da renda. Em 2018, cerca de 68,6% da renda era proveniente de aposentadoria e/ou pensão, 27,7% do trabalho e 3,7% de outras fontes (IBGE, 2019). Essa diferença é ainda maior no Nordeste e Sul, onde a renda proveniente de aposentadoria ou pensão atingiu 74,5% e 70,4%, respectivamente, o que implica nas diferenças demográficas já apresentadas (IBGE, 2019).

3 | O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Ao se considerar as informações obtidas por meio da análise dos dados do IBGE (2020) e do Programa de Extensão Demografia UFES (2022) referente ao Espírito Santo, verifica-se que existem algumas mudanças significativas ao se comparar o cenário nacional e do estado. A Tabela 3 apresenta as informações que estão relacionados com o Espírito Santo.

Indicadores	1960	1980	2000	2020	2040	2060
População	1.188	2.023	3.097	4.514	4.739	4.927
Idade mediana	18	20	27	33	41	46
Envelhecimento (%)	15	35	28	45	103	166
Dependência (Idade)	79	56	13	16	26	42
Natalidade Bruta	43	31	19	15	11	9
Mortalidade Bruta	21	10	7	6	8	11
Mortalidade infantil	96	57	20	6	5	5
Expectativa de vida (ao nascimento)	49	61	70	75	79	80
Crescimento Anual	4	2	1	1	1	0

Tabela 3 - Dados gerais de transição demográfica no Espírito Santo, no período de 1960 a 2060

Fonte: Dados Adaptados do Censo Demográfico e IBGE (1960-2022) e do Programa de Extensão Demografia UFES (2022).

Ao se comparar as informações entre as tabelas 1 e 3 verifica-se que existem diferenças importantes na dependência de idade. Assim, sua mortalidade infantil apresenta indicadores inferiores ao verificado a nível federal, isso afeta a transição demográfica no sentido de que a redução da mortalidade infantil é o fator preponderante para elevar a expectativa de vida.

Já no campo da expectativa de vida, os dados estão próximos, tal como a evolução do índice de desenvolvimento no mesmo período. Isto se reflete na configuração da pirâmide do Estado, que é bastante próxima da visão de gráfico do ente federativo, como visto na Figura 2.

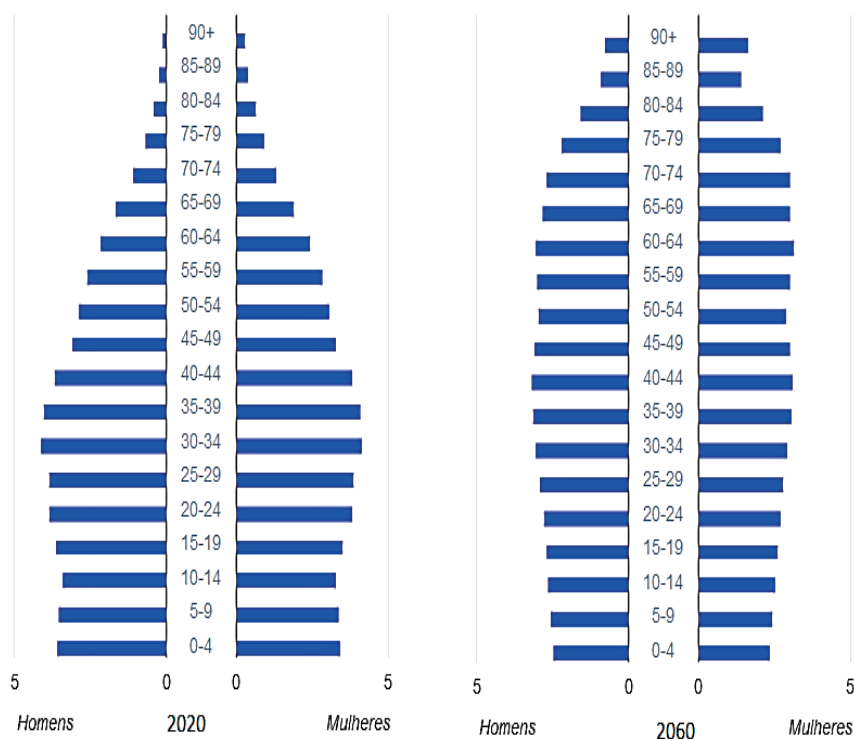


Figura 2 - Evolução da Pirâmide de Faixa Etária (Espírito Santo)

Fonte: IBGE (2022).

Como se pode observar, tal como a população brasileira, considerando-se todos os indivíduos residentes no país, a pirâmide etária do Estado do Espírito Santo, ao longo dos próximos anos, tende a cada vez mais ampliar o seu topo e reduzir a sua base, confrontando os indicadores de nascimento, mortalidade e idade ativa na sociedade.

Nesse sentido, em função desses indicadores previstos para os próximos anos, informações contidas no plano estadual de saúde do Espírito Santo apontam que o

processo de transição demográfica no estado está em um estágio avançado, pois o índice de envelhecimento da população idosa em 2010 era de 44,9 idosos para cada 100 jovens com menos de 15 anos e em 2019, esta relação passa para 66,5 idosos para cada 100 jovens. A expectativa de vida do capixaba aumentou em 11 anos entre 1990 e 2018, passou de 67,8 para 78,8 anos e no ano de 2018 o estado apresentou a segunda maior expectativa de vida do país (ESPÍRITO SANTO, 2019).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desse estudo conclui-se que o processo de envelhecimento populacional nacional é uma questão concreta e acelerada, vinculada a questão demográfica. Pois convém destacar que conforme informações do IBGE ao longo dos últimos 43 anos, o envelhecimento aumentou mais de 15%. Já no Espírito Santo, nesse mesmo período, o crescimento foi de 34,9%.

E de acordo com informações do plano estadual de saúde do Espírito Santo o índice de envelhecimento revela um estágio avançado de transição demográfica para o estado. Em função disto o Espírito Santo propôs em seu plano de saúde as principais propostas: a) Organizar a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde e seus arranjos locais, considerando os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença; b) Incorporar e desenvolver novas tecnologias e práticas de provimento e formação profissional, de inovação em ambientes produtivos em saúde e pesquisa aplicada ao SUS; c) Implementar a Política Estadual de Regulação, Controle e Avaliação do SUS-ES, propiciando processos inovadores, sistêmicos e contínuos; d) Promover o fortalecimento da cidadania, da democracia participativa e do controle social do SUS-ES.

Nesta perspectiva, percebe-se que a questão do envelhecimento, enquanto fenômeno real, incontestável e galopante, assume grande significado no Brasil e estado do Espírito Santo, causando grandes impactos não apenas nos dados estatísticos, mas também ao pensar no cuidado da população idosa para garantir um envelhecimento digno e com autonomia.

Assim, convém ressaltar as políticas públicas voltadas aos idosos onde sua principal proposta é assegurar os direitos sociais do idoso, promover a independência, e um envelhecimento ativo e saudável, contribuindo para que os sujeitos envelheçam com mais integridade e alcancem idades cada vez mais avançadas.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. E. D. Bônus demográfico no Brasil: do nascimento tardio à morte precoce pela Covid-19. **R. bras. Est. Pop.**, v. 37, e0120, p. 1-18, 2020.

ARAÚJO NETO, L. A. Muito além da transição epidemiológica: doenças crônicas no século XX. **Hist Ciênc, Saúde-Manguinhos**, v. 26, n. 1, p.15-17. 2019.

BARBOSA, A. P.; CONCONE, M. H. V. B. Uma proposta de paradigma: capacidade funcional e qualidade de vida de idosos. In: FONSECA, S. C. (Org.). **O Envelhecimento Ativo e seus Fundamentos**, 113-125. São Paulo, SP: Portal Edições. 2016.

BARRETO, M. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2097, 2017.

BOFF, E. GREGORY, T. Avaliação em idosos matriculados em um programa universitário para idosos. **Revista Ouricur**, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 27-41, 2019.

BRASIL. **Lei nº 8842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/civil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 21 mai. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.471, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. **Anais da 2ª CNDPI - Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa - Avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa Dos Direitos Da Pessoa Idosa**: avanços e desafios. 2010.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAVALCANTI, A. D. *et al.* O envelhecimento ativo e sua interface com os determinantes sociais da saúde. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 15-23, 2018.

DAMACENO, M. J. C. F.; CHIRELLI, M. Q. Implementação da Saúde do Idoso na Estratégia Saúde da Família: visão dos profissionais e gestores. **Cien. Saúde Colet.**, v. 24, n. 5, p. 1637-46, 2019.

DEMOGRAFIA UFES. **Dados demográficos dos municípios do estado do ES**. Disponível em: <https://blog.ufes.br/demografia/dados-demograficos-dos-municipios-do-estado-do-es/>. Acesso em: 15 ago. 2022.

ESPÍRITO SANTO (estado). **Resolução Nº. 1.138, de 29 de novembro de 2019**. Aprovado o Plano Estadual de Saúde pelo Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo – CES/ES. Vitória: Governo do Estado do Espírito Santo, 2019.

FIGUEIRÊDO, D. S. T. O. **Fatores individuais e contextuais associados à incapacidade em idosos brasileiros**. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais, 2019**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 22 jun. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais, 2016**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 22 jun. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Tabela 7360 - Indicadores implícitos na projeção da população**. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/7360>. Acesso em: 22 jun. 2022.

ISTOE, C. C.; CRESPO, G. S.; MANHÃES, F. C. Os avanços científicos na saúde e suas repercussões na longevidade da população idosa. In: ISTOE, R. S. C.; MANHÃES, F. C.; SOUZA, C. H. M. de. (Orgs.). **Envelhecimento Humano em Processo**. Rio de Janeiro: Brasil Multicultural, 2018. p. 32-34.

GREY, A.; RAE, M. **O fim do envelhecimento**: Os avanços que poderiam reverter o envelhecimento humano durante nossa vida. São Paulo: NTZ, 2018. p. 25-26.

NORBERTO, A. Z. F. *et al.* **Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento** – do conhecimento básico à abordagem clínica. São Paulo: Editora e eventos OmniFarma, 2016. p. 18-20.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Saúde 2008** – Cuidados de Saúde Primários. 2008.

OTTONI, M. A. **Envelhecimento populacional e morbidade de idosos no Brasil**: uma avaliação do impacto de indicadores socioeconômicos à luz das peculiaridades regionais. 2020. 206 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Social) – Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais, 2020.

REIS, C.; BARBOSA, L. M. de L. H.; PIMENTEL, V. P. O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde. **BNDES Setorial**, n. 44, p. 87-124, 2017.

SANTOS, S. L.; TURRA, C.; NORONHA, K. Envelhecimento populacional e gastos com saúde: uma análise das transferências intergeracionais e intrageracionais na saúde suplementar brasileira. **Revista Brasileira de Estudos de População**, [S.l.], v. 35, n. 2, p.1-30, 2018.

OS DESAFIOS ENCONTRADOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NOS DIAS ATUAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 02/05/2023

Cristina da Silva Barbosa Rodrigues

Discente do Programa de pós-graduação Stricto sensu em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Beatriz Pralon Nascimento Casthologe Coutinho

Graduanda de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM.

Fabiana Rosa Neves Smiderle

Orientadora - Programa de pós-graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM.

RESUMO: **Introdução:** Educação Permanente em saúde, é um dispositivo capaz de promover profundas transformações, definida como uma proposta de aprendizagem no trabalho. A política nacional de educação em permanente em saúde (PNEPS) implantada em 2004 pela portaria 198/04, pelo ministério da saúde. **Objetivo:** Analisar quais os desafios encontrados para a elaboração

da Política Nacional de Educação Permanente no serviço de saúde. **Método:** A revisão integrativa é uma metodologia de pesquisa que busca integrar resultados de diferentes estudos em um único trabalho, a fim de esclarecer questões de saúde em um nível mais abrangente. O objetivo dessa abordagem é fornecer uma síntese completa e atualizada da literatura em um determinado interesse. **Resultado:** A partir dos artigos selecionados é possível notar a importância da educação permanente em saúde, sendo uma ferramenta que possibilita uma reflexão crítica voltada para as problematizações das práticas em saúde, onde vários resultados dos estudos supracitados apontam compreensões distintas em relação à concepção de EPS. **Conclusão:** O trabalho, que teve como objetivo explorar as barreiras encontradas no processo da implementação da política no cotidiano dos serviços de saúde, concluiu que há diversos desafios que afetam a realização efetiva da política.

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento Regional em Saúde. Educação Permanente. Política de Educação em Saúde.

1 | INTRODUÇÃO

A Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 (M.S. 2004), instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores. Ela traz como proposta a articulação das necessidades de desenvolver a educação dos trabalhadores em consonância com a capacidade resolutive dos serviços de saúde e o cuidado integral à saúde da população. Em 2007, nova portaria é publicada: a Portaria GM/MS nº 1.996/2007 (BRASIL, 2006).

Ambas propõem que os processos de qualificação dos trabalhadores tomem como referência as necessidades e a realidade local de saúde, que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e a própria organização do trabalho e que sejam, sobretudo, estruturadas a partir da problematização dos processos de trabalho de saúde. Valorizam o papel da equipe multidisciplinar e o caráter social da ação educativa realizada nos processos de trabalho coletivo, sem negar a importância da formação técnica específica (FIOCRUZ, 2006).

A inserção desse conceito no campo da saúde no Brasil ocorreu por meio do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), na década de 1980, e teve como foco a construção de um novo referencial pedagógico que possibilitasse o maior envolvimento do trabalhador no processo produtivo da saúde, orientado para melhoria da qualidade (LEMONS, 2016).

O SUS possui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que tem como um dos objetivos qualificar a atenção e gestão na saúde individual e coletiva, estabelecendo negociações interinstitucionais e intersetoriais e articulando práticas de saúde e educação no SUS. Uma década após a implantação da política foram identificadas descontinuidades, mudanças de enfoque e questões de financiamento. Tais aspectos parecem dificultar a sua implantação (PINTO, 2014).

A partir disso, o trabalho tem como objetivo analisar quais os desafios encontrados para a elaboração da Política Nacional de Educação Permanente no serviço de saúde.

2 | MÉTODO

2.1 Tipo de estudo

A revisão integrativa é uma metodologia de pesquisa que busca integrar resultados de diferentes estudos em um único trabalho, a fim de esclarecer questões de saúde em um nível mais abrangente. O objetivo dessa abordagem é fornecer uma síntese completa e atualizada da literatura em um determinado interesse. São realizadas buscas em diferentes fontes de dados, seguindo critérios pré-estabelecidos de inclusão e exclusão de estudos. Em seguida, os resultados são sintetizados e interpretados de maneira sistemática e

rigorosa, utilizando ferramentas de análises qualitativas. A revisão integrativa é uma importante ferramenta para a promoção da prática baseada em evidências e para a tomada de decisão em saúde (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

2.2 Estratégias de pesquisa

As bases de dados escolhidas foram National Library of Medicine (PubMed) e Biblioteca Eletrônica Científica Online (Scielo). A coleta de dados foi feita em 2023, durante os meses de fevereiro, março e abril. Para a estratégia de busca, foi utilizada a combinação dos descritores em português (Planejamento Regional em Saúde OR Educação Permanente AND Política de Educação em Saúde) ou inglês (Regional Health Planning OR Education Continuing AND Política de Salud). As estratégias de busca segundo cada base de dados foram apresentadas no Quadro 1 abaixo.

Base de Dados	Estratégia de busca	Número de trabalhos encontrados
PubMed	“Planejamento Regional em Saúde” OR “Educação Permanente” AND “Política de Educação em Saúde”	5
Scielo	“Planejamento Regional em Saúde” OR “Educação Permanente” AND “Política de Educação em Saúde”	133

Quadro 1. Número de artigos encontrados segundo estratégia de busca utilizada e bases de dados.

Fonte: Organizado pela autora (2023).

2.3 Extração dos dados

Foram aplicados os seguintes filtros: Português e Inglês; últimos 5 anos; além da seleção de Assuntos principais, onde a partir disto resultou em uma diminuição na quantidade de artigos em cada base de dados. Após essa aplicação de filtros, na base de dados National Library of Medicine (PubMed), resultou em 5 artigos totais, e na base de dados Biblioteca Eletrônica Científica Online (Scielo) resultou em 39 artigos totais.

Foram selecionados artigos através da leitura dos títulos e resumos e, posteriormente, foram avaliados na íntegra, com objetivo de selecionar o material final para compor o estudo. A partir disso foram selecionados um total de 18 artigos, sendo destes, 3 da PubMed e 15 da Scielo.

3 | RESULTADOS

Nesta etapa do estudo, é demonstrado os resultados obtidos por meio da coleta de dados descrita na seção acima, a fim de concretizar a revisão integrativa. Segue abaixo, o fluxograma dos processos da coleta de dados.

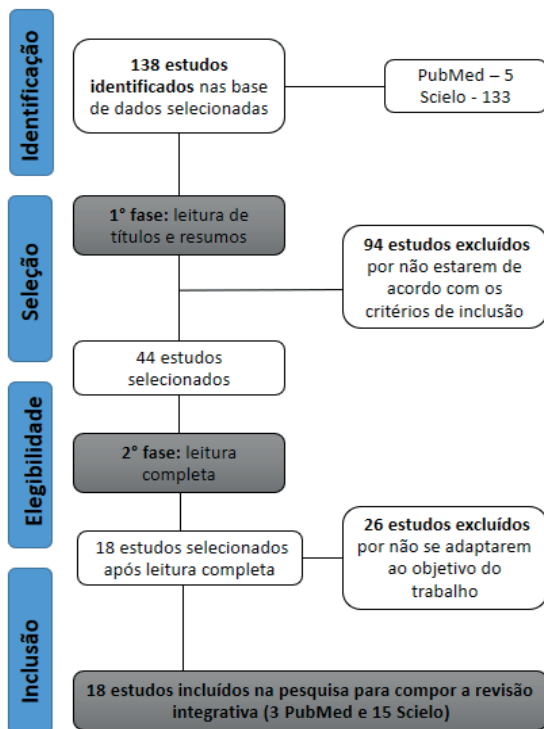


Imagem 1. Fluxograma de seleção dos artigos.

Fonte: Elaboração própria, 2023.

AUTOR / ANO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO	PAÍS	OBJETIVO
(SILVA <i>et al.</i> , 2020)	A educação permanente como responsabilidade inalienável dos conselhos de saúde: o cenário atual do Sistema Único de Saúde.	Estudo transversal.	Brasil	Verificar se os conselhos de saúde do Brasil realizam atividades de educação permanente para os conselheiros municipais, estaduais e do distrito federal.
(CARDOSO <i>et al.</i> , 2017)	A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática.	Estudo descritivo de abordagem qualitativa.	Brasil	Analisar aspectos da implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, a partir das experiências das Escolas de Saúde Pública.
(FRANÇA <i>et al.</i> , 2017)	Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço.	estudo multicêntrico de abordagem qual quantitativa.	Brasil	analisar o papel das CIEs no desenvolvimento das políticas de EP implementadas no conjunto das Secretarias Estaduais de Saúde (SESS) do Brasil.

Tabela 1. Artigos selecionados segundo autor e ano de publicação, título, tipo de estudo, país de estudo e objetivo do estudo (2017 a 2022) – PubMed.

Fonte: Elaboração própria (2023).

A partir dos artigos selecionados na base de dados PubMed, apresentados na Tabela 1 acima, podemos analisar os aspectos que tornam evidente a necessidade da compreensão de que as transformações nos serviços de ensino e na condução do sistema de saúde necessitam da implementação da educação permanente em saúde cotidianamente, visto que através desta ferramenta de aprendizado o sistema assegura e promove articulações entre educação e trabalho, fornecendo mudanças nas políticas de formação e nas práticas de saúde já ultrapassadas, promovendo a disseminação da produção de conhecimento e educacionais nos serviços de saúde.

Autor e Ano	Título	Tipo de Estudo	País	Objetivos
(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2020)	Educação Permanente em Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.	Estudo Transversal descritivo.	Brasil	Obter um painel brasileiro de participação, dispositivos e atendimento a demandas de EPS das Equipes de Saúde da Família (EqSF) na AB, a partir da análise dos dados secundários do MS, extraídos do censo de avaliação externa do PMAQ-AB no 2º Ciclo (2013).
(GONÇALVES SILVA; SCHERER, 2020)	A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem.	Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, de abrangência nacional.	Brasil	Assim, este estudo objetivou compreender os fatores que favorecem ou dificultam a trajetória de implementação da PNEPS no Brasil, bem como as proposições para o seu fortalecimento, na perspectiva de atores que a promovem.
(LANDGRAF; IMAZU; ROSADO, 2020)	Desafios para a Educação Permanente em Saúde Indígena: adequando o atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil.	Pesquisa de relato de experiência da Área.	Brasil	Educação Permanente que considerem saberes etnológicos a partir da saúde representam um caminho para a efetivação das políticas públicas envolvidas.
(FERREIRA <i>et al.</i> , 2020)	Validação do modelo lógico de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária.	Trata-se de um estudo de avaliabilidade, com abordagem mista, com utilização de técnica quantitativa e aspectos da técnica qualitativa.	Brasil	O objetivo foi descrever o processo de validação do modelo lógico de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária no município de Vitória.
(SOUZA; COSTA, 2019)	Educação Permanente em Saúde na formação da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública.	Pesquisa de caráter quantitativo e qualitativo.	Brasil	Objetivo de analisar as bases conceituais e organizacionais da PNEPS.

(GONÇALVES <i>et al.</i> , 2019)	A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil.	Análise documental descritiva qualitativa.	Brasil	Objetivos descrever e analisar as mais recentes iniciativas realizadas, no âmbito da gestão federal, para a implementação e fortalecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).
(KODJAOGLANIAN; MAGALHÃES, 2019)	Reflexões: a construção do plano de Educação Permanente Em Saúde em Mato Grosso do Sul.	Relato de experiência.	Brasil	Se propõe a relatar a experiência do estado de Mato Grosso do Sul no processo de elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS).
(ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019)	A interface entre o PET-Saúde/ Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.	Ensaio.	Brasil	Questiona-se: como formar profissionais comprometidos a gerir os problemas vivenciados na prática diária do trabalho e engajados com as especificidades/necessidades do serviço.
(CARVALHO; TEODORO, 2019)	Educação para os profissionais de saúde: a experiência da Escola de Aperfeiçoamento do SUS no Distrito Federal, Brasil.	Qualitativo descritivo.	Brasil	Discutir os conceitos de educação permanente e educação continuada ou definir neste momento a nomenclatura adequada para nossas ações, mas apresentar como, à luz desses conceitos e alinhada com a proposta da PNEPS.
(FERREIRA <i>et al.</i> , 2019)	Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura Educação.	Revisão integrativa da literatura.	Brasil	Objetivou compreender a apropriação da EPS pela atenção primária no Brasil, por meio de uma revisão integrativa de literatura referente às iniciativas de EPS desenvolvidas no País.
(CARVALHO; MERHY; SOUSA, 2019)	Repensando as políticas de Saúde no Brasil: Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência.	Relato de experiência.	Brasil	Objetivo de discutir a formação em Educação Permanente em Saúde (EPS), denominada “EPS em Movimento” e realizada em 2012 pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS) do Brasil.
(SILVA <i>et al.</i> , 2019)	Análise dos discursos referentes à educação permanente em saúde no Brasil (1970 a 2005).	O estudo está ancorado no referencial da Análise Crítica do Discurso, coletas de dados e entrevistas.	Brasil	Analisar o processo de construção da Educação Permanente em Saúde, identificando suas transformações, continuidades e rupturas no contexto sócio-histórico da década de 1970 a 2005.
(BEZERRA; MEDEIROS, 2018)	Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde.	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, adotando-se análise documental.	Brasil	Analisam-se as subdimensões propostas pelo PMAQ-AB frente às diretrizes e aos princípios da política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (GTES).

(CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018)	Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção pan-americana da saúde.	Realizou-se pesquisa documental e bibliográfica.	Brasil	Compreender a elaboração dos referenciais sobre educação na saúde.
(FIGUEIREDO et al., 2017)	Efeito pororoca na educação permanente em saúde: sobre a interação pesquisa-trabalho.	Relato de experiência.	Brasil	Construir responsabilidade municipal com a política de educação permanente na saúde a partir da interação entre práticas de pesquisa e inovação no trabalho.

Tabela 2. Artigos selecionados segundo autor e ano de publicação, título, tipo de estudo, país de estudo e objetivo do estudo (2017 a 2022) – Scielo.

Fonte: Elaboração própria (2023).

A partir dos artigos selecionados na base de dados Scielo, evidenciados acima na Tabela 2, é possível notar a importância da educação permanente em saúde, sendo uma ferramenta que possibilita uma reflexão crítica voltada para as problematizações das práticas em saúde, onde vários resultados dos estudos supracitados apontam compreensões distintas em relação à concepção de EPS.

4 | DISCUSSÃO

A implementação da Política Nacional de Educação Permanente para o Sistema Único de Saúde (P-SUS) é de extrema importância para o aprimoramento contínuo dos profissionais, entretanto, tem sido um grande desafio nos dias atuais.

A educação permanente é fundamental para garantir que os profissionais da saúde possam atender às necessidades da população de maneira adequada e atualizada. Por isso, é responsabilidade inalienável dos conselhos de saúde promover a educação permanente para os profissionais de saúde que atuam em suas áreas de atuação (SILVA; NOVAIS; ZUCCHI, 2020).

Segundo Cardoso *et al.* (2017), os conselhos de saúde possuem o papel de discutir e definir diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente na Saúde (PNEP-SUS), garantindo que os profissionais estejam em constante aprimoramento para oferecer serviços de qualidade à população. Isso envolve a promoção de ações de formação para profissionais da área da saúde em todas as suas categorias, como enfermeiros, médicos, dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, entre outros.

Os conselhos de saúde também devem trabalhar em conjunto com as instituições públicas de ensino superior, como universidades e escolas de educação profissional, para definir estratégias de formação e capacitação de profissionais que estejam alinhados com as necessidades de saúde da população. Dessa forma, é possível garantir que os profissionais da saúde estejam em constante aprimoramento e atualizados em relação

às melhores práticas e técnicas para o atendimento ao público (GONÇALVES SILVA; SCHERER, 2020).

De acordo com França *et al.* (2017), a principal contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES) é o fortalecimento da integração entre as instituições de ensino e os serviços de saúde. Isso possibilita a criação de um ambiente de aprendizagem contínuo, no qual a teoria está diretamente ligada à prática profissional, e vice-versa. Além disso, essa parceria permite o compartilhamento de experiências entre os profissionais das duas áreas, o que enriquece o processo de formação.

As CIES também têm o poder de promover a adoção de práticas inovadoras e avançadas que possam ser aplicadas nos serviços de saúde. Essas práticas podem ser ensinadas aos alunos, e incentivadas pelos profissionais já atuantes na área, o que melhora a qualidade da prestação dos serviços de saúde oferecidos à população. Isso é possível através da formação de profissionais qualificados, capazes de trabalhar em equipe e com visão crítica das necessidades e possibilidades de mudanças na prática de saúde (FRANÇA *et al.*, 2017).

A implementação da PNEPS no Brasil é multifacetada e enfrenta diversos desafios que interferem na sua efetividade e eficácia. Como a falta de recursos financeiros em muitos municípios, estados e entidades que fazem parte do SUS, onde possuem problemas para investir na educação permanente dos profissionais de saúde. Isso é agravado pela falta de um orçamento adequado para promover as capacitações, infraestrutura e materiais necessários para a formação (LANDGRAF; IMAZU; ROSADO, 2020).

Além da falta de recursos financeiros, a implementação da PNEPS enfrenta dificuldades em relação à falta de infraestrutura capaz de atender às demandas educacionais dos profissionais da saúde. Às vezes, as instituições de saúde não possuem salas de aula, laboratórios, equipamentos ou materiais necessários para as aulas (LANDGRAF; IMAZU; ROSADO, 2020).

Além disso, há uma carência de profissionais capacitados e qualificados para atender à demanda de capacitações sobre temas específicos. Há ainda uma falta de profissionais especialistas em metodologias de educação permanente e pesquisa em saúde. Corroborando a isso, muitas vezes os profissionais não possuem motivação para se envolver e participar das ações educacionais, onde a falta de incentivos, de recursos e de tempo para participar dessas capacitações são alguns dos fatores que contribuem para essa situação (CARVALHO; TEODORO, 2019).

Por fim, os autores dos estudos selecionados destacam que as barreiras identificadas são complexas e multifatoriais, afetando tanto os trabalhadores da saúde quanto as instituições. Sendo assim, é necessária uma abordagem mais sistêmica e integrada para promover uma mudança efetiva na cultura da educação permanente em saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde oferecida no país.

5 | CONCLUSÃO

O trabalho, que teve como objetivo explorar as barreiras encontradas no processo da implementação da política no cotidiano dos serviços de saúde, concluiu que há diversos desafios que afetam a realização efetiva da política.

A ideia da PNEPS se insere no contexto dinâmico e preciso, marcado por características objetivas e subjetivas visando ampliar o entendimento e a resolutividades dos desafios e problemas encarados no cotidiano de trabalho, elaborando uma reflexão construtiva que possa fortalecer a estratégia da EPS em consonância com as diretrizes da PNEPS.

Contudo, observamos que as dificuldades existentes para o seu desenrolar volta sobre a falta de ferramentas que auxiliem o gestor a operacionalizar o proposto na Política, a necessidade de articulação entre os níveis de gestão, a falta de profissionais qualificados e de adesão desses para as atividades educacionais, a falta de planejamento pelos gerentes de unidades, a rotatividade dos profissionais devido ao vínculo superficial com o serviço, a baixa participação popular e o enfoque de trabalho fragmentado por profissões. Essas são dificuldades que precisam ser enfrentadas e repensadas no sentido de mudanças efetivas.

Espera-se que a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde possam se dar de forma reflexiva, participativa e contínua, voltados para as necessidades locais, dos serviços e das pessoas, fortalecendo o elo entre gestores, instituição de ensino, profissionais de saúde e a população na melhoria da qualidade do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Rodrigo Guimarães dos Santos; TESTON, Elen Ferraz; MEDEIROS, Arthur de Almeida. A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Ensaio / Saúde Debate**: v.43, n.1, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S108>.

BEZERRA, Marielly Mariano. MEDEIROS, Katia Rejane de. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. **Saúde Debate**: v.42, n.2, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S213>.

CARDOSO, Maria Lúcia de Macedo; et al. A política nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Cien Saude Colet.**: v.22, n.5, p.1489-1500, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>.

CARVALHO, Monica Sampaio de; MERHY, Emerson Elias; SOUSA, Maria Fátima de. Rethinking Health policies in Brazil: Continuing Education in Health focused on meeting and knowing from experience. **Interface – comunicação, saúde, educação**: v.23, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190211>.

CARVALHO, Wania Maria do Espírito Santo; TEODORO, Maria Dilma Alves. Educação para os profissionais de saúde: a experiência da Escola de Aperfeiçoamento do SUS no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**: v.24, n.6, p.2193-2201, 2019. DOI: [10.1590/1413-81232018246.08452019](https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08452019).

CAVALCANTI, Felipe de Oliveira Lopes; GUIZARDI, Francini Lube. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção pan-americana da saúde. **Trab educ saúde**: v.16, n.1, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00119>.

FERREIRA, Lorena; et al. Permanent health in primary care: an integrative literature review Education. **REVIEW / Saúde Debate**: v.43, n.120, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>.

FERREIRA, Lorena; et al. Validação do modelo lógico de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária. **TES - Trabalho, Educação e Saúde**: v.18, n.2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00262%20>.

FIGUEIREDO, Eluana Borges Leitão de; et al. Efeito pororoca na educação permanente em saúde: sobre a interação pesquisa-trabalho. **Rev Bras Enferm**: v.71, n.4, p.1768-1773, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0462>.

FRANÇA, Tânia; et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Cien Saude Colet.**: v.22, n.6, p.1817-1828, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.30272016>.

GONÇALVES SILVA, Cláudia Brandão; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão dos atores que a constroem. **Interface – Comunicação, saúde, educação**: UNESP, 2020. Disponível em: <https://www.scienceopen.com/document?vid=1a1eaf38-1b3b-4910-8c4b-e1815eb6d005>.

GONÇALVES, Cláudia Brandão; et al. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Saúde Debate**: v.43, n.1, p.12-23, Rio de Janeiro / 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019S101.

KODJAOGLANIAN, Vera Lúcia; MAGALHÃES, Patrícia Marques. Reflexões: a construção do plano de Educação Permanente em Saúde em Mato Grosso do Sul. **Saúde Debate**: v.43, n.1, p.127-133, Rio de Janeiro / 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019S111.

LANDGRAF, Julia; IMAZU, Nayara Emy; ROSADO, Rosa Maris. Desafios para a Educação Permanente em Saúde Indígena: adequando o atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. **Interface (Botucatu, Online)**: v.24, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1040192>.

OLIVEIRA, Israel Victor de; et al. Educação Permanente em Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: um estudo transversal e descritivo. **Saúde em Debate**: v.44, n.124, 2020. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/2631>.

SILVA, Kenia Lara da; et al. Análise dos discursos referentes à educação permanente em saúde no Brasil (1970 a 2005). **Trab educ saúde**: v.17, n.2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00192>.

SILVA, Rita de Cássia Costa da; NOVAIS, Maykon Anderson Pires de; ZUCCHI, Paola. **A educação permanente como responsabilidade inalienável dos conselhos de saúde**: o cenário atual do Sistema Único de Saúde. **Clinicas**: v.75, 2020. DOI: <https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e1443>.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein: v.8, n.1, p.102-106, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>.

SOUZA, Rosa Maria Pinheiro; COSTA, Patrícia Pol. Educação Permanente em Saúde na formação da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública. **Saúde debate**: v.43, p.116-126, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1043405>.

CAPÍTULO 4

HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DA PERCEPÇÃO E DAS VIVÊNCIAS DE ENFERMEIROS SOB O OLHAR DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

Data de aceite: 02/05/2023

Solange Barboza Fernandes Thompson

Programa de Pós-graduação em Políticas
Públicas e Desenvolvimento Local da
Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória.

Nathalya das Candeias Pastore Cunha

Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória –
EMESCAM.

Italla Maria Pinheiro Bezerra

Programa de Pós-graduação em Políticas
Públicas e Desenvolvimento Local da
Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória.

RESUMO: O objetivo do trabalho é descrever como a Política Nacional de Humanização está sendo aplicada na Estratégia Saúde da Família do município de Mimoso do Sul/ Espírito Santo na visão dos enfermeiros. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa com enfermeiros atuantes nas Unidades de Saúde da Família do município de Mimoso do Sul/ Espírito Santo. A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas e a organização dos dados seguiu a técnica de análise de conteúdo de Bardin.

Foram realizadas onze entrevistas que foram analisadas por meio da análise de conteúdo no qual emergiram três categorias empíricas: Conceitos de humanização; Humanização e suas relações com o usuário e Humanização no ambiente de trabalho. Evidenciou-se que a Política Nacional de Humanização está sendo aplicada no município do estudo apesar de desafios ainda existirem. Com relação ao conceito de humanização e da política, os profissionais apresentaram conhecimento satisfatório. O fluxo de atendimento organizado, o trabalho multiprofissional, a boa atuação do Agente Comunitário de Saúde, a criação de vínculo, a escuta qualificada dos usuários e as formas alternativas de comunicação se mostraram estratégias eficientes à implementação da Política Nacional de Humanização. A PNH está sendo aplicada na ESF no município do estudo apesar de desafios ainda existirem. Persistem desafios relacionados à capacitação dos trabalhadores, à implementação incompleta da política no serviço de saúde, sendo bonita “no papel” e a falta humanização no acolhimento. Torna-se necessário a adoção de medidas a fim de atuar nos desafios que ainda permanecem a fim de garantir de fato a efetivação da Política Nacional de

Humanização.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização. Profissionais de Saúde. Recepção.

1 | INTRODUÇÃO

A humanização aplicada à atenção à saúde é vista como meio de prover defesa aos direitos da cidadania por meios éticos (SOUZA; MOREIRA, 2008). Entende-se humanização, com base na Política Nacional de Humanização (PNH), como uma série de princípios e diretrizes que valorizam os diversos sujeitos inseridos no sistema de saúde; estimula a autonomia e o protagonismo dos indivíduos; estabelece vínculos; identifica as necessidades sociais de saúde e promove melhorias nas condições no âmbito de saúde (destas condições de trabalho à atendimento) (DESLANDES; MITRE, 2009).

A humanização nos serviços de saúde deve considerar a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde (SILVA *et al.*, 2022).

Mediante isso, o Ministério da Saúde tem lançado novas estratégias para adequar os conhecimentos às novas propostas de estruturação da atenção primária. Dentre elas, destaca-se a Política Nacional de Humanização (PNH). Esta política atua a partir de orientações éticas, clínicas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho, e dentre elas evidencia-se o acolhimento (COUTINHO *et al.*, 2015).

A proposta da PNH busca uma compreensão mais ampliada do que chamamos de saúde e de sua relação com as situações de trabalho, de modo que se caminhe em uma direção menos desgastante para o trabalhador, guiado sempre pelas experiências que têm promovido saúde, nesta perspectiva. As organizações de saúde, portanto, devem se constituir como espaços de produção de bens e serviços para os usuários, assim como espaços de valorização do potencial inventivo dos diversos atores desses serviços: gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2010).

O processo de humanização não deve tomar como centro somente o usuário, mas deve-se atentar a ambos os lados envolvidos neste processo, ou seja, usuários e profissionais de saúde. Pode-se afirmar que humanizar é retomar o lado humano, esquecido pelo profissional, em meio ao turbilhão de atividades laborais, muitas das vezes entravadas pelo sistema (SOUSA, 2006).

Entende-se que a implantação dos princípios da humanização na assistência aos usuários das Unidades Básicas de Saúde poderá garantir os princípios do SUS e corresponder às expectativas do usuário, corroborando para qualificação profissional

e estabelecimento de vínculos usuário-profissional mais efetivos. Assim, tem-se como problema desse estudo: Como a Política Nacional de Humanização está sendo aplicada na Estratégia Saúde da Família no município de Mimoso do Sul, ES? A hipótese é que os princípios e diretrizes da Política de Humanização ainda precisam ser aplicados de forma a conduzir as práticas de saúde de forma humanizada.

Nesse contexto, o estudo da temática humanização no atendimento em saúde é de suma relevância, uma vez que, a constituição de um atendimento pautado em princípios como: a integridade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, de modo a valorizar a dignidade do profissional e do usuário.

Tem-se como objetivo então descrever como a Política Nacional de Humanização está sendo aplicada na visão dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família do município de Mimoso do Sul – Espírito Santo (ES).

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa realizado com enfermeiros de um município no interior do Estado do Espírito Santo. O método qualitativo é utilizado amplamente, evidenciando o estudo das relações, percepções, opiniões e interpretações (MINAYO, 2002).

O município selecionado para o estudo é Mimoso do Sul, localizado no ES, que possui população aproximada de 26.153 habitantes com cobertura de Atenção Básica de 100% (BRASIL, 2022). O trabalho teve como cenário as Unidades Estratégia Saúde da Família do referido município que atualmente conta com um total de 11 unidades de saúde definidas como ESF.

Participaram do estudo enfermeiros que atuam nas Equipes de Saúde da Família nas 11 Unidades de Saúde do município. Foi considerado como critério de inclusão todos os profissionais que aceitaram participar livremente da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critério de exclusão foi considerado todo profissional que no momento da pesquisa não estivesse atuando efetivamente no trabalho.

Foi realizado um primeiro contato com os profissionais com o intuito do pesquisador conhecer os locais, apresentar o projeto e solicitar o apoio para execução da pesquisa. Após o contato inicial foram agendadas as entrevistas conforme disponibilidade dos entrevistados. As entrevistas foram realizadas mediante a disponibilidade dos participantes e aconteceram de forma *online* via *Google Meet*. Diante dos riscos da pandemia, essa forma de coleta de dados foi uma estratégia que permitiu maiores cuidados de prevenção.

No enfoque qualitativo, a entrevista tem como base dar a liberdade para que os profissionais possam seguir a linha do seu pensamento e de suas experiências dentro da temática abordada. As entrevistas foram aplicadas conforme aviso prévio com

os profissionais atuantes e tiveram uma duração média de 10 a 20 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. As entrevistas foram realizadas após consentimento dos participantes e assinatura do TCLE. As entrevistas foram gravadas e transcritas em sua íntegra.

Foi obtida a anuência da Secretaria Municipal de Saúde do município e após, o presente trabalho respeitou os princípios éticos e legais estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da realização de pesquisas envolvendo seres humanos e nº 510/2016 considerando os quatro referenciais básicos da Bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça. Assim, o trabalho foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, sob parecer nº 5.511.131 (CAAE 59989722.8.0000.5065).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas 11 entrevistas, e a partir da análise de conteúdo realizada conforme proposto por Bardin (2016) emergiram as seguintes categorias: Conceitos de humanização; Humanização e suas relações com o usuário e Humanização no ambiente de trabalho. A fim de garantir o anonimato dos participantes eles serão indicados pela letra P seguida do número da entrevista.

A respeito da caracterização dos participantes da pesquisa, a maioria era do sexo feminino (n=7) e com média de idade de 41 anos (máx=53, min=32). Todos os entrevistados eram profissionais de enfermagem, que atuavam em média 21 meses (máx=60; min=06) na unidade de saúde atual (na qual foram entrevistados). Quanto a especialização, a maioria possuíam em saúde da família, atenção primária à saúde, saúde coletiva e gestão, e apenas 1 profissional com formação em andamento pelo Instituto Capixaba de Ensino e Pesquisa (ICEPi). Alguns profissionais ainda apresentaram especialização em saúde mental e urgência e emergência.

Quando os participantes foram questionados sobre o que entendiam por humanização, foi unânime a resposta de que se trata de ofertar um trabalho humanizado, baseado nas necessidades do usuário e acolhendo-o.

“Eu entendo que é o trabalho que o próprio nome já fala, humanização, é você receber as pessoas de forma humanizada, explicar, orientar, acolher, principalmente os pacientes nas unidades de saúde básica, mostrar os serviços, ver a necessidade de cada um deles, e montar de acordo com o que eles precisam o atendimento com qualidade” (P1)

“Humanização na minha concepção é tratar um paciente como um todo, ter aquele carinho pelo paciente, mas ter continuidade em todo o tratamento, tratar ele bem, escutar ele de forma certa e dar continuidade no tratamento” (P10)

“Humanização ao meu ver seria tudo aquilo que nós deveríamos ser, humanos de verdade, e seja lá qualquer à área, seja da saúde, no ambiente social, eu acho que a

humanização teria que existir independentemente de qualquer situação” (P2)

A empatia, ou seja, colocar-se no lugar do outro, também esteve bem presente nas falas. A humanização foi entendida também como tratar o usuário da forma que o profissional gostaria de ser tratado, com uma escuta qualificada, de forma respeitosa, com carinho e atenção, devendo a humanização estar em primeiro lugar nos atendimentos.

“Eu entendo que humanização é tratar o nosso próximo, no nosso caso o usuário, como nós mesmos gostaríamos de ser tratados, através de escuta qualificada, através de um olhar diferenciado, caso a caso, dessa forma que eu entendo” (P3)

Ademais, afirmaram também que a humanização deve acontecer não somente no momento em que o usuário é atendido, mas deve vir desde o agendamento até o atendimento do paciente. Além do mais, a humanização abrange a resolutividade do problema do usuário não somente naquele momento, mas envolve também a continuidade do cuidado.

“Para mim a humanização seria a forma que o enfermeiro trata todos os seus usuários na unidade de saúde, desde a porta de entrada ao atendimento, seja ele o médico, seja um atendimento de enfermagem, e principalmente o atendimento do atendente, eu acho que a humanização começa no agendamento da consulta com a atendente, como a forma que esse usuário é atendido, é acolhido, bem tratado, o carinho, porque ele já chega na unidade com queixas, sentindo dor, com sofrimento, e o acolhimento ao meu ver é algo mais importante” (P4)

Embora progressos tenham ocorrido, ainda persiste a necessidade do rompimento com a prática clínica convencional, com a relação transversal profissional x paciente, estruturada pela doença em si e não por seus determinantes (SOUZA; MOREIRA, 2008). Apesar dos avanços no entendimento conceitual ainda permanece a dificuldade da realização da humanização nas práticas do serviço, para além das teorias e conceitos.

Sobre a PNH, a maioria dos profissionais afirma ser uma política para promover mudanças na forma de atendimento ao usuário, tratando-o de forma mais humana e acolhendo-o em toda sua integralidade, além de promover a equidade, escutar o paciente, atender de forma ética, prover resolutividade ao serviço e o bem estar físico e mental dos usuários.

“A Política Nacional de Humanização veio com a finalidade de humanizar o trabalho e ter um olhar diferenciado com o paciente, tratando ele como nós mesmos gostaríamos de ser tratados” (P3)

Alguns ainda relataram que a política é “bonita no papel”, mas que não dispõem das condições necessárias para colocá-la em prática. Outros sabem que ela existe, porém não possuem conhecimento sobre ela, e muitas vezes ela foi vista somente durante a graduação do profissional. Conforme relatado por um participante ela existe, entretanto, não é utilizada nos serviços de saúde: *“Uma política pouco aplicada, muito falada, mas pouco aplicada, em muitas unidades é falado que existe a necessidade de se ter a humanização, mas não*

tem” (P11)

A PNH surgiu no sentido de modificar as práticas de gestão e de atenção à saúde, buscando um atendimento mais qualificado, com a incorporação dos usuários, gestores e profissionais nas decisões e no processo de cuidado do serviço de saúde (RODRIGUES; MAIA; SOUZA, 2022).

Sobre a recepção dos usuários no serviço de saúde, a maioria dos profissionais respondeu com relação ao fluxo de atendimento. Há o atendimento de demandas agendadas e espontâneas, que em sua maioria chegam por intermédio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). É realizada uma triagem e o paciente é encaminhado, geralmente, para o atendimento do enfermeiro.

“A maior parte dos usuários quando chega, eles imediatamente são recebidos pela recepcionista, uma funcionária, essa funcionária nossa tem até nível superior em uma área que não é da saúde, recebe essas pessoas, e partir da necessidade, o que ela ouve ali, ela encaminha, seja para o atendimento do técnico de Enfermagem, do enfermeiro, do médico ou do dentista, então de imediato é feito por esta recepcionista” (P5)

A escuta qualificada, conforme os entrevistados, se dá pela escuta, pela criação de um ambiente favorável aos usuários, de forma que eles se sintam à vontade, transmitindo confiança, buscando atender suas demandas, anseios e possíveis problemas. Alguns trouxeram que a escuta qualificada pode ser realizada pelo recepcionista, ali mesmo na sala de recepção, o qual irá receber o usuário e encaminhá-lo ao serviço do qual ele necessita. Outras vezes, a fim de garantir maior privacidade, o usuário é encaminhado para uma sala mais reservada.

Diversas vezes a escuta qualificada se perde no atendimento da recepção devido a alta demanda que recai sobre os profissionais: *“Essa recepcionista é a porta de entrada da unidade, a primeira pessoa que o usuário se depara com ela, a gente tenta sempre assim, orientar para que a escuta qualificada dela seja no sentido de tentar entender esse usuário, e encaminhá-lo para o tipo de profissional, então não é o tempo todo também que ela consegue fazer um atendimento de qualidade para esse usuário, porque às vezes essa recepcionista está atendendo dois, três, até quatro de uma vez só, mas a gente tenta assim de uma forma que se ela não tem domínio de uma informação ela treina com algum profissional dentro da unidade, para que a gente tente, da melhor forma possível, qualificar esse atendimento que é ouvir com qualidade aquilo que ele precisa”(P5)*

A escuta qualificada se dá também no momento do atendimento do usuário pelo profissional, normalmente encaminhado pelo serviço de triagem, sendo realizada a anamnese e as perguntas relacionadas a Enfermagem: *“Existe um agendamento do horário do paciente, é feito o cronograma de Enfermagem e o cronograma médico, e durante a consulta de Enfermagem, depende do atendimento, seja pré-natal, preventivo, visitas domiciliares, é feita toda a anamnese, todas as perguntas necessárias para o diagnóstico da enfermagem” (P4)*

A capacitação dos profissionais emerge novamente como um problema para a realização da escuta qualificada do usuário: *“Então isso que eu te falei, como lá na hora da recepção, a pessoa não foi capacitada, ela não sabe muito, não se dá a escuta qualificada como tem que dar, quando eu vou lá na recepção e pego o paciente e eu sento aquele paciente comigo e escuto ele, só que a gente tem a humanização dentro da ESF, a gente trata eles de forma humana, a gente tenta dar continuidade, mas na recepção eu falo ‘gente vamos tratar todo mundo bem’, mas tem hora que, como ela não é capacitada, não tem o olhar que o enfermeiro tem, nem o médico tem o olhar da humanização do enfermeiro, ai tem hora que deixa a desejar” (P10)*

Quando os profissionais foram questionados sobre a assistência ofertada ao usuário, ela se faz por meio de demanda espontânea ou de marcações. As agendas são organizadas seguindo programas e cronogramas. A maioria dos agendamentos é feito via ACS ou por busca ativa do usuário pelo serviço de saúde, sendo o ACS um importante elo entre usuários e serviço.

“O vínculo é estabelecido de forma direta, também através do ACS, que é a porta de entrada, que passa para a gente e cria aquele vínculo, ou através deles mesmos que vem a nossa procura aqui na unidade” (P7)

Com os pacientes são os ACS: *“Pelo Agente de Saúde, o meu apoio é o Agente Comunitário de Saúde” (E9)*. Os outros profissionais também acabam auxiliando nesta comunicação, porém de maneira menos expressiva.

O *Whatsapp* também foi uma ferramenta de destaque nessa comunicação com os usuários: *“Eu trabalho na zona rural, mas quando eu preciso me comunicar com o usuário eu converso ali ou me comunico pelo WhatsApp, e aqueles em que não tem acesso a internet eu comunico verbalmente mesmo, pessoa por pessoa” (E4)*, bem como outras ferramentas como mensagens e até mesmo *QR Code*.

“Estratégia verbal, estratégia visual para aqueles pacientes que não sabem ler, através de desenhos para eles poderem entender a questão medicamentosa, tem muitos pacientes analfabetos na minha área, então eles precisam de uma identidade visual para poder estar absorvendo o que a gente tem que passar” (P11)

O vínculo com os usuários é usualmente estabelecido ganhando a confiança do usuário: *“O vínculo é através do ganho de confiança, isso é um trabalho que requer tempo e dedicação, não é imediato, primeiro você ganha a confiança desse paciente, que ele se sinta à vontade em passar e compartilhar os problemas, para que você consiga atuar” (P3)*.

O tratamento do paciente conforme suas necessidades, atendendo às suas demandas, também se mostrou uma forma de efetivar esses vínculos. A realização de conversas e ações de saúde, como o “Hiperdia”, também se mostraram propícios à efetivação dos vínculos.

“O atendimento, a gente busca estar orientando as necessidades dele, através da necessidade do paciente e esse vínculo é formado, a gente vê a necessidade, se é um

hipertenso estar reagendando, estar acompanhando através das ACS's também, inserindo em grupos né, a gente deu levantamento a alguns grupos agora de Hiperdia e do pré-natal, e pré-natal com parceiros, então assim, esse vínculo se dá conforme o atendimento e as necessidades desse paciente” (P1)

A humanização do atendimento preza por um atendimento pautado na integralidade, participação social, equidade e nos princípios e diretrizes do SUS, ocasionando a reavaliação das práticas em saúde, valorizando o profissional e o usuário e qualificando o serviço em saúde (CASATE; CORRÊA, 2005), o que pode ser alcançado pela PNH efetiva na prática cotidiana do fazer saúde.

O trabalho entre os profissionais da unidade é realizado em equipe, de forma multiprofissional, no qual cada um em seu setor trabalha de forma conjunta com todos os demais profissionais atuantes no serviço: *“O trabalho hoje, sei que é um trabalho de equipe, multiprofissionais na atuação, onde compreendemos aqui na unidade 2 técnicos, 1 enfermeira no momento, 1 dentista e 2 médicos atuando, e quando a gente necessita de apoio de uma equipe especializada, a gente tem um grupo de apoio né da ACS” (P3)*

A própria rotina da unidade e os encaminhamentos fazem com que os profissionais compartilhem conhecimentos e até mesmo trabalhem em alguns casos de forma conjunta. Apesar do bom trabalho multiprofissional, foram citados problemas de relacionamento entre as equipes.

“Da mesma forma, é um trabalho de formiguinha, muitos funcionários são difíceis de lidar, são difíceis de relacionamento, então a gente precisar ser dócil, às vezes ser ríspida, ríspida não né, porque a gente não pode ser isso, tem que ser firmes, às vezes precisamos ser firmes, e tentar o máximo possível de trabalho em equipe para estar ajudando o próximo” (P11)

Quando os profissionais foram questionados com relação a implementação da PNH em seu local de trabalho, a maioria afirmou que ela se encontra, em partes, implementada, entretanto, inúmeros são os desafios que ainda persistem, como o perfil profissional, problemas do próprio serviço e falta de capacitações sobre a política.

“50% (implementada) dependendo do profissional, que existem profissionais e profissionais, existem aqueles profissionais que até para dar um não ele sabe dar um sorriso, mas tem profissionais que não se enquadram nesse quesito de humanização e acolhimento” (P11)

Algumas barreiras ainda persistem no processo de implementação das políticas, sendo eles o pouco incentivo aos trabalhadores e problemas de comunicação, que afetam tanto a PNH quanto a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que muitas vezes é definida somente como a qualificação técnica, buscando apenas dados mensuráveis (TAVARES *et al.*, 2014).

Alguns ainda disseram que esse processo de implementação se encontra em fase inicial, com a conscientização e conhecimento sobre a PNH: *“A gente está começando de*

que forma, primeiro conscientizando os profissionais da humanização e organizando nosso fluxo de trabalho, para que esse paciente tenha uma qualidade melhor nesse atendimento (P1)

Para alguns profissionais esse processo de implementação ainda nem começou: *“Não, acredito que não, acredito que gente tenha que caminhar muito, que os profissionais tenham que ter empoderamento dessa política, que teriam que ler, sentar, fazer roda de conversa, coisa que a gente não consegue fazer aqui, o que a gente faz na unidade é a reunião mensal, mas praticamente é uma reunião que fica voltada para discutir cronograma, como vai ser o cronograma do mês, a gente não está conseguindo sentar para discutir seja a PNH ou qualquer outra coisa, então a equipe eu não considero que esteja capacitada para isso não, tem que estar sentando, tem que estar tendo treinamento para melhorar esse atendimento sim” (P5)*

Emergiram dos profissionais sugestões para melhorias nesse processo, como capacitações para melhor entendimento da política: *“Eu acho que capacitações, eles precisam entender o que é humanização primeiro” (P1)*. Necessita-se que as capacitações sejam realizadas de forma constante devido a alta rotação de profissionais nos serviços de saúde e ausência de apoio e de trabalho multiprofissional.

A EPS é uma ferramenta primordial para a modificação e a qualificação dos profissionais do serviço, com o propósito que esses trabalhadores compreendam a necessidade da realização do acolhimento humanizado e de fato o realize em seu cotidiano prático (CRUZ; SANTOS; ARAÚJO, 2022).

Ademais, além da efetivação de fato da PNH, a humanização necessita ser assumida como processo de educação permanente pelos profissionais, buscando um cuidado ampliado e que atenda a todas as necessidades dos usuários dos serviços de saúde (TAVARES *et al.*, 2014).

A humanização perpassa os mais diversificados campos, com questões que se relacionam não somente a uma política, mas também a cidadania, comprometimento social, qualidade de vida, práticas em saúde, saberes e relações interpessoais e interprofissionais, culminando sempre para o bem estar do usuário do serviço de saúde (CASATE; CORRÊA, 2005).

4 | CONCLUSÃO

A PNH está sendo aplicada na ESF no município do estudo apesar de desafios ainda existirem. Com relação ao conceito de humanização e da PNH os profissionais apresentaram conhecimento satisfatório. O bom entendimento dos conceitos de humanização e da PNH, o fluxo de atendimento organizado, a criação de vínculo e a escuta qualificada dos usuários se mostraram estratégias eficientes à implementação da PNH.

O trabalho multiprofissional, o uso de ferramentas tecnológicas na comunicação

com os usuários, a boa atuação dos ACS, a criação de vínculos, a escuta qualificada e as formas alternativas de comunicação com os usuários se mostraram facilitadores da implementação da PNH. Persistem desafios relacionados à capacitação dos trabalhadores, a implementação incompleta da política no serviço de saúde, sendo bonita “no papel” e a falta humanização no acolhimento.

Pretendeu-se com o trabalho retratar como está sendo aplicada a PNH em um município, bem como evidenciar a temática entre os profissionais a fim de retratar um cenário e a partir daí contribuir para a adoção de medidas que, cada vez mais, contribuam para a implementação da PNH. Como sugestões foram citadas as necessidades de realização de Educação Permanente em Saúde e capacitações aos trabalhadores do serviço, bem como reorganização do processo de trabalho.

O trabalho apresenta como limitações aquelas inerentes ao estudo descritivo, bem como a evidenciação em uma realidade de um município de pequeno porte que muitas vezes é diferente de outras regiões. Sugere-se a realização de novos estudos em outras regiões.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-Gestor Atenção Básica: Informação e Gestão da Atenção Básica**. 2022. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/ relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acessado em: 03 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4ª. ed. 4ª. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em debate**, v. 39, p. 514-524, 2015.

CRUZ, L. P.; OLIVEIRA, L.; ARAÚJO, B. O. Importância da educação permanente em saúde para a promoção do acolhimento na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Col. UEFS**, v. 12, n.1, p. e-5842, 2022.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 641-649, 2009.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

RODRIGUES, I. A.; MAIA, A. M. Q.; SOUZA, N. P. A política nacional de humanização e o cuidado em saúde: contribuições da política para a atenção primária à saúde no estado do Rio de Janeiro. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.**, v. 6, n. 1, p. 751-770, 2022.

SILVA, N. R. S. *et al.* A humanização da assistência de enfermagem na perspectiva de enfermeiros da atenção primária à saúde. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.8, n.4, p.30417-30431, apr., 2022.

SOUZA, M. M. Um histórico acerca da concepção de humanização hospitalar. **Psicópio: Revista virtual de psicologia hospitalar e da saúde**, v. 2, n. 3, p. 4-12, 2006.

SOUZA, W. S.; MOREIRA, M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 25, p. 327-338, 2008.

TAVARES, D. S. *et al.* HUMANIZAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE: IMPLICAÇÕES NO COTIDIANO DE TRABALHO. **Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde**, Santa Maria, v. 15, n. 2, p. 205-213, 2014.

AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UM ESTUDO SISTEMÁTICO NA QUALIDADE DO ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Data de aceite: 02/05/2023

Ana Luiza Quevedo

<http://lattes.cnpq.br/9034687412340780>

Renata Cristina de Oliveira Souza Castro

<http://lattes.cnpq.br/2507006261984563>

RESUMO: O Sistema Único de Saúde garante direito à saúde da população e a Política Nacional de Humanização (PNH) precisa ser aplicada nesse Sistema, pois o respeito ao paciente é fundamental. O objetivo foi verificar a aplicabilidade da PNH na rede de Atenção Primária. Neste trabalho, foi realizada uma pesquisa qualitativa nas bases de dados Scielo, LILACS e *Web of Science*. Utilizou-se os descritores Atenção Básica, SUS, Atendimento Humanizado, Relação Humana, Conflito e as combinações através dos termos booleanos “AND” e “OR”. Foram analisados os títulos, resumos e realizou-se uma análise criteriosa quando relacionado ao tema proposto. Um total de 8167 títulos foram analisados, considerando 21 Artigos. Avaliando artigos sobre percepções dos usuários e profissionais que atuam na Atenção Primária de Saúde, conclui-se que,

é necessário haver mudança na filosofia de atendimento, pois faltam capacitações dos trabalhadores e melhores condições para a aplicabilidade da PNH.

PALAVRAS-CHAVE: política nacional de humanização, unidade básica de saúde, humanização no atendimento.

EVALUATION OF THE APPLICATION OF THE NATIONAL HUMANIZATION POLICY: A SYSTEMATIC STUDY ON THE QUALITY OF SERVICE IN PRIMARY CARE

ABSTRACT: The Unified Health System guarantees the population's right to health and the National Humanization Policy (PNH) needs to be applied in System, as respect for the patient is fundamental. The objective was to verify the applicability of the PNH in Primary Care. Qualitative research was performed in the Scielo, LILACS, and Web of Science. The descriptors Primary Care, SUS, Humanized Care, Human Relation, Conflict were used and the combinations through the Boolean terms “AND”, “OR”. Titles and abstracts were analyzed and a careful analysis was performed when relate to the proposed theme. A total of 8167 titles were analyzed, considering 21 Articles.

Evaluating articles on the perceptions of users and professionals who work in Primary Health Care, it is concluded that there is a need for a change in the philosophy of care, as there is a lack of training for workers and better conditions for the PNH applicability.

KEYWORDS: national humanization policy, basic health unit, humanization in care.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), garante o direito universal à saúde de toda população, foi regulamentado pela Lei nº 8.080/1990 e possui três princípios doutrinários: universalidade, garantindo acesso igualitário e sem discriminações à tecnologia e serviços; equidade, de forma que toda população tem que ser tratada de forma diferente, uma vez que cada um possui uma necessidade específica; integralidade, que garante considerar o ser humano como um todo, através de um conjunto de necessidades, incluindo promoção da saúde ⁽¹⁻⁵⁾.

A Política Nacional de Humanização (PNH) também conhecida como HumanizaSUS, foi instituída no ano de 2003, pelo Ministério da Saúde (MS) e tem por princípios: protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos; transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão ⁽⁶⁾.

A proposta da indissociabilidade entre gestão e atenção, orienta que qualquer pessoa que utilize ou trabalhe no Sistema, deve ter conhecimento de como é o funcionamento da Rede, fazendo com que isso não seja apenas de conhecimento restrito das equipes de saúde, de forma a contribuir com melhorias da qualidade e do serviço ⁽⁷⁻⁹⁾.

Já a vertente transversalidade diz respeito a comunicação entre diferentes especialidades, levando em consideração o conhecimento do indivíduo que é assistido ⁽¹⁰⁾.

De acordo com Waldow e Borges, a palavra “humanização” tem sido muito utilizada na literatura, principalmente na primeira década do século XXI, parecendo ser uma “consequência” de tudo o que propõe o Ministério da Saúde, com relação à importância da PNH, sua repercussão e transformação no âmbito da saúde ⁽¹¹⁾.

Com o propósito de melhorar os serviços prestados à população brasileira, em ambientes que adotam o Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Humanização precisa ser aplicada, uma vez que, humanamente falando, respeitar o paciente é fundamental ⁽¹²⁾.

Assim, além disso, os usuários, gestores e trabalhadores do SUS terão a sua autonomia valorizada, contribuindo cada vez mais para o processo de humanização, orientando a política pública de saúde ^(7,13).

Todavia, por se tratar de uma mudança em um Sistema enrijecido e ser algo novo, que modifica um grande contexto, essa alteração pode trazer medo e insegurança nas pessoas envolvidas ⁽¹⁴⁾.

Dessa forma, nesse trabalho, foi realizado um estudo do tipo qualitativo em Artigos

sobre o tema “aplicabilidade da Política Nacional de Humanização nas redes de Atenção Básica no Brasil”. Dada a grande diferença econômica e social existencial no país, a qualidade da saúde oferecida à população por vezes é colocada à parte e pouco valorizada, o que seria necessário para garantir o cumprimento da PNH. Dessa forma, conhecer a qualidade e dimensão do atendimento nas UBS porta de entrada do paciente no SUS, é de extrema importância, podendo contribuir inclusive na redução de internações hospitalares, promoção de autonomia entre funcionários, gestores e pacientes, melhoria do atendimento aos pacientes como um todo. Nesse sentido, foi realizada uma revisão sistemática em três bases de dados: Scientific Eletronic Library Online, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e *Web of Science*, para verificar a situação da aplicação da Política Nacional de Humanização na Atenção Básica no Brasil, de acordo com a percepção dos usuários do SUS e funcionários.

MÉTODOS

Para este trabalho foi realizada uma pesquisa do tipo qualitativa, através de uma revisão sistemática em Artigos e informações existentes em bases de dados, disponibilizadas em periódicos nacionais e internacionais. Foi realizada uma revisão sistemática em três bases de dados: *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Web of Science*. Nessa revisão, utilizou-se os seguintes descritores: Atenção Básica, SUS, Atendimento Humanizado, Relação Humana e Conflito, e combinações entre eles. Para a combinação entre eles, foram usados os termos booleanos “AND” e “OR”, para as combinações e sinônimos, respectivamente. Para as pesquisas realizadas na base de dados *Web of Science*, os descritores foram traduzidos para a língua inglesa e utilizado VPN (do inglês, *Virtual Private Network*) pertencente à instituição acadêmica, enquanto que o acesso foi livre para as outras duas bases de dados.

O estudo dos Artigos foi realizado em três etapas: após a inserção dos descritores em cada base de dados, foi realizada uma seleção dos Artigos através da leitura minuciosa dos títulos, seguida pelos resumos e, caso o Artigo realmente abordasse a Política Nacional de Humanização (PNH) na Atenção Primária, esse foi lido e analisado criteriosamente. Através desse tipo de análise foi possível reunir e condensar informações sobre o assunto em questão, de forma a obter detalhes importantes, contribuindo para o aprofundamento e embasamento do conhecimento⁽¹⁵⁾.

Várias combinações entre descritores e termos booleanos foram utilizadas, com o objetivo de buscar e localizar o maior número de Artigos acerca do assunto. Dependendo das combinações dos termos booleanos e descritores utilizados, resultaram no aparecimento de Artigos que não faziam parte do assunto considerado nesse trabalho ou de revistas que não estavam no contexto. Dessa forma, foram considerados como critério de inclusão e exclusão, artigos que realmente fazem parte da temática analisada, “Política de Humanização

na Atenção Básica”, e artigos que não pertencem a esse assunto, respectivamente. Foram selecionados Artigos nacionais e internacionais (língua inglesa) que relatam a situação das Unidades da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, avaliação e percepção dos usuários em diferentes regiões do país, com relação à forma como são acolhidos, tratados, avaliados e assistidos, nos últimos 15 anos, e comparou-se com o recomendado com a Política Nacional de Humanização.

A coleta de dados foi realizada entre junho e julho de 2022.

RESULTADOS

Dependendo das combinações entre os termos booleanos, Artigos com temas dispersos foram obtidos como resultados, sendo excluídos da análise. Dessa forma, foi realizada uma análise crítica de todos os Artigos encontrados, iniciando pelo título, seguido pelo resumo e a leitura do Artigo completo. Dentre as três bases de dados analisadas nesse trabalho, a *Web of Science* foi a que mais apresentou resultados quantitativos, possivelmente por englobar Artigos de ordem mundial. Porém, foi com a base de dados SCIELO, onde foi encontrado mais Artigos relacionados ao assunto proposto nesse trabalho. Seguido a isso, na base de dados voltado à Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), foi a base de dados onde a menor quantidade de artigos, relacionado ao tema proposto, foi encontrada. Ao todo, foram analisados 8167 títulos de artigos, dos quais foram considerados 21 artigos, cujos assuntos eram integrais ou parcialmente pertinentes ao tema proposto neste trabalho. Dessa forma, nota-se que, especificamente sobre a qualidade do atendimento na Atenção Primária e Política Nacional de Humanização voltadas a esse assunto, não é um tema de grande relato na literatura, não existindo informações sobre todas as regiões do Brasil e a percepção dos funcionários e usuários do Sistema.

Lima e colaboradores, analisou o processo de humanização na Atenção Básica de Saúde, voltado à percepção dos idosos ⁽¹⁶⁾.

Foi utilizado um questionário pertencente à Organização Mundial da Saúde (OMS), *Multi-Country Survey Study* (MCSS), que mede a responsividade para a atenção hospitalar e ambulatorial ⁽¹⁷⁾.

Esse questionário é dividido nos seguintes domínios que englobam: dignidade (tratamento com respeito e privacidade); autonomia (participação dos entrevistados nas referidas tomadas de decisões em seus tratamentos); confidencialidade (em todas as etapas de seu tratamento); comunicação (se o paciente possui um tempo adequado para retirar suas dúvidas, escuta qualificada e atenta e as explicações são realizadas de forma clara e compreensível); pronta atenção (conseguiu obter atendimento quando foi necessitado e relacionado ao tempo de espera); apoio social (possibilidade de existir comidas especiais, visitas); escolha do profissional e estrutura física do ambiente de atendimento. Esses

autores fizeram essa pesquisa com 360 idosos lúcidos, com média de idade de 75,1 anos, na cidade de Araçatuba – SP, Brasil.

De acordo com os idosos que participaram dessa pesquisa, mais de 90% deles sempre foram atendidos quando necessitaram de cuidados e mais de 60% consideraram o tempo de espera muito bom; 97,2% sempre foram acolhidos e tratados com respeito e 98,3% tiveram sua privacidade respeitada. Contudo, 67,6% da população entrevistada, não obtiveram informações sobre outros tipos de exames ou outra forma de qualquer outro tratamento que fosse possível e 45,6% disseram que os profissionais que os atenderam decidiram o rumo do tratamento, sem fornecer liberdade e/ou autonomia ao paciente dar sua opinião ou até mesmo escolher suas preferências. Embora grande parte das considerações dos idosos sejam positivas, em relação à Unidade analisada, nota-se que mais da metade da população não obteve mais informações com relação aos exames e tratamentos e pouco mais de 45% não teve liberdade de escolha de seu tratamento, indo contra ao que propõe a Política Nacional de Humanização, que tem como principal propósito, trazer humanização e dignidade para todas as pessoas que utilizam qualquer parte do sistema público de saúde. Deve-se, no entanto, levar em consideração que os idosos poderiam estar desacompanhados no momento da consulta, não poderiam ter noção ou iniciativa de questionar as possibilidades de tratamentos ou suas alternativas, ou até mesmo problemas auditivos que os impediu de argumentar, pois sequer escutaram o que foi dito pelos profissionais de saúde.

Já Coelho e colaboradores verificaram a tecnologia das relações como dispositivos do atendimento humanizado, relacionado ao acesso, acolhimento e vínculo ⁽¹⁸⁾. Entrevistaram 90 pessoas, compreendidas entre usuários do Sistema, agentes administrativos, médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Os trabalhadores mencionaram acolhimento, apenas com relação à informação que é dada a qualquer usuário, mediante ao uso de placas de sinalização dentro das Unidades. Outro tópico mencionado pelos trabalhadores, foi a falta de comunicação entre os próprios trabalhadores dentro da Unidade. Onde, não ocorrendo o processo de comunicação, por mais simples que o assunto possa ser, pode existir erros de interpretação, prejudicando até mesmo os usuários do serviço. Com relação à vínculo e relações de poder nessa Unidade de Saúde, os médicos apenas solicitam exames, subestimando o contato e o diálogo com o usuário, ao passo que este “valoriza” a qualidade do atendimento que teve pela complexidade dos procedimentos utilizados no tratamento. Com relação ao ambiente acolhedor, é de comum acordo entre os entrevistados que é necessário modificar o espaço físico, de forma a torna-lo mais receptivo, acolhedor. Nessas e em outras análises realizadas no estudo de Coelho e colaboradores, nota-se que muitos profissionais têm a noção da importância da implementação da humanização no seu ambiente de trabalho, porém, falta treinamento e capacitação dos trabalhadores nesse sentido, de como efetivar a Política Nacional de Humanização no seu ambiente de trabalho.

Branco e coladores, realizaram um estudo sobre a percepção de um grupo de

estudantes de Medicina pertencentes ao sexto período do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia, especialista no atendimento em pessoas com HIV, acompanhados em Belém, no Pará ⁽¹⁹⁾. Brasil. Os alunos perceberam a grande necessidade da humanização nos atendimentos realizados aos enfermos, desde a forma de perguntar a orientação sexual do paciente, a possível forma de contágio. Notaram ainda a importância de se estabelecer uma confiança entre o paciente e o médico, com o intuito de se obter informações adicionais do paciente. Adicionalmente, existindo a confiança por parte do paciente com o corpo clínico envolvido, é importante para que o paciente faça adesão ao tratamento proposto e dê a continuidade ao mesmo ^(20–22).

DISCUSSÃO

A Unidade Básica de Saúde está localizada nas proximidades da residência da população e é considerada a porta de entrada dos usuários ao SUS, fazendo com que essa seja a estrutura física principal da Atenção Primária. Dessa forma, o usuário precisa ser ouvido, atendido na sua particularidade e singularidade, compreendido em suas necessidades particulares, não havendo uma “receita-fixa” a ser seguida, igualmente, a todos os pacientes ^(23,24).

Como foi possível verificar nos Artigos encontrados na literatura, muitos profissionais sabem da importância da humanização no ambiente de trabalho e da necessidade de sua implementação. No entanto, o Sistema deveria realizar um treinamento voltado à capacitação de seus funcionários, para torná-los aptos quanto a implantar a Política Nacional de Humanização no ambiente de trabalho e essa ser efetiva. Nota-se ainda, muita dificuldade dos profissionais, ao saber como acolher o usuário no instante em que este chega na Unidade de atendimento.

Uma vez que o acolhimento não se limita apenas ao atender, mas ao saber ouvir, valorizar as queixas que o paciente traz consigo, sabendo considerá-lo em sua particularidade, individualmente ⁽²⁴⁾.

Atrelado a isso, o espaço físico também é classificado como importante quesito no que se refere à humanização do atendimento, visto que, muitas vezes, o ambiente não é acolhedor, não havendo, por diversas vezes, privacidade nos atendimentos.

A partir dos registros encontrados nas bases de dados SCIELO, LILACS e *Web of Science* consultadas, sobre a aplicabilidade da Política Nacional de Humanização, em algumas realidades da Atenção à Saúde e comparados com o que sugere essa política, nota-se a falta da efetiva aplicação dessa política no Brasil. Observa-se a presença de profissionais que possuem determinadas ações classificadas pelos usuários como “humanizadoras”. Porém, há necessidade de mudanças nas posturas profissionais e na dinâmica de trabalho dos serviços das Unidades, desde o momento do acolhimento do usuário até o diagnóstico, oportunidade de escolha do tratamento e acompanhamento

clínico, fazendo com que todos os profissionais estejam envolvidos nesse processo, para que a PNH passe a ser, de fato, aplicada nessas Unidades.

AGRADECIMENTOS E CONFLITO DE INTERESSE

As autoras desse trabalho agradecem à Universidade do Oeste Paulista pelo suporte à realização dessa pesquisa. Não há conflito de Interesse.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm, obtido em 1 de junho de 2022.
2. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc saúde colet*. 2018;23(6):1723–8.
3. Mello GA, Demarzo M, Viana ALD. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. *Hist cienc saude-Manguinhos*. 2019;26(4):1139–50. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000400006>
4. Barboza NAS, Rêgo TDM, Barros TMRRP. A história do SUS no Brasil e a política de saúde. *Braz J of Develop*. 2020;6(11):84966–85. DOI <https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-057>
5. Sales OP, Vieira AFB, Martins AM, Garcia LG, Ferreira RKA. Desafios, Avanços e Debates em 30 anos de História. *Rev Humanidades e Inovação*. 2019;6(17):54–65.
6. Ministério da Saúde (Secretaria de Atenção à Saúde). Política Nacional de Humanização (PNH). Primeira Edição, 2003.
7. Santos Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 2009;13:603–13. DOI <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500012>
8. Ramos EA, Kattah JAR, Miranda LM, Randow R, Guerra VA. Humanização na Atenção Primária à Saúde. *Rev Med Minas Gerais*. 2018;28(Supl 5):e-S280522. DOI <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180134>
9. Navarro LM, Pena RS. A Política Nacional de Humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde. *Rev Psicol*. 2013;12(1):64–73. ISSN 1984-9044.
10. Almeida SL, Camargo C, Araújo KA, Alves APB, Barreto HCS. Política de humanização (HumanizaSUS): uma política transversal na saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2019;30:e786. DOI <https://doi.org/10.25248/reas.e786.2019>
11. Waldow VR, Borges RF. Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta paul enfer*. 2011;24(3):414–8. DOI <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>
12. Barbosa IA, Silva MJP. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(5):546–51. DOI <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000500012>

13. Nascimento JAS, Costa RS, Almeida RSM, Abadessa RS. Compreendendo a Política Nacional de Humanização em Saúde. *Revista Multidisciplinar em Saúde*. 2021;2(4):102. DOI <https://doi.org/10.51161/rem/s/2861>
14. Oliveira BRG, Collet N. A humanização na assistência à saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006;14(2):277–84. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000200019>
15. Mendes KDS, Silveira SCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758–64. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
16. Lima TJV, Arcieri RM, Garbin CAS, Moimaz SAS, Saliba O. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. *Saúde e Sociedade*. 2014;23(1):265–76. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100021>
17. Silva A, Valentine N. Measuring Responsiveness: Results of a Key Informants Survey in 35 Countries. 2000. (GPE Discussion Paper: No.21).
18. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(1):1523–31. DOI <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026>
19. Branco BB, Barreto AC, Silva RA, Tavares LF, Cordeiro HP. Reflexões humanísticas em serviço de atendimento especializado em HIV. *Rev bioét*. 2020;28(1):34–7. DOI <https://doi.org/10.1590/1983-80422020281364>
20. Kuroiwa AY, Duarte BS, Cunha GBR, Dias RP, Mello DRB, Vitarelli AM. A relação médico-paciente e os aspectos envolvidos na adesão ao tratamento. *Revista Interdisciplinar Pensamento Científico*. 2018;4(1):51–61.
21. Oliveira VZ, Gomes WB. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estudos de Psicologia*. 2004;9(3):459–69. DOI <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300008>
22. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc saúde colet*. 2004;9(1):139–46. DOI <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>
23. Guimarães BEB, Branco ABAC. Trabalho em Equipe na Atenção Básica à Saúde: Pesquisa Bibliográfica. *Revista Psicologia e Saúde*. 2020;12(1):143–55. DOI <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v12i1.669>
24. Medeiros FA, Araújo-Souza GC, Albuquerque-Barbosa AA, Clara-Costa IC. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Rev salud pública*. 2010;12(3):402–13.

CAPÍTULO 6

A REDE ALIMENTAR ALTERNATIVA EM SÃO PAULO - SP: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA RESIDÊNCIA EM SAÚDE COLETIVA E ATENÇÃO PRIMÁRIA PELA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Data de aceite: 02/05/2023

Fernanda da Silva Muniz

Ariandeny Silva de Souza Furtado

RESUMO: O estágio da Residência em Saúde Coletiva e Atenção Primária da Universidade de São Paulo (USP) foi realizado pelo caminhar compartilhado com as integrantes da Rede de Mulheres Negras para a Soberania Alimentar e Nutricional (REDESSAN) o que oportunizou participar um pouco da vivência e experiência do protagonismo de nós mulheres negras em busca da garantia dos Direitos Humanos com ênfase na Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (SSAN). E uma das atividades, que é expressada em tela, teve como objetivo mapear a Rede Alimentar Alternativa (RAA) em São Paulo/SP de forma colaborativa com as comunidades tradicionais e as(os) agricultoras(es) familiares. A pesquisa justifica-se a partir da problematização do cenário atual do nosso país em que o acesso aos alimentos saudáveis encontra-se limitado e a fome toma proporções cada vez maiores, e reconhecer as cooperativas e os grupos que focam na produção e a

oferta de alimentos convergentes com a agroecologia é de suma importância para população brasileira, as(o) gestoras(es), as instituições públicas(os) e os movimentos populares, sendo um dos caminhos para a implementação das políticas e atos normativos públicos que versam pela Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), a reafirmação do direito aos territórios, a disseminação das sementes crioulas, a valorização da agricultura familiar e o desenvolvimento territorial mais sustentável com inclusão socioproductiva e geração de renda. Diante desse contexto, o presente capítulo vai apresentar as principais iniciativas do Estado de São Paulo - SP que compõem a RAA, sendo referência e inspiração em SAN.

INTRODUÇÃO

O Brasil apresentou em 2022 mais da metade da população brasileira (58,7 %) vivendo em Insegurança Alimentar e Nutricional (In)San. (REDE PENSSAN, 2022) A Segurança Alimentar e Nutricional é o direito de toda população ao acesso regular e permanente a alimentos em quantidade suficiente e com qualidade,

sem interferir em outras necessidades básicas, que promovam práticas sustentáveis de produção com respeito à diversidade cultural. Toda a condição contrária a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é uma situação de (In)San. (BRASIL,2017)

A (In)San Leve é quando a alimentação apresenta baixo valor nutricional (déficit de macro e/ou micronutrientes) o que impacta na qualidade. Além desse contexto, há a preocupação com a aquisição desse alimento futuramente. A (In)San Moderada ocorre quando há restrição no acesso à alimentação e a (In)San Grave é a fome, a qual é compreendida como a escassez de alimentos. (SEGALL-CORRÊA et al, 2014)

A fome acomete mais as mulheres e a população preta e parda. Entende-se que a (In)San tem uma ampla relação com a baixa concentração de renda, as desigualdades sociais, e ambientais e as iniquidades raciais, (In)San. . Diante desse cenário, a promoção da SAN é uma medida importante para garantir a exigibilidade dos Direitos Humanos e a dignidade das populações mais vulneráveis, sendo a Rede Alimentar Alternativa (RAA) um dos caminhos para a efetivação da SAN.(REDE PENSSAN,2022), (IBGE,2020)

A Rede Alimentar Alternativa (RAA) privilegia o Circuito Curto (CC) de comercialização caracterizado pela venda direto na feira das(os) agricultoras(es) familiares, em feiras de outras(os) agricultoras(es) familiares, entrega de cestas em pequenos estabelecimentos ou até venda institucional para alimentação escolar. Os CC evidenciam a identidade cultural, alimentar e a coletividade dentro da rede e se apresentam como alternativa ao modelo alimentar industrial na produção de alimentos saudáveis. (DAROLT, M et al., 2016)

A RAA é formada por cooperativas, agricultoras(es) familiares, os movimentos sociais e diversos espaços e organizações que possuem correlação com práticas sustentáveis e agroecológicas. No Brasil, na década de 90 houve a institucionalização das redes, marcada com princípios de equidade, confiança e novas relações com produtoras(es) e consumidoras (es) pautadas em práticas socioambientais e uma nova forma de distribuição dos alimentos. (BRANDENBURG ; FERREIRA, 2012)

Considerando o panorama apresentado, foi realizado um mapeamento da RAA do estado de São Paulo, que dialoga com a SAN tendo como foco o protagonismo das Agricultoras(es) Familiares, as Comunidades Tradicionais e/ou Quilombolas que atuam com agriculturas ecológicas. Esse mapeamento foi realizado durante dois meses (setembro e outubro de 2022) utilizando a metodologia bola de neve (*snowball*). Essa metodologia é uma técnica de amostragem que utiliza redes de referência, na qual pessoas que estudam e trabalham com o mesmo tema indicam os contatos umas das outras, por isso se torna tão rica e diversa de trocas de saberes populares e conhecimento científico. (VINUTO, 2014)

As primeiras indicações foram passadas pela Rede de Mulheres Negras para Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (REDESSAN), posteriormente foi estabelecido o contato com as lideranças quilombolas, dos movimentos populares, da sociedade civil organizada, conselheiros de segurança alimentar e nutricional e as(os) agricultoras(es), por ligações telefônicas e/ou chamadas de vídeo pela da plataforma

gratuita do Google Meets oferecida pela Google.

Foi realizado o contato com 20 pessoas representantes das comunidades quilombolas, das(os) agricultoras(es) familiares, da Economia Solidária, dos Conselhos Municipais de Segurança Alimentar e Nutricional. Cabe ressaltar que a pesquisa também foi realizada nos sites oficiais das instituições e nas redes sociais, pois apresentavam informações mais detalhadas e o contexto histórico e de operacionalização das iniciativas.

Cabe ressaltar que existem muito mais espaços, instituições, movimentos populares e lideranças que compõem a RAA em SP e no Brasil, contudo, por limitação de tempo e foco foram elencadas aquelas em que foi estabelecido o contato direto com as lideranças e as que estavam acessíveis nas Redes Sociais Virtuais.

Rede Alimentar Alternativa em São Paulo - SP

Uma pluralidade de grupos fazem parte da RAA em São Paulo/SP, dentre eles destacam-se as Cooperativas de Agricultoras(es) Familiares, Hortas Urbanas, Comunidades Tradicionais, Movimentos sociais e Organizações não governamentais e os Espaços de Economia Solidária.

Cooperativa de Agricultoras (es)

Prato Verde Sustentável

Organização de impacto socioambiental que atua com a manutenção de uma plantação agroecológica em uma área antes subutilizada nas periferias da cidade de São Paulo, proporcionando alimentos orgânicos, treinamentos e vivências ecológicas.

Criada em 2013, por um educador ambiental com o objetivo de unir a teoria à prática dentro do curso de Gestão Ambiental de uma faculdade privada da cidade de São Paulo e desde então vem atuando de forma importante no combate aos problemas socioambientais.

Contato:

R. dos Filhos da Terra, 944 02325-001 São Paulo, SP
contato@pratoverdesustentavel.com.br

Saiba mais em:

<https://www.pratoverdesustentavel.com.br/>

Associação de Agricultores da Zona Leste (AAZL)

O principal instrumento de apoio mútuo entre agricultoras (es), com associadas (os) em Guaianases, Cidade Tiradentes e São Miguel Paulista, além de São Mateus, bairros da zona leste da cidade de São Paulo..

Representa hoje 14 hortas, com cerca de 40 agricultoras (es) trabalhando. A AAZL presta assistência técnica agroecológica por meio de projetos e promove parcerias para comercialização além das feiras do Parque do Carmo e do SESC Itaquera. Individualmente, duas agricultoras já comercializam seus alimentos em outras feiras orgânicas da cidade.

Por meio da agroecologia urbana elas (es) buscam oferecer comida de verdade que é produzida na cidade. Em seu site eles descrevem a localização das feiras em que

comercializam os seus produtos.

Contato:

- Rua Paes Landin, 38 - Casa 9 - Itaquera, São Paulo
- agricultoreszonaleste@gmail.com

Saiba mais em:

<https://agricultoreszonaleste.org.br/>

Mulheres do GAU

As mulheres do GAU são mulheres migrantes nordestinas agricultoras que atuam no Viveiro Escola União de Vila Nova, em São Miguel Paulista, bairro da zona leste de São Paulo capital. Elas trabalham para manutenção de um viveiro escola, por meio do plantio, cultivo, colheita e manejo agroflorestal. O grupo também serve cafés e almoços em eventos em demais espaços da cidade. Elas possuem parceria com o Centro de Educação e Recuperação Educacional (CREN) em um projeto exitoso de fornecimento de alimentos da agricultura familiar, para esse centro de educação infantil.

Contato:

- Rua Papiro do Egito, 100 B- União de Vila Nova, São Paulo
- mulheresdogau.sp@gmail.com

Saiba mais:

<https://www.facebook.com/mulheresdogau>

RAPPA - Rede de Agricultoras Periféricas Paulistanas Agroecológicas

A RAPPA agrega e conecta mulheres agricultoras familiares e coletivos de mulheres agricultoras da cidade de São Paulo para estimular a autonomia econômica, geração de renda e promover maior protagonismo feminino na construção de políticas públicas, com base nos princípios da agroecologia, economia solidária e feminista, auto-organização e combate a qualquer tipo de violência de gênero. A cooperativa participa de várias feiras agroecológicas na cidade de São Paulo levando o protagonismo feminino e com o lema “da horta para feira e da feira para o prato”

Contato:

- Rua José Salier Peixoto 75, CEP 05530-070 São Paulo SP (endereço de uma das articuladoras, para correspondência, pois a RAPPA é uma rede e não tem sede fixa.
- 11999891601

Saiba mais:

<https://agroecologiaemrede.org.br/>

COOPERAPAS - Cooperativas dos Produtores Rurais e de Água Limpa da Região Sul de São Paulo

Cooperativa de produção orgânica da Capital de São Paulo, localizada no extremo sul da cidade. Possuem o foco na preservação do meio ambiente, produção de água limpa e alimentação saudável.

A cooperativa atuante desde 2011 trabalha com o cultivo de frutas, legumes e verduras orgânicos, visa a preservação do meio ambiente evitando a especulação imobiliária que cresce no local.

Contato:

- Av. Sadamu Inoue, 5252, São Paulo
- atendimentocooperapas@gmail.com

Saiba mais:

<https://www.instagram.com/cooperapas>

RAMA - Rede Agroecológica de Mulheres Agricultoras

Rede com onze grupos de mulheres agricultoras e quilombolas do Vale do Ribeira-SP, o destino da produção agroecológica é principalmente para o autoconsumo de suas famílias e comunidades, prioriza a venda dos produtos localmente e depois para redes de grupos de consumo de São Paulo.

A Rede possui protagonismo feminino, com foco na preservação do meio ambiente, produção de alimentos orgânicos e a valorização dos saberes ancestrais, ponto muito importante para a valorização da cultura alimentar.

Contato:

- mulheresdovale_consad@yahoo.com.br

Saiba mais:

<https://www.sof.org.br/reconhecendo-a-agroecologia-feminista-agroecossistemas-e-redes-das-agricultoras-do-vale-do-ribeira-sp-brasil/>

CAVARI - Cooperativa Agrícola do Vale do Ribeira

Cooperativa de pequenas e médias agricultoras (es) familiares, unidas(os) para compra de insumos e venda de produtos agropecuários.

Iniciaram as atividades em 11/09/2018 e tem como objetivo principal fomentar o cooperativismo através do conhecimento e compreensão do seu papel na sociedade.

Importante espaço que presta assistência técnica as(os) agricultoras(es), orienta como retirar o documento DAP que é uma declaração de aptidão ao PRONAF, documento importante para garantia de direitos.

Contato:

- Rua Dr. Nuno Silva, nº59, centro Eldorado/SP
- contato@cavari.com.br

Saiba mais:

<http://cavari.com.br/>

COOPERQUIVALE - Cooperativa dos Agricultores Quilombolas do Vale do Ribeira

Nasce com o objetivo de facilitar o escoamento dos produtos das comunidades e

permitir sua comercialização nos termos da lei. Dá assistência à venda de alimentos para mercados institucionais através de programas governamentais, como o PAA; visa fortalecer sua estrutura e organização das (os) cultivadoras (es).

Pela valorização da produção local pensam em promover o aumento da renda das (os) suas (seus) cooperadas (os). Em dois anos distribuiu 330 toneladas de alimentos.

Contato:

- Rua Presbítero Alcício de Freitas, nº 211-Vila Nova Esperança, Eldorado Paulista, São Paulo.

- 15 998075683

- 13 996324150

Saiba mais:

<https://lestebr.com/case/cooperquivale>

Hortas Urbanas

Horta Comunitária Vila Nancy

Uma das hortas urbanas mais antigas já homologadas em São Paulo- SP, a Horta da Vila Nancy foi criada a partir do movimento de moradia do bairro e sua associação de moradores. O bairro cresceu e a horta ainda protege três nascentes. O plantio é agroecológico, com certificado pela Organizações de Controle Social (OCS) da Associação de Agricultores da Zona Leste (AAZL). As vendas de verduras, leguminosas e frutas são mais concentradas no local, mas aceitam encomendas. A horta possui mais de 8000 m², localizada na região extremo leste da cidade de São Paulo, além de ser fonte de renda para moradoras(es) das comunidades que ainda preservam minas d'água.

Contato:

- R. Wilson Ackel, 638, Vila Nancy, Guaianases, Zona Urbana Leste

- (11) 94082-0950

Saiba mais:

<https://agricultoreszonaleste.org.br/horta-comunitaria-da-vila-nancy/>

Horta na Praça São Mateus

O projeto Horta na Praça objetiva ser um espaço de convívio, a Horta na Praça pretende ser também um espaço educativo para compartilhar aprendizado e resgatar a função social da Praça. Na sensibilização e conscientização da comunidade do entorno que vive, depende do meio ambiente equilibrado.

É desenvolvido pelo Centro de Estudo de Meio Ambiente e Integração Social (CEMAIS). Estão em busca de voluntárias (os) para auxiliar no cuidado na horta.

Contato:

- sueli.cemais@gmail.com1

- R. Gêmeos, 67, São Mateus, São Mateus, Zona Urbana Leste

Saiba mais:

<https://www.facebook.com/HortanaPraçaSaoMateus/posts/2453510328228719/>

Horta da Fazendinha do Imperador

A horta existe há 20 anos. Produz flores, hortaliças e PANC (plantas alimentícias não convencionais). É administrada por três integrantes de uma família, elas (es) tem como sonho futuro abrir espaço para crianças conhecerem a horta e construir um viveiro de plantas ornamentais.

Contato:

- Rua Piranguçu, 70, Jd. Imperador, São Mateus, Zona Urbana Leste
- (11) 94901-8513
- joapvieira@hotmail.com

Saiba mais:

<https://agricultoreszonaleste.org.br/fazendinha-do-imperador/>

Horta Sabor da Vitória

Terreno com área de seis mil metros quadrados com produção de mais de 80 tipos de verduras e legumes, que é vendida nas feiras locais, e na loja própria que inauguraram. A produção possui Certificação Orgânica. Uma das hortas mais produtivas da cidade foi idealizada por um casal de baianos, que hoje cultiva cenoura, beterraba, hortaliças em geral, batata doce e yacon e inhame, entre outros alimentos.

Localizada no bairro de São Mateus, zona leste da cidade de São Paulo.

Contato:

- Rua Serafim Dias Machado, 88, Jd Santa Adélia, Zona Urbana Leste
- terezinhasantosmatos@yahoo.com

Saiba mais:

<https://agricultoreszonaleste.org.br/sabor-da-vitoria/>

Horta das Corujas

A Horta das Corujas foi a primeira que resultou do envolvimento coletivo, na praça Dolores Ibarruri, região da Vila Madalena. Num espaço de 800m² há diversos cultivos e acesso a água limpa, mesmo nos tempos mais secos, desde que recuperaram uma das nascentes que abastecem o Córrego das Corujas.

A horta das corujas fica localizada na zona oeste da cidade de São Paulo. É mantida por voluntárias(os) e qualquer um pode colher as hortaliças. As voluntárias (os) fazem vaquinha quando precisam de algo e produzem as mudas em suas próprias casas.

Contato:

- Av. das Corujas, 39, Vila Beatriz, Alto de Pinheiros, Zona Urbana Oeste

Saiba mais:

<https://hortadascorujas.wordpress.com/sobre-a-horta/>

Horta da Casa Ecoativa

A Ecoativa é um centro eco cultural localizado na Ilha do Bororé, às margens da Represa Billings, extremo sul da capital paulista. Recebem em média cerca de 750 crianças

e adolescentes para visitar o local, possui um espaço amplo para receber grandes grupos.

O espaço ficou inativo por oito anos, a partir de uma mobilização da comunidade se tornou um local vivo com diversas programações culturais, discussão de práticas sustentáveis e a horta comunitária.

Contato:

- Estrada Velha do Bororé, 3000, Jardim Santa Tereza, Grajaú, Zona Urbana Sul
- eco_ativa@hotmail.com

Saiba mais:

<https://www.facebook.com/casaecoativa/>

Horta da Tia Bela

Criada pela ONG (Organização Não Governamental) Cidades Sem Fome, a horta está localizada debaixo de terrenos por onde passam as torres de linhas de transmissão de energia da ENEL empresa que realiza a distribuição de energia elétrica em 24 municípios da Grande São Paulo.

Na Horta Orgânica da Tia Bela todo o espaço é aproveitado, não utilizam agrotóxico para produzir grandes quantidades de hortaliças utilizando técnicas da agricultura orgânica. A horta que beneficia diretamente muitas famílias durante os quinze anos. E é administrada pela ONG.

Contato:

- Rua Morro do Espia 442, Jd Imperador, São Paulo/SP.

Saiba mais:

<https://www.instagram.com/hortadatiabela>

Agrofloresta Saruê

Espaço comunitário de troca de saberes e vivências coletivas, com horta urbana onde está presente o convencional e o agroflorestal (com vários sistemas de permacultura) rica em Pancs e em plantas medicinais, mas também algumas convencionais.

Local rico e diverso, recebe visitas de diversos espaços que trabalham também com permacultura e agroflorestas. Assim como é característico desses espaços, observa-se a valorização pela coletividade.

Contato:

- Praça Agostinho Nohama - Mandaqui, São Paulo - SP,
- (11) 98712-2911

Saiba mais:

<https://www.instagram.com/hortasarue>

Horta Comunitária da Saúde

O espaço de 420 metros quadrados era um terreno baldio e cheio de lixo. Hoje a horta é agroecológica e conta com plantio de folhosos, como alface, couve, e também uma coleção de Pancs (plantas alimentícias não convencionais). Realiza também ações socioambientais.

A Horta além de ser um espaço para cultivo também se tornou um local de interação entre a comunidade e de compartilhamento de saberes.

Contato:

- Rua Paracatu, 66, Zona Sul

Saiba mais:

<https://www.facebook.com/people/Horta-da-Sa%C3%BAde/100067567612741/>

Horta de Paraisópolis - Projeto Agrofavela

A horta foi criada em outubro de 2020. São 900 metros quadrados onde são produzidas hortaliças, legumes, frutas, flores e ervas. Conta com um sistema hidropônico com capacidade para cerca de 950 pés de verduras. Plantadas em canteiros estão outros 60 tipos de verduras. Paraisópolis é a segunda maior favela da capital, com cerca de 100 mil pessoas.

Toda colheita é doada para o projeto Mãos de Maria, no qual as (os) próprias (os) moradoras (es) produzem quentinhas para os seus vizinhos. Em pouco tempo de existência, já produz efeitos positivos dentro da comunidade.

Contato:

- Paraisópolis, Zona Sul

Saiba mais:

<https://institucional.imaginabrasil.com.br/agrofavela-projeto-inovador-distribui-hortalicas-em-favelas-de-sao-paulo/>

Comunidades Tradicionais, Movimentos sociais e Organizações não governamentais

Rede Permaperifa

O Permaperifa é uma rede que une pessoas interessadas em fazer permacultura nas periferias de São Paulo. As ações acontecem em forma de mutirão, uma forma ancestral de organização. Algumas das atividades do mutirão são: limpezas de terreno, pintura de muro, plantios e restauros de canteiros.

Espaço com o resgate de práticas ancestrais tão importante para a valorização e o protagonismo da cultura local, além do fortalecimento das ações coletivas.

Contato:

- Rio Araujo, 702 Vila Nova União - São Paulo

- redepermaperifa@gmail.com

Saiba mais:

<https://www.facebook.com/REDEPERMAPERIFA>

Autonomia ZN

É um coletivo que atua na Zona Norte de São Paulo e transformou um terreno que acomodava um lixão, em uma floresta urbana. Hoje, também, é um espaço de geração de renda e de troca de saberes através da permacultura e do livre brincar.

O coletivo realiza almoços com inserção de Pancs (Plantas Alimentícias Não Convencionais) e recebe visitas pedagógicas no espaço, que conta com o selo de ecoturismo da Cantareira.

Elas(es) realizam oficinas na agrofloresta para o público interno e externo.

Contato:

- Avenida Antonelo da Messina, 222 , Jardim das Rosas, Tremembé, Zona Urbana Norte

- autonomiazn@gmail.com

Saiba mais:

<https://autonomiazn.com.br>

Solano Trindade

A agência Solano Trindade fomenta e apoia a produção e difusão da cultura popular. Contribuem com o desenvolvimento da rede de distribuição de alimentos saudáveis nas periferias de São Paulo.

Localizado na periferia da zona sul de São Paulo, tem como objetivo criar acesso e pontes para os desertos alimentares das periferias e atuaram também na emergência alimentar em plena pandemia de covid 19.

Contato:

- Rua Batista Crespo 105, São Paulo.

- agsolanotrindade@gmail.com

Saiba mais:

<http://agsolanotrindade.com.br/>

Assentamento Irmã Alberta

Único do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) dentro do município de São Paulo – região de Perus. No local estava proposto a construção de um lixão, mas, a luta dos Sem-terra tem transformado a área em um espaço de produção de alimentos. O assentamento produz junto com mais dois assentamentos cerca de uma tonelada de alimentos que servem de subsistência para as famílias e são comercializados em feiras e pontos de economia solidária.

Espaço muito importante para a produção e consumo de alimentos livres de agrotóxicos e presente na capital, o que facilita a comercialização.

Contato:

- Km 27- Rodovia Anhanguera

Saiba mais:

<https://pt.org.br/comuna-da-terra-irma-alberta-completa-17-anos-na-periferia-de-sp/>

Projeto de Ponta a Ponta

O projeto teve início na pandemia de Covid-19. Ao mesmo tempo que famílias passavam fome, pequenos agricultores familiares das cidades de São Paulo estavam perdendo seus alimentos por não conseguirem vender, diante desses dois cenários o

projeto de ponta a ponta surge adquirindo os hortifrutis que não estavam sendo comprados e repassando para famílias com maior vulnerabilidade. São distribuídas cestas de hortifruti em uma escola pública da região do Butantã(bairro da zona oeste da cidade de São Paulo) para as famílias das (os) discentes.

Foi idealizado pela professora Sol Horti, diante da situação de insegurança alimentar que ela acompanhou principalmente dentro da escola. O projeto evita prejuízos às agricultoras (es) familiares e alimenta as famílias vulneráveis.

Contato:

- Rua Ramon Bayeu 21, São Paulo, SP, 05363-200 · ~13,4 km
- eejaa@live.com

Saiba mais:

<https://www.instagram.com/projetodepontaaponta>

Terra e Liberdade

Cooperativa da Regional Grande SP do MST. Os alimentos que compõem a cesta da Cooperativa Terra e Liberdade são produzidos nos espaços da Reforma Agrária da Regional Grande São Paulo do MST, este vem lutando desde 2000 por acesso à terra, agroecologia, educação, igualdade de raça e gênero e também à luta LGBTQ+.

Tem como proposta a manutenção do cinturão verde para abastecimento agroecológico aumentando a biodiversidade, minimizando impactos ambientais.

Contato:

- contato@terraeliberdade.com

Saiba mais:

<https://terraeliberdade.com>

Quilombo Ivaporunduva

Localizada no vale do Ribeira- SP, a comunidade é formada por quase 500 quilombolas que focam no turismo, além da produção orgânica de arroz, mandioca, banana, milho, feijão, verduras, legumes e pequenas propriedades pecuárias. A economia do quilombo está organizada sob o sistema de cooperativa, da qual todas as famílias são associadas (fazem parte da Cooperquival). Os alimentos são comercializados em diversas regiões do Estado.

Segundo Laudessandro Marinho da Silva (liderança quilombola), a agricultura é como vida para os quilombolas, pois foi através do cultivo que conseguiram resistir dentro do quilombo.

Contato:

- SP 165- Eldorado/Iporanga, São Paulo
- 13 3879 5000

Saiba mais:

<https://quilombosdoribeira.org.br/ivaporunduva/inicio>

Quilombo Porto Velho

Atualmente existem no Porto Velho diversos cultivos de roças em áreas familiares e em espaços de produção coletiva, que são geridos pela associação quilombola. A produção agrícola do quilombo é destinada para consumo próprio ou é comercializada para outras cidades do estado de São Paulo. No Vale do Ribeira comercializam seus alimentos e contribuem com a preservação da terra e de práticas agroecológicas, juntamente com outras comunidades quilombolas. Também fazem parte da Cooperquivale.

Contato:

- isaribeira@socioambiental.org
- Rua Antônio Arcanjo rosa, Iporanga- São Paulo

Saiba mais:

<https://www.quilombosdoribeira.org.br/portovelho/historico>

Quilombo Nhunguara

Nhunguara é uma comunidade situada na divisa dos municípios de Eldorado e Iporanga (SP). Possui sede própria da Rede de Sementes do Vale do Ribeira que gerou R\$ 120 mil em 2021. Na comunidade há o plantio de batata-doce, banana, abóbora, couve e feijão. Estão inseridos na Cooperquivale.

Assim como os outros quilombos do Vale da Ribeira tem como meio de subsistência a agricultura e por meio da cooperquivale estão se desenvolvendo.

Contato:

- SP 165- Eldorado/Iporanga, São Paulo
- 13 3879 5000

Saiba mais:

<https://www.quilombosdoribeira.org.br/nhunguara/inicio>

ONG Cidades sem fome

A ONG Cidades sem Fome desenvolve projetos de agricultura sustentável em áreas urbanas. Segundo elas (es), o objetivo é criar oportunidades de trabalho e renda para pessoas que necessitam de uma nova oportunidade em suas vidas. Criaram núcleos de produção de alimentos em áreas não utilizadas nas grandes cidades.

A grande produção de alimentos são destinadas ao autoconsumo das(os) participantes e a comercialização, revertido em renda para os beneficiárias (os).

Contato:

- Rua Professor José Décio Machado Gaia, 20 - Bairro São Mateus (Complemento: número 20-A, sala 02) 03961-070 São Paulo, SP
- 11 998205784

Saiba mais:

<https://www.cidadessemfome.org/>

Espaços de Economia Solidária

Instituto Barú

O Instituto Baru é uma associação de trabalhadores que praticam o cooperativismo e a economia solidária. Com a missão de articular redes de cooperação e fomentar cadeias curtas de comercialização de produtos orgânicos e agroecológicos advindos da agricultura familiar, de cooperativas, de comunidades tradicionais e da reforma agrária. Apoiam produtoras (es) no escoamento de seus alimentos, atrelando valores de responsabilidade socioambientais da produção e prezando por relações de trabalho saudáveis e trocas comerciais justas. Oferecem, dessa forma, maior acesso da população urbana a produtos orgânicos e agroecológicos, que são ofertados no instituto pelo preço estabelecido pelas (os) produtoras (es).

O Baru é também um espaço de debate e formação em consumo responsável e soberania alimentar.

Contato:

- Rua Boturoca 206, São Paulo, SP
- (11) 2619-2999
- associacao@institutobaru.org

Saiba mais:

<https://pt-br.facebook.com/institutobaru>

Instituto Chão

Fundado em 2015, o Instituto Chão é um espaço que vende alimentos orgânicos pelo preço da (o) produtora (o), sem o lucro da loja, além de oferecer uma experiência socioeconômica.

Com 28 associadas (os), sem hierarquia entre elas (es), o Instituto funciona no modelo de autogestão e todas (os) as (os) membras (os) desempenham diversas funções.

Espaço de economia solidária que visa a colaboração e não a competição. Pessoas como sujeito e finalidade da atividade econômica.

Contato:

- Rua Harmonia, 114 - Vila Madalena São Paulo, BR
- 11 3819 4205
- contato@institutochao.org

Saiba mais:

<https://www.institutochao.org/>

Orgânicos no ponto

O Orgânicos no Ponto faz parte do projeto de economia solidária ligado à Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo e que integra a Rede de Atenção Psicossocial (Raps). A iniciativa envolve empreendimentos de geração de trabalho e de renda.

São comercializadas 120 de cestas de produtos orgânicos por semana, entre hortifruti, ovos, pães, sucos e outros. Tudo em parceria com pequenas(os) produtoras(es) de São Paulo e região.

É muito grandioso quando há essa associação entre os equipamentos da prefeitura.

É a melhor forma de afirmar que o resultado se torna mais efetivo quando parcerias são realizadas.

Contato:

- organicos.ecosol@gmail.com
- Av. Corifeu Azevedo Marques,250, São Paulo

Saiba mais:

<https://www.instagram.com/organicosecosol>

Banco de Alimentos

A Organização criou em 2020 um projeto de economia solidária que garantiu alimentos e cursos de capacitação para famílias no estado de São Paulo. Para participar dos projetos, as famílias deveriam ter renda de até R\$200 por pessoa, além de participar de coleta de materiais recicláveis, fazer cursos ou trabalhar na horta comunitária.

Idealizada por uma economista, a ONG tem como papel principal, distribuir alimentos que perderam valor de prateleira, mas que ainda estão aptos para consumo.

Contato:

- Rua Atibaia, 218 – Pacaembu
- (11) 95029-0006
- info@bancodealimentos.org.br

Saiba mais:

<https://bancodealimentos.org.br/>

Ponto de Economia Solidária Butantã

O Ponto foi implantado como estratégia de reabilitação psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial Oeste de São Paulo, para promover a inclusão social pelo trabalho. Conta com uma horta com a produção de produtos orgânicos, é comedoria, comercializa artesanatos e a venda de livros.

Espaço que associa cultura, saúde mental, práticas agroecológicas e geração de renda como construção coletiva.

Contato:

- pontoecosol@gmail.com
- Av. Corifeu Azevedo Marques, 250, São Paulo

Saiba mais:

<https://www.ecosolbutanta.com.br>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Residência em Saúde Coletiva e Atenção Primária reavivou em mim diversas inquietações que inclusive já existiam, mas estavam adormecidas. Os quase dois anos convergindo os conhecimentos das ciências sociais com as ciências da saúde, estimularam um novo olhar como profissional da saúde e nutricionista, principalmente por meio de ações

e pensamentos que no passado condicionaram a minha prática.

Atualmente passam por um processo de (des)construção ampliando o espaço para novos saberes e estratégias de atuação como futura nutricionista sanitária. Essa residência que preza também pela autonomia dos saberes, me possibilitou a escolha de um campo de estágio em que pude experienciar os saberes populares, compreender a sua relevância, e o seu papel também na promoção da saúde.

E nessa perspectiva, no processo de mapeamento da RAA, o desafio maior foi o “tempo curto” para o mapeamento de todas as redes e também a dificuldade em conhecê-las de maneira presencial. Devido a distância, os recursos tecnológicos me permitiram conversar com pessoas presentes até em outros estados, para a sistematização da experiência. Uma reflexão durante a construção da pesquisa, é que só tive a oportunidade de conhecer a RAA a partir do programa de residência e de aprofundar já no estágio profissionalizante.

A Rede Alimentar Alternativa em São Paulo é independente, autogestionável e mesmo com o desafio de não acesso às políticas públicas, a vulnerabilidade e as iniquidades raciais, ainda oferta alimentos de qualidade, nutritivos que dialoga com a Segurança Alimentar e Nutricional, se tornando uma referência nessa caminhada.

Alguns questionamentos surgem, sendo: por que a RAA não é divulgada na mídia, ou em outros meios mais populares de divulgação? E o que justifica não receberem o financiamento público? E o paradoxo está posto pois mesmo diante tantas contradições a RAA é um dos caminhos de promoção da SAN com desenvolvimento territorial mais sustentável pró inclusão socioproductiva das comunidades tradicionais e das(os) agricultoras(es) familiares.

AGRADECIMENTOS

Clenivalda França dos Santos
Edgar Aparecido de Moura
Soraia Januária dos Santos
Luiz Henrique Bambini de Assis
Laudessandro Marinho da Silva
Marcelo Mazeta Lucas
Fernanda Suemi Yonamine Takemoto
Solania Horti Neri dos Santos
Vera Helena Lessa Vilela

REFERÊNCIAS

Associação de Agricultores da Zona Leste. Disponível em: [https:// agricultoreszonaleste.org.br](https://agricultoreszonaleste.org.br). Acesso em: 13 out 2022.

Brandenburg A.; Ferreira ADD. Agricultores ecológicos e o ambiente rural: visões interdisciplinares. São Paulo: Annablume, 2012.

Brasil. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Conceitos Segurança Alimentar e Nutricional, 2017. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/acesso-a-informacao/institucional/conceitos>. Acesso em: 28 dez. 2022.

Brasil. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Conceitos Segurança Alimentar e Nutricional, 2017. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/acesso-a-informacao/institucional/conceitos>. Acesso em: 28 dez. 2022.

Chão. Disponível em: <https://www.institutochao.org/> Acesso em: 17 out 2022.

Coletivo de Comunicação MST/SP. Movimento dos Trabalhadores sem terra, 2019. Disponível em: <https://mst.org.br/2019/07/30/mst-celebra-os-17-anos-da-comuna-da-terra-irma-alberta/>. Acesso em: 11 out 2022.

Cooperativa Agrícola do Vale do Ribeira. Disponível em: www.cavari.com.br Acesso em: 15 out 2022.

Da agricultura rural para a agricultura urbana - VERDE SP. Disponível em: <http://verdesp.com.br/dagricultura-rural-para-a-agricultura-urbana/> Acesso em: 18 out 2022

Darolt M, Lamine C, Brandenburg A, Alencar MCF, Abreu LS. Redes Alimentares Alternativas e novas relações produção-consumo na França e no Brasil. São Paulo: Ambiente & Sociedade, 2016; XIX(2): 1-22.

Eaacone - Equipe de Articulação e Assessoria às Comunidades Negras - Vale do Ribeira, 2011. Disponível em: www.eaacone.org (webnode.com.br). Acesso em: 09 out 2022.

Facebook. Cooperapas. Apresentação. São Paulo. Disponível em: <https://www.facebook.com/Cooperapas/>. Acesso em 15 out 2022.

Facebook. Cooperativa dos Agricultores Quilombolas do Vale do Ribeira. Apresentação. Eldorado SP. Disponível em: <https://www.facebook.com/coopequivalencia.cooperativa/>. Acesso em: 18 out 2022.

Facebook. Horta na praça Cemais. São Paulo-SP. Disponível em: <https://www.facebook.com/HortanaPracaSaoMateus>. Acesso em 18 out 2022.

Ibge. Pesquisa de Orçamentos Familiares: 2017-2018. Avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2020.

Quilombo Porto Velho. 2016. Disponível em: https://www.gov.br/incra/pt-br/assuntos/governanca-fundiaria/porto_velho.pdf. Acesso em: 09 out 2022.

No aniversário de São Paulo, suas hortas urbanas mostram o campo e a cidade. Disponível em: <https://forbes.com.br/forbesagro/2022/01/no-aniversario-de-sao-paulo-suas-hortas-urbanas-mostram-o-campo-na-cidade/> Acesso em: 20 out 2022.

Quilombos do Ribeira. Disponível em: <<https://www.quilombosdoribeira.org.br/quem-somos>> Acesso em : 18 out 2022.

Sampa + rural. Disponível em :<https://sampamaisrural.prefeitura.sp.gov.br/>. Acesso em: 09 out 2022.

Segall-Corrêa AM, Marin-Leon L, Melgar-Quiñonez H, Pérez-Escamilla R. Refinement of the Brazilian Household Food Insecurity Measurement Scale: Recommendation for a 14-item Ebia. *Revista de Nutrição*, v. 27, n. 2, p. 241-251, abr. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-52732014000200010>. Acesso em: 31 jan. 2023.

Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas, Campinas*, v. 22, n.44,p.203-220, ago/dez. 2014.

CAPÍTULO 7

REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS DA INFECÇÃO POR HIV EM GESTANTES NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de submissão: 30/03/2023

Data de aceite: 02/05/2023

Simone Souza de Freitas

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

Eronildo José dos Santos

Enfermeiro especialista em Unidade de Terapia Intensiva Geral e Nefrologia pela Faculdade Metropolitana de Ciências e Tecnologia – FAMEC. Recife, PE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/6993225634275997>

Alessandra Barbosa da Silva

Mestranda em Gestão e Economia da Saúde pela Universidade Federal de Pernambuco- UFPE. Recife, PE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/9589025762656451>

Karla Gomes do Nascimento

Especialista em Auditoria em Sistemas de Saúde pela Universidade Estácio de Sá, UNESA, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/9997799453574182>

Laisa Darlem da Silva Nascimento

Mestranda Profissional em Gestão e Economia da Saúde pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Recife, PE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7210172179626412>

Jany Kelly Cardoso Silva

Enfermeira pela Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI Diamantina-MG, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/1563440196700871>

Maria Eliane Ramos de Oliveira

Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade Alpha. Recife, PE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7734837183857850>

Cristiane Rodrigues da Silva Machado

Especialista em Enfermagem e Obstetrícia pela CBPEX –PE. Recife, PE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7295281121916189>

Emanuela de Oliveira Silva Souza

Especialização em saúde pública com ênfase em gestão dos serviços de saúde. Recife, PE, Brasil.

Athos Phillip de Carvalho Chaves

Especialista em Saúde Pública pela Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES-UNITA). Caruaru, PE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/6447675168382023>

Francisca Trajano Duarte

Enfermeira pela Universidade Salgado de Oliveira. Recife, PE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/1428746281993424>

RESUMO: Introdução: A gestação na presença do HIV impõe diversos desafios à mulher, entre os quais se destacam como fatores de riscos psicossociais: a doença, as alterações hormonais presentes no ciclo gravídico, a exemplo de alterações físicas, soma-se o fato de gerar um filho associado a uma doença incurável e isto conduz as mulheres a um patamar diferenciado de enfrentamento na condição de ser. **Objetivo:** Apresentar um panorama das publicações que tratam sobre repercussões psicossociais da infecção por HIV em gestantes no contexto da atenção primária à saúde. **Metodologia:** O presente estudo consiste em uma revisão integrativa de literatura. A revisão integrativa foi realizada em seis etapas: 1) identificação do tema e seleção da questão norteadora da pesquisa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos e busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) categorização dos estudos; 5) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa e interpretação e 6) apresentação da revisão. **Resultado:** Os fatores que estiveram relacionados à saúde mental em mulheres que vivem com o vírus foram: ideação suicida, ansiedade e depressão. A relação entre viver com HIV, e repercutir em sua saúde mental é a expressão das múltiplas consequências que afetam as mulheres gestantes. Foi observado que as repercussões na saúde mental das gestantes foi mais frequente no grupo de mulheres cuja primeira gestação foi antes dos 20 anos. **Conclusão:** A identificação de possíveis problemas mentais no período gestacional pode colaborar para uma melhor compreensão e prevenir complicações relacionadas ao HIV e a saúde mental na dinâmica da mãe-filho e contribuir com a qualidade na assistência às famílias, o que proporciona benefícios para todos, independentemente de serem portadoras de alguma doença agravante ou não.

PALAVRAS-CHAVE: Gestação, Vírus da Imunodeficiência Humana; Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental

PSYCHOSOCIAL REPERCUSSIONS OF HIV INFECTION IN PREGNANT WOMEN IN THE CONTEXT OF PRIMARY HEALTH CARE: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: Pregnancy in the presence of HIV poses several challenges to women, among which psychosocial risk factors stand out: the disease, hormonal changes present in the pregnancy cycle, such as physical changes, in addition to the fact that it generates a child associated with an incurable disease and this leads women to a different level of coping in the condition of being. **Objective:** To present an overview of publications that deal with the psychosocial repercussions of HIV infection in pregnant women in the context of primary health care. **Methodology:** The present study consists of an integrative literature review. The integrative review was carried out in six stages: 1) identification of the theme and selection of the research's guiding question; 2) establishment of criteria for inclusion and exclusion of studies and search in the literature; 3) definition of the information

to be extracted from the selected studies; 4) categorization of studies; 5) evaluation of studies included in the integrative review and interpretation and 6) presentation of the review. **Result:** The factors that were related to mental health in women living with the virus were: suicidal ideation, anxiety and depression. The relationship between living with HIV and its impact on their mental health is the expression of the multiple consequences that affect pregnant women. It was observed that the repercussions on the mental health of pregnant women were more frequent in the group of women whose first pregnancy was before the age of 20. **Conclusion:** The identification of possible mental problems during the gestational period can contribute to a better understanding and prevent complications related to HIV and mental health in the mother-child dynamics and contribute to the quality of care for families, which provides benefits for all, regardless of whether they have an aggravating disease or not. **KEYWORDS:** Pregnancy, Human Immunodeficiency Virus; Primary Health Care, Mental Health

INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico que consiste em um período de grandes mudanças física, sociais e emocionais que são capazes de gerar ansiedade, medo, novas descobertas e expectativas, o que requer instruções e ensinamentos para auxiliar - lá no que tange a gestação, autocuidado, preparo para o parto e para a maternidade (ARAÚJO et al, 2016). Por ser um período de fragilidade, as mulheres precisam de apoio, e no caso das gestantes com HIV, além das fragilidades normais da gestação, elas compartilham o receio do julgamento social, a falta de apoio familiar e conjugal, o que dificulta de um modo geral e prejudicam a adesão ao tratamento, e amplia os riscos e consequências da transmissão vertical (ANDRADE,2022).

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um retrovírus com tropismo pelos linfócitos T CD4+, células do sistema imune responsáveis por coordenar a resposta imune à infecção (ARAÚJO, 2016). As gestantes infectadas por HIV são mais suscetíveis a infecções graves por microrganismos habitualmente inofensivos por apresentarem deterioração do sistema imunológico (HERNANDES et al, 2019).

A transmissão vertical do HIV, de mãe para filho, é a forma mais comum de infecção por HIV em crianças, sendo transmitido da gestante para o feto no período da gestação, durante o trabalho de parto e pelo aleitamento materno (MARQUES, 2021). A transmissão vertical, pode causar partos prematuros, bebês com baixo peso ao nascer e mais chances de hospitalizações ao longo da vida (NORRIS, 2021).

A gestação na presença do HIV impõe diversos desafios à mulher, entre os quais se destacam como fatores de riscos psicossociais: a doença em si, as alterações hormonais presentes no ciclo gravídico, a exemplo de alterações físicas, soma-se o fato de gerar um filho associado a uma doença incurável e isto conduz as mulheres a um patamar diferenciado de enfrentamento na condição de ser (EGBE et al, 2017).

Em um estudo realizado por Lovisi e colaboradores (1996), revelam que as gestantes com HIV enfrentam dolorosa realidade na qual, 43% das mulheres apresentaram distúrbios psiquiátricos após o diagnóstico da infecção pelo HIV, e a depressão constituiu 63% destes distúrbios. Este sintoma soma-se à ausência de suporte afetivo, material e social, com conseqüente isolamento social, negação da doença, e baixa autoestima e ainda como resultado da própria atividade viral, dificultando, assim, o apoio da família e dos profissionais de saúde (PAULA, 2021).

Em decorrência da formação dos profissionais de saúde o foco do cuidado em saúde se mantém ligado à doença ou as suas formas de expressão como os sinais e sintomas, o que torna o estado emocional da mulher esquecido no seguimento de sua gestação, pois se tem o cuidado com base no modelo biomédico onde o foco está na patologia, e não são considerados os fatores sociais e a subjetividade individual, tornando o cuidado distante da forma humanizada e integral (RIBEIRO-FERNANDES,2021). Por esta razão, intervenções psicológicas realizadas por profissionais de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) destinadas a estabelecer um bom ajuste psicológico da gestante, hábitos de vida apropriados ou um adequado controle do estresse podem colaborar com a terapia farmacológica na manutenção de níveis imunológicos adequados, evitando complicações advindas da progressão viral (SCHERER,2009).

A APS é considerada o maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde, tendo como principais características reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar hegemônico, substituindo-o por um modelo que privilegie o enfoque preventivo, coletivo e democrático na assistência à saúde para todos os indivíduos da sociedade (FAUSTO E MATTA, 2007).

Segundo Martins (2017), as equipes de saúde que atuam na APS frequentemente se deparam com atendimento à mulher gestante com HIV.

Nesse contexto, a efetivação da assistência à saúde as mulheres gestantes com HIV, em que os profissionais de saúde como membro da equipe da APS é considerado um instrumento de mudanças nas práticas de atenção à saúde da população, que não está centrado na clínica e na cura, mas sobretudo, na integralidade do cuidado, na intervenção frente aos fatores de risco, na prevenção de doenças e na promoção da saúde e da qualidade de vida (HALCOMB, 2016).

Sabendo das situações a que uma gestante muitas vezes está exposta como o medo da doença, baixas condições socioeconômicas, ausência do companheiro, abandono da família e medo frente aos acontecimentos que antecedem à chegada do filho, é de extrema importância enfatizar junto ao pré-natal, atividades que possam promover o bem-estar mental da mãe para promover um curso normal da gestação (GONÇALVES, 2018).

Galdersil (2017) descreve que as diretrizes, estabelecidas pela articulação entre as políticas de saúde mental e de atenção primária à saúde, visam ampliar e tornar mais eficazes as intervenções dos dois campos (FAISAL, 2021).

Nesse sentido, as práticas de promoções em saúde de forma conjunta entre os

serviços, voltadas para estas mulheres gestantes, tornam-se fundamentais para garantir o acesso e a diminuição dos riscos em desenvolver problemas de saúde mental (MORAES, 2021). Como as gestantes soropositivas para o HIV vivem sob constante carga de estresse psicológico, com vulnerabilidades específicas relativas à sua condição, faz-se necessário promover discussões sobre este assunto. Tais discussões têm por fim fundamentar as intervenções dos profissionais de saúde que atuam na APS a serem desenvolvidas como mecanismo para melhoria na qualidade de vida dessas gestantes.

Estudos sobre repercussões na saúde mental das gestantes com HIV atendidas na APS ainda são escassos no Brasil, uma vez que muitos avaliam apenas a prevalência de transtornos mentais na atenção primária à saúde em gestantes sem a associação com HIV (ALMEIDA et al, 2012). Logo, há uma clara necessidade de um melhor conhecimento sobre a saúde mental da mulher gestante com HIV, atendidas na APS uma vez que os transtornos mentais na gravidez constituem importantes preditores de depressão pós-parto, de ansiedade pós-parto, de desfechos obstétricos adversos, e que podem influenciar o desenvolvimento infantil, tendo reflexos até a adolescência.

Em face desta temática, este estudo objetiva apresentar um panorama das publicações que tratam sobre repercussões psicossociais da infecção por HIV em gestantes no contexto da atenção primária à saúde.

METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma revisão integrativa de literatura sobre as repercussões psicossociais da infecção por HIV em gestantes no contexto da atenção primária à saúde, o qual é abordado por uma pesquisa de natureza qualitativa (ESTRELA, 2018). Além disso, foi realizado uma análise de conteúdo nos artigos selecionados. Ademais, a análise de conteúdo com a revisão integrativa proporciona a obtenção de respostas aos objetivos e problemática dos pesquisadores. (CAREGNATO & MUTTI, 2006).

A revisão integrativa foi realizada em seis etapas: 1) identificação do tema e seleção da questão norteadora da pesquisa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos e busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) categorização dos estudos; 5) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa e interpretação e 6) apresentação da revisão.

Na etapa inicial, para definição da questão de pesquisa utilizou-se da estratégia PICO (Acrônimo para Patient, Intervention, Comparison e Outcome). Assim, definiu-se a seguinte questão central que orientou o estudo: “Gestantes com infecção por HIV atendidas na atenção primária à saúde, podem ter repercussões psicossociais relacionadas a condição soropositiva”? Nela, observa-se o P= gestantes com infecção por HIV; I= atendidas na atenção primária à saúde; C= condição soropositiva O= repercussões psicossociais.

Para responder a esta pergunta, foi realizada a busca de artigos envolvendo o

desfecho pretendido, utilizando as terminologias cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) criados pela Biblioteca Virtual em Saúde desenvolvido a partir do Medical Subject Headings da U.S. National Library of Medicine, que permite o uso da terminologia comum em português, inglês e espanhol. Os descritores “gestação”; “HIV”; “atenção primária à saúde” e “saúde mental”. Para o cruzamento das palavras chaves utilizaram-se os operadores booleanos “and”, “or” “not”.

A partir do estabelecimento das palavras-chave, realizou-se o cruzamento dos descritores “gestação”; “HIV”; “atenção primária à saúde”; “saúde mental”; nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); National Library of Medicine (PubMed MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Ebsco Host. A busca foi realizada no mês de fevereiro de 2023. Foram encontrados 30 artigos, dos quais foram lidos os títulos, resumos publicados e leitura na íntegra. Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, publicados no período entre 2019 e 2022, que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo. Sendo excluídos aqueles estudos que não possuíam uma versão na língua portuguesa e na língua inglesa. Após a leitura dos resumos e títulos das publicações, 26 artigos não foram utilizados devido ao critério de exclusão. Dessa forma, 04 artigos foram escolhidos para a análise final e construção da revisão de literatura. Abaixo o processo de busca de artigos é detalhado em forma de fluxograma (Figura 1).

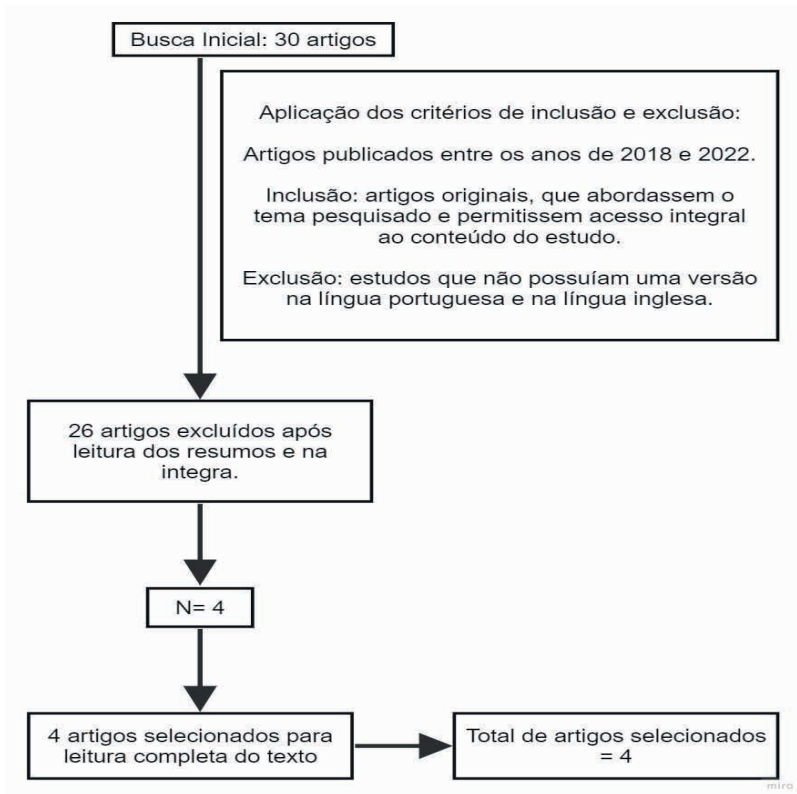


Figura1-Fluxograma da estratégia de busca dos artigos científicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 sintetiza os principais artigos que foram utilizados na presente revisão de literatura, contendo informações relevantes sobre eles, como os autores do estudo, o ano de publicação, o título e os achados relevantes.

Nº	Autor	Título	Objetivos	Principais achados
01	Hernandes et al., 2019	Análise qualitativa dos sentimentos e conhecimentos acerca da gestação e do HIV em gestantes soropositivas e Soronegativas	Realizar uma análise epidemiológica, da percepção e expectativa das gestantes portadoras do HIV em relação ao filho, de questões relacionadas ao autocuidado antes e durante a gestação, comparando com gestantes que apresentam gestação de alto risco, mas soronegativas.	Gestantes soropositivas passam por inúmeras dificuldades emocionais e sociais, assim como preocupações diferentes de gestantes soronegativas. O diagnóstico de infecção por HIV trouxe uma série de receios da transmissão vertical, de malformações, do julgamento social de estar perpetuando a doença, além da impossibilidade de amamentar.
02	Marques et al., 2021	Sintomas Depressivos entre Gestantes Soropositivas e Soronegativas para o Vírus da Imunodeficiência Humana	Analisar a intensidade de sintomas depressivos entre gestantes soropositivas e soronegativas para o Vírus da Imunodeficiência Humana.	Vê-se que mais de 70% das gestantes que vivem com o HIV apresentam Sintomas depressivos de moderados a graves, fato não tão bem delimitado em gestantes soronegativas, em que prevalece a intensidade leve ou a ausência dos Sintomas, na grande maioria. Portanto, a presença desses sintomas pode levar a piores desfechos maternos e perinatais, denotando a importância de um Atendimento integral visando a identificação e o manejo de riscos.
03	Dubiela ALF et al., 2022	Revisão da implementação do rastreamento ao hiv/ aids em gestantes na atenção primária do sistema único de saúde (SUS) no Brasil	Verificar o processo de implementação do rastreamento de HIV/ AIDS durante o pré-natal em gestantes usuárias da Atenção Primária em Saúde no Brasil.	A regulação dos testes rápidos de HIV e a implementação da Rede Cegonha permitiu que o diagnóstico fosse ampliado para a Atenção Primária. Os artigos avaliados demonstram que a prevalência do pedido do teste durante o pré-natal aumentou nos últimos anos. No entanto, foram encontradas dificuldades em relação a implementação desta política pública, indicando que: profissionais não são suficientemente capacitados para realizar o teste rápido; muitos serviços não realizam o aconselhamento pré e/ ou pós teste; e ainda há a realização do teste sem o consentimento da gestante.
04	KAHL C et al., 2022	Integralidade do cuidado à pessoa vivendo com hiv/ aids: significado para os sujeitos envolvidos nas redes de atenção à saúde	Compreender o significado da integralidade do cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids para os sujeitos envolvidos nas Redes de Atenção à Saúde de um município do sul do Brasil.	A compreensão dos significados atribuídos pelos profissionais de saúde à integralidade do cuidado à pessoa vivendo com HIV/aids revelou-a de forma complexa em seus múltiplos aspectos nas redes, corroborando a tese de que a atenção à saúde conformada em rede possibilita a integralidade do cuidado, em ações multidimensionais e inter-relacionadas, maior qualidade de vida e superação de um modelo de atenção à saúde fragmentado. Entraves como escassez de profissionais, falta de conhecimento técnico e ausência de fluxo definido para esse cuidado são vivenciados pelos profissionais para que a integralidade do cuidado ocorra nos sistemas de saúde.

Tabela 1 – Visão geral dos estudos incluídos nessa revisão integrativa sobre as repercussões psicossociais da infecção por HIV em gestantes no contexto da atenção primária à saúde.

As repercussões encontradas no presente estudo e que estiveram relacionados à saúde mental em mulheres que vivem com o vírus foram: ideação suicida, ansiedade e depressão. A relação entre viver com HIV, e repercutir em sua saúde mental é a expressão das múltiplas consequências que afetam as mulheres gestantes. Foi observado que as repercussões na saúde mental das gestantes foi mais frequente no grupo de mulheres cuja primeira gestação foi antes dos 20 anos. Outro fator associado à saúde mental destas mulheres foi o maior número de filhos.

A maternidade, em sociedades patriarcais, é destino obrigatório para as mulheres, sem levar em consideração o desejos da mulher. Muitas vezes, é na gestação que a mulher sabe que está infectada pelo HIV, tendo que aceitar o próprio diagnóstico e lidar com a possibilidade de transmissão do vírus ao filho. Os problemas de saúde mental tal como a ideação suicida pode surgir do sofrimento pela aquisição da doença e pela culpa de haver contaminado o filho. Outro aspecto observado foi a maior frequência de problemas mentais em gestantes que haviam adquirido a doença há mais tempo, precisando conviver com o preconceito, a discriminação, os efeitos colaterais da medicação e as restrições impostas pela enfermidade.

Observa-se que apesar do aumento na expectativa de vida, viver com HIV impõe limitações sociais, profissionais, afetivas, dificuldade de manter relacionamentos e impasses nas decisões reprodutivas. Mesmo para as pessoas que mantem o atendimento na APS e aderem ao tratamento, com o passar do tempo a doença piora a qualidade de vida e a possibilidade de morrer segue presente no imaginário social, fazendo com que o fato de conviver com o HIV se torne uma situação de sofrimento psicológico. Adicionalmente, ao longo da gestação e do processo de adoecimento acarretam uma série de incertezas e ocorre agravamento dos sintomas e agudização de sentimentos de depressão, desvalia e pensamentos de morte.

Em seu estudo, Marques e colaboradores (2020) apontam que a discriminação é uma problemática para a realização do pré-natal na APS das gestantes com HIV e caracteriza como fator de risco para a mãe e o filho. O estigma da doença faz com que as mulheres procurem serviços cada vez mais distante de suas residências, o qual torna-se um desafio para os profissionais da APS na realização e condução do pré-natal.

Sendo que, quando os profissionais da APS conseguem captar as gestantes para realizar o pré-natal, o qual é um momento de condução e orientações para esta gestante sobre o processo gestacional e sobre a doença para a prevenção de problemas relacionados a progressão da doença e prevenção de problemas a saúde mental. Foi identificado nos estudo que por meio de uma atenção primária forte, integrada a uma rede de saúde mental organizada e com recursos especializados, seja a base da atenção à saúde mental e conseqüentemente a minimização do sofrimento psicológico para as gestantes que convivem com HIV. Os resultados demonstram a primordialidade do cuidado voltada à saúde mental na APS, desde o princípio da gestação, e a necessidade de sistemas de

saúde que atendam às suas necessidades de cuidados de forma integral.

Neste aspecto, as intervenções dos profissionais de saúde na APS, visa a detecção precoce de doenças oportunistas, o monitoramento de alterações clínicas e, em especial, a orientação em relação à terapêutica, além de práticas sexuais mais adequadas, transmissão vertical, pré-natal, promoção e prevenção de problemas mentais entre outras. Ademais, os diferentes aspectos apresentados neste estudo contribuem para a reflexão multiprofissional em relação à assistência com mulheres gestantes que convivem com HIV acerca das práticas a serem utilizadas colaborando para o enfrentamento da doença, prevenção dos problemas psicológicos e oferecendo atendimento com qualidade.

CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa mostraram que as gestantes que vivem com HIV apresentaram maiores níveis de sintomas relacionados a saúde mental quando comparadas com as gestantes soronegativas para o HIV. Portanto, uma avaliação clínica por parte dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde para encaminhar as gestantes com risco para depressão a um cuidado especializado é de fundamental necessidade, pois o cuidado pré-natal pode ser a única maneira de contato que uma mulher em idade reprodutiva tenha com estes profissionais de saúde, tornando-se determinante para intervenções voltadas à promoção da saúde da mulher e seu bem estar. A identificação de possíveis problemas mentais no período gestacional pode colaborar para uma melhor compreensão e prevenir complicações relacionadas ao HIV e a saúde mental na dinâmica da mãe-filho e contribuir com a qualidade na assistência às famílias, o que proporciona benefícios para todos, independentemente de serem portadoras de alguma doença agravante ou não.

Sugere-se que realizem mais trabalhos acerca das repercussões na saúde mental das gestantes que vivem com HIV, bem como fatores relacionados à adesão terapêutica e à transmissão vertical, considerando a influência de hábitos de vida e de fatores biopsicossociais.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, F., et al. (2020). Neurocognitive evaluation using the International HIV Dementia Scale (IHDS) and Montreal Cognitive Assessment Test (MoCA) in an HIV-2 population. *HIV Medicine*, 22(3) 212-217.
2. ANDRADE, C. G. S. (2022). Os Impactos Do Diagnóstico De Hiv À Saúde Materno-Infantil: da descoberta da gravidez ao pós-parto. (Monografia –Curso de Enfermagem). Centro Universitário UniAGES. Paripiranga, Brasil.
3. ARAÚJO, M. A. L., Silveira, C. B., & Melo, S.P. de. (2016). Vivência de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 61(5).

4. ALMEIDA, MS; Nunes, MA; Camey, S; Pinheiro, AP; Schmidt, MI. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(2):385-393, fev, 2012.
5. EGBE C. O., Dakum P. S., Ekong E., Kohrt B. A., Minto J. G., & Ticao C. J. (2017). Depression, suicidality, and alcohol use disorder among people living with HIV/AIDS in Nigeria. *BMC Public Health*, 17. DOI:10.1186/s12889-017-4467-5.
6. CAREGNATO, R. C. A., & Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto & Contexto-Enfermagem* 15(4), 679–684.
7. ESTRELA, C. (2018). *Metodologia científica: ciência, ensino e pesquisa*. Editora Artes Médicas.
8. FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In.: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D. (Orgs). *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*. Rio de Janeiro: EPSJV/ FIOCRUZ, 2007.
9. FAISAL-CURY A, Tabb K, Matijasevich A. Partner relationship quality predicts later postpartum depression independently of the chronicity of depressive symptoms. *Braz J Psychiatry*. 2021; 43:12-21.
10. GALDERSIL, S et al. A proposed new definition of mental health. *Psychiatr Pol*. 2017 Jun 18; 51(3):407-411.
11. GONÇALVES AM, Teixeira MT, Gama JR, Lopes CS, Silva GA, Gamarra CJ, et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J Bras Psiq*. 2018;67(2):101-9.
12. HERNANDES, C. P., et al. (2019). Análise qualitativa dos sentimentos e conhecimentos acerca da gestação e do HIV em gestantes soropositivas e soronegativas. *J. Health Biol Sci*, 7(1) 32-40.
13. HALCOMB EJ, Stephens M, Bryce J, Foley E, Ashley C. Nursing competency standards in primary health care: an integrative review. *J Clin Nurs*. 2016;25(9-10):1193-205. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13224>.
14. MARQUES, E. S., et al. (2021). Sintomas depressivos entre gestantes soropositivas e soronegativas para o vírus da imunodeficiência humana. *Enferm Foco*, 12(1) 67-72.
15. MARTINS, Lavínia B. S. et al. *Práticas em reabilitação na AB: o olhar para a funcionalidade na interação com o território*. Ministério da Saúde, Brasil, 2017.
16. MORAES AO, Magalhães EI, Vilela AA, Kac G, Vaz JS. Sintomas de ansiedade gestacional e pós-parto e intenção de amamentar exclusivo até seis meses: resultado de uma coorte prospectiva do Rio de Janeiro. *Demetra*. 2021;16:e51297.
17. MARTINS, Ana Paula Vosne. A mulher, o médico e as historiadoras: um ensaio historiográfico sobre a história das mulheres, da medicina e do gênero. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 241-264, Mar. 2020. Available from. access on 11 Nov. 2020. Epub Mar 23, 2020. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702020000100014>.
18. NORRIS, T. L. (2021). *Porth –Fisiopatologia (10th ed.)*. Grupo GEN.

19. LOVISI GM, Morgado AF. Suporte social e distúrbios psiquiátricos em mulheres infectadas pelo HIV. *J Bras Psiquiat* 1996 outubro; 45(10):593-9.
20. PAULA, L. S., & Lima, R. N. (2021). Necessidade da assistência de enfermagem às gestantes e lactantes com vírus da imunodeficiência humana (HIV). *Rev Bras Interdiscip Saúde –ReBIS*, 3(1) 1-6.
21. PUGLIESE, M.(2021). Adesão ao tratamento antirretroviral em gestantes com HIV: uma revisão integrativa. (Trabalho de Conclusão de Curso –Curso de Farmácia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
22. RIBEIRO-FERNANDES, C. C. (2021). Aspectos bióticos na prevenção da transmissão vertical e manejo do tratamento com antirretrovirais em gestantes portadoras de HIV/AIDS no Brasil. *Residência Pediátrica*, 11(2).
23. SCHERER LM, Borenstein MS, Padilha MI. Gestantes/puérperas com hiv/aids: conhecendo os déficits e os fatores que contribuem no engajamento para o autocuidado. *Esc Anna Nery*. 2009;13(2): 359-65. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000200017>

CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA O CUIDADO DAS PESSOAS QUE FAZEM USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Data de submissão: 09/03/2023

Data de aceite: 02/05/2023

Quésia Alcântara Oliveira

Psicóloga do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Santa Cruz-UESC
<http://lattes.cnpq.br/7740119024424294>

Sabrina Almeida Porto

Fisioterapeuta do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Santa Cruz-UESC
<http://lattes.cnpq.br/0637654071850392>

Erika Antunes Vasconcelos

Professora Universitária. Departamento de Filosofia e Ciências Humanas. DFCH-UESC. Doutora pela UNICAMP
<http://lattes.cnpq.br/1133748011627611>

Regiane Cristina Duarte

Professora Adjunta da Universidade Estadual de Santa Cruz. Doutora em Biotecnologia pela Universidade Federal de Ribeirão Preto
<http://lattes.cnpq.br/6803777560264029>

Jamile Silva Guimarães

Enfermeira preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Santa Cruz-UESC
<http://lattes.cnpq.br/3682395795815397>

RESUMO: Considerada uma questão de saúde pública, a dependência de álcool e outras drogas, se apresenta como um fenômeno complexo e multifatorial. Logo, o planejamento de ações em saúde para esse público deve considerar as condições de uso nocivo e sua dependência, auxiliando o assistido na prevenção da recaída, nas estratégias para redução de danos e nas mudanças clínicas. Assim, este estudo objetivou apresentar uma prática interventiva realizada em um Centro de Atenção Psicossocial para pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Trata-se de um trabalho baseado em método qualitativo, possuindo caráter descritivo do tipo relato de experiência. Inicialmente, foi realizada reunião em equipe para o planejamento de uma ação condizente com o contexto político e econômico vivenciado pela população. Estavam presentes profissionais da psicologia, fisioterapia e 10 usuários do CAPSad, desenvolvendo uma roda de conversa que contemplava temáticas referentes a inteligência emocional, desenvolvimento de habilidades sociais e a importância da construção do projeto de vida. Ao final, foram feitos exercícios de movimentação corporal conduzidos pela fisioterapeuta.

Como resultado, destaca-se a importância da atuação multiprofissional para o cuidado a esse público, a possibilidade de um suporte e acompanhamento em rede que garanta os direitos clínico-assistenciais. Além disso, o trabalho multiprofissional contribuiu com uma atuação mais atenta, humanizada e comprometida com os direitos dos assistidos. No entanto, ainda é necessário repensar e planejar estratégias para o aperfeiçoamento técnico assistencial, destinado a este público, sujeito a predominância da violência estrutural em um contexto socioeconômico e cultural desigual e injusto.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado; Equipe; Dependência;

CONTRIBUTIONS OF THE MULTIDISCIPLINARY TEAM TO THE CARE OF PEOPLE WHO USE ALCOHOL AND OTHER DRUGS

ABSTRACT: Considered a public health issue, dependence on alcohol and other drugs is a complex and multifactorial phenomenon. Therefore, the planning of health actions for this public should consider the conditions of harmful use and its dependence, helping the assisted in preventing relapse, harm reduction strategies and clinical changes. Thus, this study aimed to present an interventional practice carried out in a Psychosocial Care Center for people who use alcohol and other drugs. It is a work based on a qualitative method, having a descriptive character of the experience report type. Initially, a team meeting was held to plan an action consistent with the political and economic context experienced by the population, as well as actions in line with the principles and guidelines of the psychosocial care network. Professionals from psychology, physiotherapy and 10 CAPSad users were present, developing a conversation wheel that covered topics related to emotional intelligence, development of social skills and the importance of building a life project. At the end, body movement exercises conducted by the physiotherapist were performed. As a result, the importance of multidisciplinary action for the care of this public stands out, as well as the possibility of a support and follow-up network that guarantees clinical-assistance rights. In addition, the multidisciplinary work contributed to a more attentive, humane and committed performance with the rights of those assisted. However, it is still necessary to rethink and plan strategies for improving technical assistance, aimed at this public subject to the predominance of structural violence in an unequal and unfair socio-economic and cultural context.

KEYWORDS: Care; Team; Dependency;

INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são instituições destinadas a acolher, acompanhar e assistir pessoas que estão em condição de sofrimento psíquico. Neste sentido, devem funcionar como articuladores estratégicos da rede de atenção à saúde mental, promovendo espaços de escuta individual e coletiva, cuidado multiprofissional, ferramentas para autonomia e emancipação dos usuários e usuárias do serviço de saúde e articular ferramentas que viabilizem a reinserção social (BRASIL, 2015). Neste sentido, as ações desenvolvidas devem espelhar-se em redes de cuidado com base no contexto político e econômico vivenciado pela população, assim como em atuações transversais com

as demais políticas públicas. Concomitantemente, a atuação multiprofissional destinada a esse público, implica compreender que cada assistido/a é produto e produtor do ambiente que vive, fruto de seu tempo e autônomo em suas decisões (SANTOS et al., 2018).

Ainda de acordo com os autores, no campo da saúde mental em perspectiva crítica, sabe-se que, o processo de constituição das pessoas traz implícita ou explicitamente uma ontologia que a sustenta. Ou seja, os comportamentos tidos como saudáveis ou não saudáveis percorrem por ideais construídos coletivamente, onde o indivíduo, a partir de suas experiências elabora suas significações e formas de ser no mundo. Sendo assim, as intervenções em saúde mental dedicam total atenção ao sujeito, ao seu modo de perceber o mundo, ao seu contexto sócio-histórico-cultural e suas bagagens individuais, bem como oferecem suporte e recursos para a ressignificação de uma história de vida.

Em relação ao cuidado das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, vários aspectos estão envolvidos neste processo de saúde-doença, sejam eles de ordem biológica, psicológica, social ou cultural. Considerada como uma questão de saúde pública, a dependência de álcool e outras drogas, se apresenta como um fenômeno complexo e multideterminado. Logo, o planejamento de ações em saúde para esse público deve considerar as inúmeras condições de propensões ao uso nocivo e sua dependência, auxiliando o/a usuário/a na prevenção da recaída, compreensão das dimensões que influenciam o uso, estratégias para redução de danos e mudanças clínicas (SANTOS, 2021).

Diante dessa realidade, em março de 2002, foram criados os CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas) que são serviços de atenção psicossocial para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras substâncias. Logo, possibilita o atendimento diário, intensivo, semi-intensivo ou não intensivo. Cabe mencionar que esses espaços de cuidado, conforme preconiza o Ministério da Saúde, precisam contar com planejamento terapêutico individual, coletivo e familiar contínuo, proporcionando intervenções precoces, além de fomentar práticas que se distanciem de discursos preconceituosos e adotem como política de estratégia a redução de danos (TEIXEIRA, 2021).

Ainda de acordo com o autor, a adoção dessa estratégia diz respeito a uma política que visa prevenir, tratar, reabilitar e cuidar das pessoas que fazem uso de álcool e outras substâncias, compreendendo esse fenômeno como uma questão de saúde pública, fomentando assim, um olhar que fuja à repressão e ao controle e volte-se para a melhoria das condições de vida dos usuários e usuárias. Concomitantemente, são várias as possibilidades de práticas de redução de danos, mesmo no caos em que a situação parece intensamente complexa e desafiadora. Em situações que envolvem sofrimento desencadeado pelo uso do álcool, por exemplo, alguns cuidados podem ser manejados: não beber e dirigir; se alimentar antes de fazer uso da bebida; hidratar-se; optar por bebidas fermentadas às destiladas, entre outras.

Na dinâmica social, as pessoas que fazem uso de substâncias lícitas ou ilícitas

podem sofrer preconceitos e negligências (institucionais, sociais, políticas e familiares). Nesse contexto, o serviço de saúde deve adquirir uma postura de “subversão”, onde seus recursos de cuidado sejam veículos de mudança e superação de prováveis sofrimentos (WANDEKOKEN, 2015). Assim, este trabalho adota como objetivo geral apresentar uma prática interventiva realizada em um Centro de Atenção Psicossocial para pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

Nessa perspectiva, espera-se que esse trabalho possa contribuir para a elaboração e manutenção de novos caminhos para os usuários e usuárias do CAPSad, reconstruindo no presente uma sociedade dirigida para o futuro. Para isso, torna-se necessário a construção de um olhar multiprofissional que perceba as dinâmicas sociais e simbólicas envolvidas na saúde mental de quem faz uso de substâncias lícitas e ilícitas em consonância com políticas públicas que assegurem os direitos desse público.

METODOLOGIA

Este trabalho fundamenta-se na abordagem qualitativa, descritiva, do tipo relato de experiência. Nesta perspectiva, Gil (2017) sinaliza que o objetivo primordial do estudo qualitativo, não se desvela na elaboração de teorias representativas e rigorosamente mensuráveis de um grupo. Assim, esse método de investigação engloba questões muito particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado ou generalizado. Desse modo, abarca o universo dos significados, dos valores, das crenças, das aspirações e das atitudes.

Fundamentado nesses dados, o formato descritivo, do tipo relato de experiência, apresenta-se como um estudo rico em significações e possibilidades de análises. Neste enredo, esta metodologia permite que o/a pesquisador/a tenha um maior contato entre as questões intersubjetivas que, frequentemente, surgem durante o andamento da pesquisa, rompendo com a ideia de um trabalho fechado ou detentor do saber (VOTRE; BERG, 2018).

Isto posto, a experiência se deu no espaço de oficinas de um Centro de Atenção Psicossocial para usuários e usuárias de álcool e outras drogas, localizado em um município do Sul da Bahia. A área de abrangência do serviço compreende todo o território municipal urbano e rural da cidade, conta com área aberta para jardinagem (espaço utilizado para os usuários que se identificam com jardinagem ou que desejam realizar atividades de artesanato ou outros exercícios), um espaço onde normalmente é realizada sala de espera, duas salas para atendimento individual, espaço para atendimento coletivo (para acessar o local, é preciso subir escadas, o que dificulta a chegada de pessoas com deficiência física), uma cozinha, copa para os/as profissionais de saúde, dois banheiros e uma sala para armazenamento de materiais.

O serviço conta com uma equipe multiprofissional composta por: uma enfermeira, uma assistente social, duas psicólogas, um fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional, um

psicoterapeuta (voluntário), duas secretárias, dois auxiliares de serviços gerais e profissionais residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Santa Cruz. Como principais atividades realizadas pela instituição, destaca-se os acolhimentos, atendimentos individuais, oficinas em grupo, encaminhamentos para outros serviços da rede e participação em Conferências de saúde.

As oficinas são realizadas todas as quintas-feiras, em perspectiva multiprofissional. A prática em destaque, iniciou-se a partir de uma reunião em equipe para o planejamento de uma ação condizente com o contexto político e econômico vivenciado pela população, assim como em atuações alinhadas aos princípios e diretrizes da rede de atenção psicossocial. Estavam presentes os profissionais residentes, os profissionais do serviço e 10 usuários do CAPSad.

Posteriormente, foi desenvolvida uma oficina que contemplava temáticas referentes a inteligência emocional, desenvolvimento de habilidades sociais e a importância da construção do projeto de vida. Ao final, foram feitos exercícios de movimentação corporal conduzidos pela fisioterapeuta. Para o bom andamento da atividade, foram utilizadas as seguintes ferramentas: música, artes produzidas pelos participantes e o livro Psicologia das Habilidades Sociais- Terapia e Educação de Del Prette e Del Prette.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após reunião em equipe, formulamos uma oficina que transmitia a concepção de saúde enquanto um projeto de vida e/ou projeto coletivo, onde os participantes compartilhavam estratégias para lidar com suas demandas sociais, psíquicas, emocionais e simbólicas. Neste sentido, foi debatido a ideia de que o caminho para o bem-estar decorre de uma intrínseca relação entre os serviços de saúde, a fomentação de políticas públicas, os usuários e usuárias e suas famílias, levando em conta, sobretudo, a particularidade de cada contexto alinhado a história de vida de quem procura o serviço.

Paralelamente, uma dinâmica que objetivava perceber a capacidade dos usuários e usuárias do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas em identificar e nomear suas emoções em diferentes situações cotidianas e analisar suas habilidades interpessoais para lidar com seus afetos foi realizada. Assim, utilizamos o quadrante (ferramenta utilizada nas terapias comportamentais) para o alcance dos objetivos. Essa técnica consiste em dividir um papel em quatro partes, escrevendo: gosto e faço, gosto e não faço, não gosto e faço e não gosto e não faço. Em seguida, trabalhamos a habilidade de identificar, nomear e verbalizar os sentimentos desencadeados em cada situação, bem como o manejo das habilidades interpessoais (habilidade de manifestar opinião, solicitar ajuda quando necessário e identificar quando se comporta de maneira passiva, agressiva ou assertiva) e suas consequências.

Com base nas questões trabalhadas, VIEIRA- SANTOS (2018) sinaliza que a

inteligência emocional engloba a capacidade de perceber acuradamente, avaliar, expressar e regular as emoções visando promover o crescimento emocional e intelectual. Cabe mencionar que a inteligência emocional, faz referência à capacidade das pessoas em perceber os estados emocionais próprios e alheios, motivos e comportamentos, além da capacidade de agir com base nas informações.

Em continuidade, os participantes e as participantes da oficina puderam compartilhar suas experiências, tendo profissionais disponíveis para acolher suas demandas e proporcionar assistência no que tange a aquisição e manutenção das habilidades sociais. Para isso, foi utilizado o livro Psicologia das Habilidades Sociais- Terapia e Educação de Del Prette e Del Prette, a música Tempos Modernos de Lulu Santos e artes feitas pelos próprios participantes a fim de expressarem seus sentimentos.

O termo “habilidades sociais” remete ao campo teórico-prático desenvolvido por Del Prette e Del Prette (2001), onde apresentam taxonomias e definições, explicitando assim, influências teóricas e implicações práticas. Nesta perspectiva, o termo pode ser conceituado como conjunto de comportamentos emitidos diante das demandas de uma situação interpessoal, desde que ampliem os ganhos para as interações interpessoais. Vale ressaltar que ainda que haja a descrição geral das habilidades sociais, cada grupo tem necessidades próprias. Logo, o mapeamento das necessidades e consequentes intervenções focadas se apresenta enquanto produtivo para a qualidade de vida.

Encerrando a oficina, tivemos o momento de movimentação corporal com supervisão e orientação do fisioterapeuta e os exercícios seguiam a ordem de (1) alongamentos (coluna, de membros superiores [MMSS] e membros inferiores [MMII]); (2) exercícios de treino de equilíbrio; (3) exercícios de força muscular. O exercício físico promove a melhor aptidão física e o bem-estar. É uma potente intervenção para a força, a potência e resistência muscular, a flexibilidade, o equilíbrio e para o retardar das alterações fisiopatológicas e suas limitações funcionais (TOMÁS, 2017).

Na literatura científica encontramos muitas referências sobre os benefícios da prática regular de atividade física na saúde física e emocional das pessoas. Orlando, Guimarães e Missaki (2015) destacam que intervenções de atividades físicas se mostram benéficas e a adoção de um estilo de vida ativo reduz o risco de mortalidade, de doenças cardiovasculares, diabetes, síndrome metabólica, câncer, osteoporose, bem como auxilia no controle de peso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, destaca-se a importância de uma equipe multiprofissional, bem como a troca dos saberes visando assim uma assistência integral e resolutive conforme os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Ademais, uma equipe multiprofissional permite a junção de formações técnicas, competências distintas e diferentes perfis

interpessoais, o que ajuda a alcançar resultados de forma mais rápida.

Além disso, as oficinas desenvolvidas no CAPSad possibilitam a socialização bem como a criação de vínculos que permite tanto ao usuário quanto ao profissional de saúde encontrar suas potencialidades, estabelecendo relações mais recíprocas e possibilitando a construção de atos terapêuticos corresponsabilizados e coautorais (CARLI; COSTA; SILVA; RESTA; COLOMÉ, 2014).

Entretanto, salienta-se a importância de repensar e planejar estratégias para o aperfeiçoamento técnico assistencial nos CAPSad visando a recuperação e inserção desses usuários e usuárias na sociedade, sendo assim necessário capacitação dos profissionais, reestruturação física do espaço permitindo assim acessibilidade, disponibilidade de materiais de uso coletivo e para realização de oficinas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares de Atenção Psicossocial nos Territórios**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática, Brasília, 2015.

CARLI, R; COSTA, Marta C; SILVA, E; RESTA, Di; COLOMÉ, I. Welcoming and bonding in the conceptions and practices of community health workers. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 626-632, set. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001200013>

Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. **Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo**. Petrópolis: Vozes, 2001.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

Orlando, D; Guimarães, N; Missaki, N. HiperDia e Atividade Física no Brasil. 11º Congreso Argentino de Educación Física y Ciencias, 28 de septiembre al 10 octubre de 2015, Ensenada, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.7291/ev.7291.pdf

SANTOS, A, et al. Saúde mental, humanização e direitos humanos. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, 2018;

SANTOS, M. Dependência química: terapia cognitiva comportamental (TCC) como estratégia de intervenção. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 06, Ed. 11, Vol. 12, pp. 176-189. Novembro de 2021. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/estrategia-de-intervencao>

TEIXEIRA, P. Caps AD: A Relevância dos Serviços e as Contribuições da Psicologia. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, Fevereiro/2021, vol.15, n.54,p.699-712.ISSN: 1981-1179.Recebido:21/10/2020.Aceito: 29/10/2020.

VIEIRA-SANTOS, Joene et al. Inteligência emocional: revisão internacional da literatura. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 9, n. 2, p. 78-99, 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000200006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 mar. 2023.

VOTRE, S. J.; BERG, R. D. S. **Orientações para a Escrita Acadêmica**: Memorial de Conclusão de Curso. Rio de Janeiro: Mauad, 2018. 19 p.

WANDEKOKEN, K. **Efeitos subjetivos do processo de trabalho vivenciados por profissionais em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas**. 2015. 189 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pósgraduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2015.

A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Data de submissão: 08/03/2023

Data de aceite: 02/05/2023

Evelyn Oliveira

Graduanda em enfermagem, Universidade Nove de Julho
Guarulhos – São Paulo
ORCID: 0009-0003-5319-0573

Gabriel Feitoza do Prado

Graduando em enfermagem, Universidade Nove de Julho
São Paulo – São Paulo
ORCID: 0009-0006-6002-126X

Marcelo Marreira

Especialista em enfermagem Obstétrica e Ginecológica pela Faculdade de Medicina do ABC, Mestre em Biofotônica Aplicada a Ciências da Saúde pela Uninove, Doutor em Biofotônica Aplicada a Ciências da Saúde pela Uninove, Docente da Universidade Nove de Julho.
São Paulo – São Paulo
ORCID: 0000-0002-5435-4301

Maxima Maria dos Reis Faustino

Mestre pelo programa de Pós Graduação em Materno Infantil pela Universidade de Santo Amaro, Pós Graduação em Emergência/UTI pela Universidade da Cidade de São Paulo – SP, Docente da Universidade Nove de Julho.
São Paulo – São Paulo
ORCID: 0000-0002-8781-9830

Magda Rodrigues Leal

Especialização em Administração Hospitalar, Especialização em Obstetrícia, Especialização em Saúde Coletiva com Ênfase em Saúde da Família, Mestre em Ciências da Saúde pelo Servidor Público Estadual de São Paulo - SP, Docente do Curso de Enfermagem – Universidade UNINOVE.
São Paulo – São Paulo
ORCID: 0000-0003-1021-0696

RESUMO: INTRODUÇÃO: A violência sexual contra a mulher é definida como qualquer atitude que a obrigue a manter, testemunhar, ou se envolver em relações sexuais indesejadas. Sendo considerado um problema de saúde pública, que viola os direitos humanos e contribui para deterioração da saúde das vítimas. OBJETIVO: Evidenciar à assistência de enfermagem no âmbito da humanização frente a população feminina que sofre de violência sexual. METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada através das bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e

PubMed, mediante os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Cuidados de enfermagem”, “Violência sexual” e “Saúde da mulher”. Inicialmente, foram encontrados 21 estudos, dos quais 11 compuseram a coletânea da revisão. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A enfermagem como ciência do cuidar, tem como objetivo garantir qualidade de vida. Dessa forma, a conduta da equipe de enfermagem frente à mulher vítima de violência sexual, é um dos recursos mais importantes para assegurar os direitos das mulheres e sua plena recuperação. Isto é, por serem os primeiros a entrar em contato com a paciente, a enfermagem torna-se responsável por construir um vínculo de confiança com o ser cuidado, para que a mesma se sinta segura e confortável para expor e enfrentar todo o processo resultante da violência. Logo, o acolhimento e a humanização são primordiais no atendimento às vítimas de violência sexual; tornando necessário que esses profissionais da saúde desenvolvam escuta qualificada e empatia com as questões psicossociais, conseqüentemente, reconstruindo sua saúde mental, social e física. **CONCLUSÃO:** Portanto, a enfermagem para as mulheres que sofrem de violência sexual vai além de técnicas, pois exige do profissional comprometimento emocional e ideológico para que seja ofertado uma assistência qualificada.

PALAVRAS-CHAVE: Abuso sexual; Humanização; Cuidados de enfermagem; Saúde da mulher.

THE IMPORTANCE OF NURSING CARE IN THE ATTENDANCE OF WOMEN VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE

ABSTRACT: **INTRODUCTION:** Sexual violence against women is defined as any action that forces them to engage in unwanted sexual activity or witness it. It is considered a public health issue, as it violates human rights and contributes to the deterioration of the victims' health. **OBJECTIVE:** To highlight the role of nursing care in humanizing the care provided to women who have experienced sexual violence. **METHODOLOGY:** This is a narrative review of the literature, conducted through the Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), and PubMed databases, using the following Health Sciences Descriptors (DeCS): “Nursing care,” “Sexual violence,” and “Women's health.” Initially, 19 studies were identified, of which 10 were included in the review. **RESULTS AND DISCUSSION:** Nursing, as a science of caring, aims to ensure quality of life. Thus, the conduct of the nursing team when caring for women who have experienced sexual violence is one of the most important resources to ensure women's rights and full recovery. As the first point of contact with the patient, the nursing team is responsible for building a trusting relationship with the person in their care, so that they feel safe and comfortable to disclose and face the process resulting from the violence. Therefore, compassion and humanization are essential in caring for victims of sexual violence; it is necessary for healthcare professionals to develop qualified listening and empathy skills towards the psychosocial issues involved, ultimately contributing to the reconstruction of their mental, social, and physical health. **CONCLUSION:** Therefore, nursing care for women who have experienced sexual violence goes beyond technical procedures; it requires emotional and ideological commitment from professionals to offer quality care.

KEYWORDS: Sex offenses; Humanization of assistance; Nursing care; Women's health.

1 | INTRODUÇÃO

A violência sempre esteve presente ao longo da história da humanidade, tornando-se um acontecimento social e polissêmico, que gera danos físicos, psicológicos e sociais (PAULA; FERREIRA; OLIVEIRA, 2019). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que a violência atinge as pessoas de diferentes formas, compreendendo: violência auto infligida; violência sexual, violência doméstica, violência comunitária e outras (OMS, 2002).

De acordo com Alves *et al.* (2021), a violência sexual é conceituada como qualquer atitude que obrigue a vítima a manter, testemunhar ou se envolver em relações sexuais indesejadas, seja por ameaça ou uso da força. Destaca-se, que a mesma faz parte de uma grande margem de violência contra a mulher; que devido a proporções exacerbadas de casos notificados, globalmente, fez-se foco para pesquisadores e estudiosos (RODRIGUES *et al.*, 2021).

No Brasil, no ano de 2021, houve 56.098 casos de estupros registrados. Isso indica que, uma menina ou mulher sofreu um estupro a cada intervalo de 10 minutos, sendo que 70% dos casos é cometido por conjugues ou companheiros, em domicílio. Estima-se que, mulheres com faixa etária entre 15 e 44 anos, estão mais propensas a serem vítimas de violência sexual, do que adquirir uma doença crônica, como o câncer. Esses dados, estão sujeitos a imprecisão, devido a subnotificação dos casos, tal visto que, a estigmatização e o medo do agressor influenciam na decisão da vítima de não registrar o ocorrido, isso pode ser confirmado pela permanente presença da discriminação que essas mulheres sofrem habitualmente (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2021; BAPTISTA *et al.*, 2015; PINTO *et al.*, 2016).

Além disso, a violência de gênero advém da construção histórica desigual das atribuições de identidades sociais do feminino e masculino; refletindo diretamente na saúde das mulheres que sofrem de violência sexual, como: distúrbios gastrointestinais, gravidez indesejada, cefaleia, distúrbios emocionais e grave elevação nos índices de suicídio e feminicídio (MACHADO; FREITAG, 2021; PAULA; FERREIRA; OLIVEIRA, 2019).

Neste Contexto, tal crime é uma violação dos direitos humanos, já que demonstra comportamentos que não vão de encontro ao direito à liberdade, garantido pela Constituição, sem diferenciação de sexo ou de qualquer natureza. Logo, esta problemática representa um desafio aos profissionais, enfatizando a importância de reconhecer a questão como um tema relacionado à saúde (ALENCAR; LOCATELLI; AQUINO, 2020; BARROS *et al.*, 2015).

Diante desta realidade, por serem os primeiros a entrarem em contato com a paciente, a equipe de enfermagem deve atuar como a conexão entre os diferentes setores da saúde, segurança e justiça, colaborando para amenizar o sofrimento psíquico, físico e social da mulher em situação de abuso sexual (SANTOS *et al.*, 2022). Portanto, é fundamental que esses profissionais da saúde, estejam aptos tecnicamente e emocionalmente para oferecer uma assistência individualizada, humanizada e integral perante as vítimas de violência

(FORNARI; LABRONICI, 2018).

A fim de aumentar a conscientização e visibilidade a importância do acolhimento da enfermagem no atendimento as mulheres vítimas de violência sexual, o presente estudo tem como objetivo: evidenciar à assistência de enfermagem no âmbito da humanização frente a população feminina que sofre de violência sexual.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica de cunho narrativo, com viés qualitativo, orientada pela seguinte questão norteadora de pesquisa: De que forma a humanização influencia no atendimento da enfermagem para mulheres vítimas de violência sexual?

A análise da literatura científica, foi realizada por meio das bases de dados digitais Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed.

O levantamento bibliográfico foi feito mediante os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Cuidados de enfermagem”, “Violência sexual” e “Saúde da mulher”; e, “Cuidados de enfermagem”, “Humanização” e “Abuso sexual”. Humanização e Abuso sexual fazem parte dos termos alternativos.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram artigos e teses compreendidos entre os anos de 2012-2022, disponíveis de forma integral, online, nos idiomas português, inglês e espanhol e que abordassem a temática escolhida.

Foram definidos como critérios de exclusão para seleção das pesquisas aquelas que tivessem menor tamanho amostral e que não abordassem sobre o tema.

Á vista disso, o material extraído foi submetido a uma avaliação e análise criteriosa, que percorreu desde a leitura minuciosa dos resumos; leitura completa dos textos, aplicando os critérios de inelegibilidade; até a interpretação dos resultados obtidos.

Nesse seguimento, foram selecionados 11 estudos finais para aproveitamento no desenvolvimento do trabalho.

3 | RESULTADOS

O quadro a seguir traz a caracterização dos artigos e teses selecionados para coletânea do estudo, quanto ao título, ano, periódico, autores, objetivo, metodologia e resultados.

Título/Ano Periódico/ Autores	Objetivo	Metodologia	Resultados
<p>Título: Atendimento de enfermagem as mulheres em situação de violência sexual: representações sociais de enfermeiros.</p> <p>Ano: 2022</p> <p>Autores: SANTOS, D. G. <i>et al.</i></p> <p>Periódico: Revista Cogitare Enfermagem.</p>	<p>Conhecer as representações sociais de enfermeiros acerca do atendimento de enfermagem prestado as mulheres em situações de violência sexual.</p>	<p>Estudo qualitativo, do tipo exploratório-descritivo.</p>	<p>Foi constatado que as práticas de atendimento estão definidas no acolhimento oferecido às mulheres e que um atendimento adequado é fundamental para garantir a continuidade da assistência. Além disso, os enfermeiros relataram que enfrentam desafios diários em seu trabalho, como sobrecarga de trabalho de outros profissionais, a relação com organizações externas envolvidas na continuidade do atendimento, o que interfere diretamente na prestação de cuidados para essa parcela da população feminina.</p>
<p>Título: Atuação do enfermeiro frente a mulher vítima de violência sexual.</p> <p>Ano: 2021</p> <p>Autores: RODRIGUES, J. B. S. <i>et al.</i></p> <p>Periódico: Revista eletrônica Acervo Saúde.</p>	<p>Revisar e analisar o papel do enfermeiro no contexto da mulher vítima de violência sexual.</p>	<p>Pesquisa descritiva, exploratória, de cunho qualitativo do tipo revisão integrativa de literatura.</p>	<p>Identifica-se que existe uma estreita conexão entre a violência sexual contra mulheres e as desigualdades nas relações de gênero. É crucial que o Processo de Enfermagem seja aplicado no atendimento a essas vítimas, a fim de estabelecer protocolos de cuidados imediatos e de longo prazo. Outrossim, diz respeito aos enfermeiros enfrentarem muitos desafios ao prestar assistência adequada às vítimas, incluindo a falta de capacitação para implementar protocolos de cuidados, estruturas inadequadas e outros obstáculos.</p>
<p>Título: Atuação do enfermeiro na preservação de vestígios na violência sexual contra a mulher: revisão integrativa.</p> <p>Ano: 2021</p> <p>Autores: RIBEIRO, C. L. <i>et al.</i></p> <p>Periódico: Escola Anna Nery.</p>	<p>Analisar os desafios da atuação do enfermeiro na preservação de vestígios nos casos de violência sexual contra a mulher, evidenciados na literatura.</p>	<p>Revisão integrativa.</p>	<p>Foi identificada uma série de desafios na área da enfermagem forense, incluindo a falta de recursos humanos e de formação especializada para os profissionais de enfermagem nesse campo. A formação de enfermeiros para a coleta de vestígios ainda é limitada, e os procedimentos executados muitas vezes não são adequados para preservar as provas.</p>
<p>Título: Cuidado de enfermagem a mulher vítima de violência sexual: uma revisão integrativa da literatura.</p> <p>Ano: 2021</p> <p>Autores: MACHADO, L. P.; FREITAG, V. L.</p> <p>Periódico: Research, Society and Development.</p>	<p>Investigar na literatura científica o cuidado de enfermagem a mulher vítima de violência sexual.</p>	<p>Revisão integrativa da literatura.</p>	<p>Foi constatado que há deficiências no cuidado fornecido pelos profissionais de enfermagem, tanto no acolhimento quanto na falta de utilização de protocolos específicos de atendimento, resultando em falhas no encaminhamento dos casos. Ademais, foi observado que onde ocorria um acolhimento humanizado, as mulheres se sentiam mais à vontade para relatar sua experiência.</p>

<p>Título: O cuidar em enfermagem a mulher vítima de violência sexual.</p> <p>Ano: 2019</p> <p>Autores: TAYSSA EMANUELLE, A. F. S. O.; BARRETO, C. A.</p> <p>Periódico: Revista Saúde em Foco.</p>	<p>Refletir acerca do cuidar em enfermagem a mulher vítima de violência sexual, nas dimensões da técnica de acolhimento e da existência humana.</p>	<p>Revisão narrativa.</p>	<p>Para cuidar adequadamente da mulher vítima de violência sexual, os profissionais de enfermagem precisam ir além das ações técnicas prescritas pelo Ministério da Saúde e incorporar uma abordagem mais acolhedora e humana no cuidado diário. Embora a normatização seja importante, é necessário reconhecer que a dimensão emocional e psicológica das pacientes também precisa ser considerada durante o atendimento.</p>
<p>Título: A importância da atuação do enfermeiro as vítimas de violência sexual.</p> <p>Ano: 2019</p> <p>Autores: PAULA, S. S.; FERREIRA, W. F. S.; OLIVEIRA, E. C.</p> <p>Periódico: Revista Jurídica Uniandrade.</p>	<p>Analisar e evidenciar o papel do enfermeiro em casos de vítimas de violência sexual abarcando reflexões acerca do cuidar e suas dimensões no contexto da sociedade, tipificando suas ações.</p>	<p>Pesquisa bibliográfica de cunho narrativo, qualitativa, exploratória, descritiva analítica.</p>	<p>Constatou-se que a violência sexual contra as mulheres é considerada um sério problema de saúde pública. Neste contexto, os enfermeiros são responsáveis não apenas pelo cuidado técnico, mas também devem empregar ferramentas fundamentais, como o cuidado emocional, o toque terapêutico e a aplicação do bom senso, a fim de prestar um atendimento adequado às vítimas.</p>
<p>Título: O atendimento da mulher em situação de violência sexual em um serviço de referência.</p> <p>Ano: 2018</p> <p>Autores: BEZERRA, J. F.</p> <p>Periódico: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.</p>	<p>Compreender, junto as mulheres em situação de violência sexual, o atendimento dos profissionais de saúde no Programa de Atendimento Especial, no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti.</p>	<p>Estudo qualitativo, com revisão integrativa e coleta de dados.</p>	<p>De acordo, com os resultados obtidos, é comum que, mulheres que sofrem de violência sexual enfrentem dificuldades ao acessar os serviços de saúde devido à falta de informações disponíveis. Além disso, alguns profissionais não estão cientes dos direitos das mulheres em situação de violência sexual e consideram o aborto, algo legalizado nessas circunstâncias, um crime. Os profissionais de saúde muitas vezes possuem conhecimentos limitados sobre as consequências da violência sexual na saúde e na vida da mulher, o que resulta em falta de orientação adequada em relação aos tratamentos e proteções legais disponíveis. No estudo realizado em Campinas-SP, a maioria das mulheres chega ao atendimento, em períodos curtos de tempo, após a agressão, o que permite aos profissionais iniciar profilaxias, anticoncepção e orientações sobre a relevância de denunciar o abusador.</p>
<p>Título: O processo de resiliência em mulheres vítimas de violência sexual: uma possibilidade de cuidado.</p> <p>Ano: 2018</p> <p>Autores: FORNARI, L. F.; LABRONICI, L. M.</p> <p>Periódico: Revista Cogitare Enfermagem.</p>	<p>Conhecer o processo de resiliência em mulheres vítimas de violência sexual.</p>	<p>Pesquisa exploratório qualitativa.</p>	<p>A atenção e responsabilidade tiveram um papel fundamental em iniciar um processo interno de resiliência as vítimas. A existência de indivíduos dispostos a ouvir sem julgar permitiu que as participantes pudessem expressar o trauma que vivenciaram. As questões psicoespirituais também ajudaram as mulheres em situação de violência a acreditar que sobreviver era mais importante do que ser uma vítima.</p>

<p>Título: Políticas públicas de proteção a mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítima de violência sexual.</p> <p>Ano: 2016</p> <p>Autores: PINTO, L. S. S. <i>et al.</i></p> <p>Periódico: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual do Piauí.</p>	<p>Avaliar as políticas públicas, a legislação de proteção a mulher e os atendimentos de saúde as vítimas de violência sexual.</p>	<p>Estudo exploratório e descritivo.</p>	<p>O serviço avaliado está em conformidade com as normas que preconizam o tratamento humanizado, sem discriminação, respeitando a privacidade dos pacientes e protegendo as vítimas de violência. Além disso, averiguou-se um avanço na legislação brasileira e uma maior atuação do governo para combater a violência.</p>
<p>Título: Violência sexual contra mulheres: a prática de enfermeiros.</p> <p>Ano: 2015</p> <p>Autores: BAPTISTA, R. S. <i>et al.</i></p> <p>Periódico: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.</p>	<p>Investigar a prática dos enfermeiros acerca da violência sexual contra mulheres.</p>	<p>Pesquisa transversal, quantitativa</p>	<p>Dentre as 27 enfermeiras, foi constatado que 96,3% delas reconhecem que é sua responsabilidade investigar a violência sexual. Porém, apenas 22,2% das enfermeiras perguntaram às pacientes sobre a violência e somente 18,5% se sentiram capacitadas para atender casos de violência sexual. A maioria das enfermeiras atendeu casos suspeitos ou confirmados de violência sexual em Unidades Básicas de Saúde, mas muitos atendimentos não seguiram protocolos adequados. As enfermeiras encaminham as pacientes para serviços especializados, mas a falta de materiais, espaço físico limitado e falta de planejamento nas unidades dificultaram a prestação de um atendimento de qualidade.</p>
<p>Título: Vivência de (des)acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde.</p> <p>Ano: 2015</p> <p>Autores: BARROS, L. A. <i>et al.</i></p> <p>Periódico: Revista da Escola de Enfermagem da USP.</p>	<p>Conhecer a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde a partir da fala de mulheres que vivenciaram o estupro.</p>	<p>Estudo qualitativo.</p>	<p>Durante as entrevistas, as mulheres destacaram a qualidade do atendimento prestado pelos profissionais enfermeiros, evidenciando que foram bem acolhidas e tratadas com atenção. No entanto, as suas declarações também sugeriram que as instalações hospitalares não tinham estrutura para o cuidado privado e que houve demoras no atendimento.</p>

Tabela 1 –Identificação dos resultados obtidos.

Fonte: De autoria própria (2022)

Verificou-se no quadro acima, que em relação ao ano de publicação, dos 11 estudos apresentados, o maior numero de artigos publicados ocorreu em 2021 (n=3), variando de 2015 a 2022. Quanto a metodologia dos estudos, seis apresentam análise qualitativa; quatro foram do tipo exploratório-descritivo; quatro utilizaram a revisão integrativa; dois seguiram a abordagem de revisão narrativa, e ainda, encontram-se estudos quantitativos (n=1) e transversal (n=1).

4 | DISCUSSÃO

A enfermagem como ciência e profissão tem como essência o cuidado, que envolve uma abordagem complexa e engloba elementos como dedicação, atenção e preocupação para com a vida de indivíduos e comunidades. O cuidado na enfermagem é um processo em constante evolução, influenciado pela mudança de perspectivas humanas, bem como pelas demandas apresentadas pelo mundo e pelas relações interpessoais que recorrem a atitudes efetivas da enfermagem (RODRIGUES *et al.*, 2021).

A mulher vítima de violência sexual está entre as pessoas que demandam do cuidado, levando em consideração que, a mesma é alvo preferencial deste tipo de violência; a qual mulheres de todas as faixas etárias são atingidas, independentemente de suas posições socioeconômicas e em qualquer ambiente, afetando diretamente na prevalência da morbimortalidade da população feminina (PAULA; FERREIRA; OLIVEIRA, 2019).

Frente a essa situação, é importante que os profissionais de enfermagem estejam adequadamente preparados e emocionalmente prontos para lidar com situações de apreensão ao atender vítimas de violência, garantindo assim uma assistência integral (MACHADO; FREITAG, 2021).

Desta maneira, quando uma mulher busca atendimento de saúde após sofrer violência sexual, é necessário oferecer uma assistência que contemple o tratamento de agravos físicos e psicológicos. Os agravos físicos envolvem lacerações, hematomas e edemas na genital. Além disso, pode haver equimoses e fraturas na face. As vítimas também podem apresentar distúrbios psicológicos, incluindo: insônia, fobias, ansiedade, depressão, transtornos alimentares e etc (PAULA; FERREIRA; OLIVEIRA, 2019). Por conseguinte, é necessário que na prestação de cuidados às mulheres em situação de violência sexual, a enfermagem possua domínio da Norma Técnica do Ministério da Saúde para ministrar intervenções de enfermagem de prevenção profilática a doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), gravidez indesejada e vacinação contra hepatite B, por exemplo (BARROS *et al.*, 2015; BAPTISTA *et al.*, 2015). A execução dessas medidas técnicas pela equipe de enfermagem são cruciais para garantir qualidade de vida as pacientes que sofrem de abuso sexual; e não considerar os efeitos de tal violência pode gerar consequências significativas em suas vidas (RODRIGUES *et al.*, 2021).

De acordo com Rodrigues *et al.* (2021), o acolhimento e a humanização são os primeiros passos para o cuidado da enfermagem em relação às mulheres em situação de violência sexual. Como profissionais de saúde que inicialmente entram em contato direto com a paciente, a enfermagem deve adotar a escuta qualificada e respeitosa, garantir privacidade e sigilo, oferecer toque terapêutico e companhia, a fim de resgatar sua autoestima e permitir que a mesma se sinta segura e confortável para enfrentar o processo resultante da violência sofrida (MACHADO; FREITAG, 2021). Acrescenta-se a isso o fato de que, ao estabelecer uma relação de confiança entre o cuidador e o ser cuidado, os

profissionais de enfermagem passam a ter a possibilidade de identificar problemas que não foram relatados, devido a sentimentos de medo e insegurança (EMANUELLE; BARRETO, 2019).

Para isso, é imprescindível que a enfermagem esteja habilitada para identificar diagnósticos, com perguntas sutis, fornecendo acolhimento adequado e assistência que abrange todas as necessidades humanas básicas da paciente (PAULA; FERREIRA; OLIVEIRA, 2019).

Por outro lado, há diversas limitações que dificultam a prestação de um cuidado de enfermagem humanizado e integral às mulheres que sofrem violência sexual, tais como: a carência de capacitação dos profissionais quanto aos protocolos de notificação desses casos e falta de conhecimento sobre os direitos das mulheres, aspectos que decorrem da ausência de conteúdo específicos sobre essas questões na formação acadêmica (BARROS et al., 2015).

Perante esta situação, pode-se afirmar que a violência sexual contra as mulheres é um fenômeno de alta complexidade, que impacta diretamente a toda população e requer que a equipe de enfermagem esteja apta a lidar com as particularidades desse evento traumático.

5 | CONCLUSÃO

A violência sexual contra a mulher é considerada um grande obstáculo a sociedade, e em particular, a área da saúde. A enfermagem desempenha um papel importantíssimo no atendimento à essas pacientes. No entanto, sua assistência vai muito além do domínio técnico; exigindo da equipe de enfermagem, comprometimento emocional e ideológico para fornecer uma assistência com qualidade.

Almeja-se que este estudo traga importantes reflexões sobre as práticas assistências cotidianas da enfermagem no atendimento à mulher vítima de violência sexual. É fundamental que se promovam ações preventivas e de combate à violência sexual, fortalecendo políticas públicas já existentes e disseminando informações através de palestras educativas na atenção primária a saúde; também é preciso incluir o estudo da violência sexual nas graduações em enfermagem, permitindo aos estudantes aprimorar a competência do não julgamento.

Além disso, é importante que os profissionais de enfermagem estejam cientes quanto a sua responsabilidade social ao combate contra a violência, conduzindo uma postura crítica diante das desigualdades de gênero que ainda permeiam nossa sociedade, buscando promover a equidade.

Logo, a enfermagem para as mulheres que sofrem de violência sexual representa uma importante ferramenta de transformação social; ao oferecer uma assistência integral e comprometida com os seus direitos, os profissionais contribuem para a construção de uma

sociedade mais justa e humana.

REFERÊNCIAS

1. ALENCAR, G. S. P.; LOCATELLI, L.; SOUSA AQUINO, M. G. C. G. **Mulheres e direitos humanos: uma perspectiva normativa acerca do enfrentamento da violência de gênero.** Revista de Políticas Públicas [Internet], v. 24, p. 474-4791, 2020.
2. BAPTISTA, R. S. *et al.* **Violência sexual contra mulheres: a prática de enfermeiros.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 210-217, 2015.
3. BARROS, L. A. *et al.* **Vivência de (des)acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 193-200, 2015.
4. BEZERRA, J. F. **O atendimento da mulher em situação de violência sexual em um serviço de referência.** 2018. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) -Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2018.
5. FORNARI, L. F.; LABRONICI, L. M. **O processo de resiliência em mulheres vítimas de violência sexual: uma possibilidade de cuidado.** Cogitare Enfermagem [Internet], v. 23, n. 1, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.52081>. Acesso em: 10 nov. 2022.
6. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Violência contra mulheres em 2021.** Fórum brasileiro de segurança pública, [S.l.], 2021.
7. MACHADO, L. P.; FREITAG, V. L. **Cuidado de enfermagem a mulher vítima de violência sexual: uma revisão integrativa da literatura.** Research, Society and Development [Internet], v. 10, n. 2, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12595>. Acesso em: 10 nov. 2022.
8. Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Organização Mundial da Saúde, Genebra, 2002.
9. PAULA, S. S.; FERREIRA, W. F. S.; OLIVEIRA, E. C. **A importância da atuação do enfermeiro às vítimas de violência sexual.** Revista Jurídica Uniandrade, Curitiba, v. 30, n. 1, 2019.
10. PINTO, L. S. S. *et al.* **Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual.** Ciência & Saúde Coletiva, [S.l.], v. 22, n. 5, p. 1501-1508, 2016.
11. RIBEIRO, C. L. *et al.* **Atuação do enfermeiro na preservação de vestígios na violência sexual contra a mulher: revisão integrativa.** Escola Anna Nery [Internet], v. 25, n. 5, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0133>. Acesso em: 10 nov. 2022.
12. RODRIGUES, J. B. S. *et al.* **Atuação do enfermeiro frente a mulher vítima de violência sexual.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e5801.2021>. Acesso em: 10 nov. 2022.

13. SANTOS, D. G. *et al.* **Atendimento de enfermagem às mulheres em situação de violência sexual: representações sociais de enfermeiros.** Cogitare Enfermagem [Internet], v. 27, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.79138>. Acesso em: 10 nov. 2022.

14. TAYSSA EMANUELLE, A. F. S. O.; BARRETO, C. A. **O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual.** Revista Saúde em Foco, Teresina, ed. 11, p. 567-573, 2019.

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA CONTRA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO

Data de aceite: 02/05/2023

Gabriel Quinelato

Discente em Enfermagem. Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Sara da Silva Pereira

Discente em Enfermagem. Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Mariana Rabello Laignier

Doutora em Enfermagem (UFRJ).
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Luiza Eduarda Portes Ribeiro

Mestre em Saúde Coletiva (UFES).
Prefeitura Municipal de Vila Velha, Espírito Santo.

Nathália Miguel Teixeira Santana

Mestre em Saúde Coletiva (UFES).
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Estado do Espírito Santo (IFES).

Franciéle Marabotti Costa Leite

Doutora em Epidemiologia (UFPEL).
Universidade Federal do Espírito Santo. (UFES)

todos os ciclos de vida, sendo as Pessoas com Deficiências (PcD), um grupo de maior suscetibilidade à vitimização. O objetivo dessa pesquisa é identificar a frequência de casos notificados de violência psicológica contra PcD no estado do Espírito Santo no período de 2011 a 2018. Trata-se de um estudo descritivo realizado com os dados notificados de violência que foram obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. A análise foi feita por meio do Stata 14.0. Nos anos de 2011 a 2018 foram registrados 54 casos de violência psicológica contra pessoas com deficiência no estado (3,3%). A maioria das vítimas eram mulheres (79,6%), com idade entre 20 e 59 anos (63,0%), e, cor preta ou parda (62,3%). O agressor, em sua maioria, tinha a idade de 25 anos ou mais (80,6%), era do sexo masculino (72,3%), com parentesco com a vítima (85,7%). Cerca de 36% dos agressores fizeram uso de álcool durante a violência e a maioria dos casos tinha apenas um envolvido (78,0%). A violência ocorre predominantemente em domicílio (87,0%) e mais de uma vez (92,5%). A violência psicológica é um importante agravo contra as pessoas com deficiência. É fundamental

RESUMO: A violência psicológica é um importante agravo de saúde, presente em

que os profissionais de enfermagem estejam atentos no rastreamento de sinais desse evento violento, para fins de bloqueio do ciclo da violência e promoção de um cuidado integral.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoa com Deficiência; Violência; Violência Psicológica; Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

A violência é definida como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em 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 (KRUG, et al., 2002).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), de acordo com os grupos que cometem o ato violento a violência pode ser classificada como: coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias); interpessoal (doméstica e comunitária) e violência contra si mesmo (autoprovocada ou auto infligida). A OMS estabelece ainda distinções sobre as naturezas do ato violento. No caso da violência psicológica, esta é caracterizada por todo aspecto de rejeição, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes, depreciação, discriminação e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É qualquer ação que ponha em risco ou até cause danos direcionado à autoimagem, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa (KRUG, et al., 2002).

Segundo Willians (2003), a violência psicológica atinge todas as pessoas, bem como, todos os ciclos de vida. No que se refere ao agravo contra Pessoas com Deficiências (PcD), vale ponderar que esse grupo se encontra em uma posição de suscetibilidade maior à vitimização, devido ao fato de ter uma posição hierárquica inferior se comparada à pessoa sem deficiência (AMMERMAN; VAN HASSELT; HERSEN, 1988; STRICKLER, 2001; SOBSEY; WELLS; LUCARDIE; MANSELL, 1995; TICOLL, 1994; WILLIAMS, 2003). Willians (2003) reforça ainda, que os eventos relacionados à violência psicológica ocorrem em razão da negligência que este grupo sofre na sociedade.

Nesse processo de vitimização, é importante reconhecer a maior vulnerabilidade das pessoas com deficiência. De acordo com a ONU (1948) as pessoas com deficiência estão mais vulneráveis a serem vítimas de violência e necessitam de maior intensidade de esforço para terem acesso aos serviços e adquirirem intervenção como proteção jurídica, intervenção da polícia ou cuidados preventivos quando necessário. As poucas discussões e o reduzido número de registros de violência nesse grupo refletem a dificuldade na identificação dos casos, a invisibilidade, e a violação dos direitos das PcD. De acordo com Ferreira (2008), o indivíduo é ofuscado por sua condição de deficiência, a qual é capaz de estabelecer uma barreira à luta pelos seus direitos.

Ademais, o conceito de vulnerabilidade pode ser aplicado a indivíduos ou grupos sociais dependendo de sua capacidade de prevenir, resistir ou evitar impactos potenciais. Pessoas vulneráveis são aquelas que, por motivos diversos, não desenvolveram essa

capacidade e, portanto, estão em situação maior de risco. Sendo assim, os grupos vulneráveis se dividem em seis categorias: mulheres, crianças e jovens, idosos, população em situação de rua, pessoas com deficiência ou sofrimento mental e a comunidade LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) (TAVARES, 2018).

Nesse cenário, vale ponderar as possíveis consequências dos abusos psicológicos, uma vez que as vítimas podem vir a ter prejuízos no desenvolvimento, intelectual, físico, motor, além de dificuldades de integração social (CAVALVANTE; MINAYO, 2009). Dessa maneira, os profissionais de saúde, são fundamentais na identificação dos casos. A formação do vínculo terapêutico se dá pelo pacto de silêncio pedido pela situação, relacionados às habilidades de tomar conhecimento a respeito de seus significados e motivações relacionados às bagagens na assistência, a comunicação e acolhimento desenvolvidos pelo profissional que são essenciais para realizar a assistência adequada às pessoas vítimas de violência (FREITAS et al., 2020).

Diante do exposto, o estudo teve por objetivo identificar a frequência de casos notificados de violência psicológica, contra pessoas com deficiência, no estado do Espírito Santo, no período de 2011 a 2018.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo com dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA) do Espírito Santo (ES). O ES está localizado na região sudeste do Brasil, possui 46.074.448 km² e registra uma população total de 3.514.952 habitantes, segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGEa) de 2010. Consoante a esse censo populacional do IBGE, a população com deficiência no Estado é de 824.095 pessoas (IBGE, 2010b).

A população em estudo foram as pessoas com deficiência que, segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) nos episódios de violência extrafamiliar/comunitária, fazem parte do grupo para notificação. O SINAN traz a definição de pessoa com deficiência como sendo “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” (BRASIL, 2016b).

Como variáveis do estudo: sexo (masculino e feminino), a faixa etária (10 a 19 anos; 20 a 59 anos; 60 anos e mais), a raça/cor (branca; preta/parda), a faixa etária do agressor (0 a 24 anos; 25 anos ou mais), o sexo do agressor (masculino e feminino), o vínculo do agressor com a vítima (familiar, conhecido ou desconhecido), a suspeita do uso de álcool durante a agressão (sim/não), o número de envolvidos (um; dois ou mais), o local de ocorrência (residência e outros), a violência de repetição (sim/não) e se houve

encaminhamento (sim/não).

Os dados foram processados pelo programa estatístico Stata versão 14.0 e analisados por meio da estatística descritiva que envolveu frequência bruta e relativa, com intervalo de confiança de 95%. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) sobre o parecer número 2.819.597. As normas e diretrizes da resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitadas.

RESULTADOS

Nos anos de 2011 a 2018 foram registrados 54 casos de violência psicológica contra pessoas com deficiência no estado do ES, representando uma frequência de 3,3% (IC95%: 2,5-4,3) dos casos totais registrados de violência contra pessoas com deficiência.

Foi possível identificar que a maioria das vítimas eram mulheres (79,6%), adultas (20 e 59 anos) (63,0%), e, cor preta ou parda (62,3%). Em grande parte das notificações o agressor, tinha a idade de 25 anos ou mais (80,6%), do sexo masculino (72,3%), e com parentesco com a vítima (85,7%). Nota-se ainda, que cerca de 36% dos perpetradores, no momento da violência, tinham suspeita de uso de álcool, e, 78,0% foi cometido por um agressor apenas. Nota-se que 87,0% das violências psicológicas contra pessoas com deficiência ocorreram em domicílio e teve caráter de repetição (92,5%). Grande parte (84%) foi encaminhado para os outros serviços (Tabela 1).

Variáveis	n	%	IC 95%
Sexo			
Masculino	11	20,4	11,4-33,6
Feminino	43	79,6	66,4-88,6
Faixa etária			
10 a 19 anos	6	11,1	5,0-23,1
20 a 59 anos	34	63,0	49,0-75,1
60 anos e mais	14	25,9	15,7-39,6
Raça/Cor			
Branca	20	37,7	25,5-51,8
Preta/Parda	33	62,3	48,2-74,6
Faixa etária do agressor			
0 – 24 anos	7	19,4	9,2-36,5
25 anos ou mais	29	80,6	63,5-90,8
Sexo do agressor			
Masculino	34	72,3	57,4-83,6
Feminino	13	27,7	16,5-42,6
Vínculo do agressor com a vítima			

Familiar	42	85,7	72,4-93,2
Conhecido	6	12,3	5,4-25,3
Desconhecido	1	2,0	0,3-14,0
Suspeita de uso de álcool durante a agressão			
Não	26	63,4	47,2-77,1
Sim	15	36,6	22,9-52,8
Número de envolvidos			
Um	39	78,0	63,9-87,6
Dois ou mais	11	22,0	12,4-36,1
Local de ocorrência			
Residência	47	87,0	74,7-93,9
Outros	7	13,0	6,2-25,3
Violência de repetição			
Não	4	7,5	2,8-19,0
Sim	49	92,5	81,0-97,2
Encaminhamento			
Não	8	16,0	8,0-29,4
Sim	42	84,0	70,6-92,0

Tabela 1. Características gerais das notificações de violências psicológicas contra pessoas com deficiência, entre os anos de 2011 a 2018

Fonte: SINAN, 2018.

DISCUSSÃO

No resultado do presente estudo, nota-se uma frequência de apenas 3,3% de notificações de violência psicológica contra pessoas com deficiência no Espírito no período de 2011 a 2018, o que demonstra uma baixa frequência de notificações desse agravo. Nessa conjuntura, é notável a subnotificação que se apresenta entre os casos notificados nos serviços de saúde, considerando a dificuldade de identificar uma violência que não deixa marcas (NUNES; SALLES, 2016). Além disso, a baixa frequência pode ser explicada por esse agravo, predominantemente, está entrelaçado a outras categorias de violência, não se apresentando como motivo principal da notificação (MARTINS; JORGE, 2009). Estudo feito por Mello (2021), aponta em seus achados que o número de notificações de violência contra pessoas com deficiência ainda não é alto quando comparado ao de pessoas sem deficiência.

O baixo registro de violência psicológica contra pessoas com deficiência pode se justificar pela dificuldade social que esse grupo enfrenta, promulgadas por barreiras físicas, no transporte, no mercado de trabalho, na escola, de acesso à informação, entre outros, que dificultam ou impossibilitam seu acesso a serviços que fazem a notificação de violência (OMS, 2011). Essas barreiras colocam as PcD em um estado de maior vulnerabilidade

social e individual (WILLIAMS, 2003).

Outro dado relevante foi o maior número de casos entre mulheres e os principais agressores homens com vínculo familiar com as vítimas, dados que se assemelham ao estudo realizado por Mello (2021). Isso reforça como a relação de poder entre um homem e mulher são fatores importantes no desencadear da violência psicológica (WILLIAMS, 2003). É válido ressaltar que a constituição da identidade masculina predominantemente é caracterizada pela força, pela competição e pelo machismo, os quais são capazes de fomentar a associação entre o masculino e a violência (ALVES et al., 2012; CARRINGTON et al, 2010; NASCIMENTO et al, 2009; SOUZA, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Observa-se ainda o maior número de vítimas de raça/cor preta. Um estudo acerca da violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, mostra que a violência psicológica dentre as usuárias do SUS foi mais frequente entre as pardas (52,5%), seguida das de cor/raça preta (LEITE et al., 2017). É importante salientar que pode haver subnotificação de casos contra as mulheres de raça/cor preta tanto por causa da naturalização da violência nessa população como por causa do menor acesso deles aos serviços de saúde (WERNECK, 2016). Ademais, é válido ressaltar que os jovens e adolescentes pretos, são mais submetidos a desigualdades sociais e situações de desamparo, sendo assim, mais expostos às violências em comparação aos brancos (BRASIL, 2016a).

A residência foi o local de maior ocorrência dos casos de violência psicológica contra as pessoas com deficiência, dado que corrobora com estudo realizado por Malta et al. (2017), onde foi constatado que a maior parte das violências ocorreram dentro do ambiente doméstico. Além disso, ao analisarmos o vínculo dos agressores com as vítimas, foi visto que a grande maioria dos casos foi praticada por familiares, dados que corroboram com outros estudos (RATES et al., 2015; ANDRADE et al., 2018; LEITE et al., 2021).

Nessa ótica, a violência psicológica, que já é considerada uma violência difícil de ser notificada (NUNES; SALLES, 2016), somado ao fato de que as agressões ocorrem em sua maioria na própria residência da vítima, em ambiente fechado, apresenta uma conjuntura capaz de proporcionar aos perpetradores um local privilegiado para a quietude da vítima, ausência de testemunha (PINTO et al., 2021; LEITE et al., 2021), e, conseqüentemente potencializar os ciclos de repetição (ANDRADE et al., 2018), fato que se mostra presente nos resultados do presente estudo ao apontar o caráter de repetição para a grande maioria dos casos.

A violência psicológica por si traz conseqüências biopsicossociais a curto e/ou longo prazo para as vítimas, além de ter repercussões importantes sobre a saúde mental, como incapacidade de manter relações interpessoais satisfatórias, comportamento e sentimentos impróprios, irritação e tendência a desenvolver sintomas psicossomáticos, o que dificulta o desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social das mesmas (MELLO; JARDIM, 2018).

Esse achado aponta o quanto é essencial que essa parcela da população seja assistida de forma holística e atenta. A abordagem terapêutica do profissional tem grande impacto durante uma consulta, ao promover segurança têm-se também a confiança que pode ser essencial para que a PcD fale sobre o seu sofrimento. Ao construir uma consulta que aborda aspectos minuciosos e direcionados para identificar os sinais de violência psicológica é possível se aprofundar na situação e se identificado fazer o registro para que o processo de justiça para a vítima se inicie (BRASIL, 2014; MACEDO; CONCEIÇÃO, 2017; SCHUTZ, 2012; VICENTE; HIGARASHI; FURTADO, 2015).

No que se refere ao uso de bebida alcoólica pelo agressor durante a violência, no estudo de Leite et al. (2019) a maioria dos agressores faziam o uso e esse se relacionou com a maior reprodução da violência psicológica e física. A ingestão de bebida alcoólica é estimuladora de grande escala de situações violentas (CARVALHO et al., 2017), isso pode ser visto tanto no ponto de vista do agressor quanto da vítima (DUAILIBI, S; LARANJEIRA, 2007).

O encaminhamento foi observado em 84% das notificações, o que também foi encontrado em outros estudos resultados semelhantes (LEITE et al., 2021, RATES et al., 2015; PINTO et al., 2021). O elemento chave quando se pensa na tentativa de ruptura dos ciclos de violência é o encaminhamento dos casos. A consolidação e desempenho da rede de atenção às vítimas de violências vem ajudando e garantindo o acesso aos serviços intersetoriais pelas vítimas (MASCARENHAS et al., 2010). O trabalho multiprofissional e intersetorial é de extrema importância para a preservação dos direitos e na atenuação dos danos garantindo apoio e cuidado psicológico, médico, social e legal, colaborando assim para a quebra do ciclo de perpetração da violência (FERREIRA, 2008).

Por fim, no que tange às limitações no estudo, destacam-se a não representatividade de todas as pessoas com deficiência, considerando que os dados apresentados se referem somente aqueles casos atendidos nos serviços de saúde, bem como, a não identificação dos tipos de deficiência. Todavia, apesar das limitações apresentadas, o estudo evidencia a violência psicológica como um agravo presente neste grupo vulnerável, com possibilidades de gerar importantes prejuízos à saúde dessa população, ampliando-se o olhar sobre esse assunto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da baixa frequência de notificações de violência psicológica contra pessoas com deficiência no Espírito Santo no período de 2011 a 2018, este é um fenômeno presente nesse grupo, que precisa ser mais abordado e evidenciado. Notam-se ainda vulnerabilidades importantes, como maior número de vítimas do sexo feminino, raça cor preta/parda, agressores com vínculo familiar, e, a violência ocorrendo prioritariamente no domicílio e com caráter de repetição.

Os profissionais de saúde são fundamentais na identificação e notificação dos casos de violência. Assim sendo, a enfermagem tem um importante papel nesse cenário, propiciando à vítima a oportunidade de saída deste ciclo. Ademais, urge a necessidade de maiores pesquisas voltadas para as violências contra pessoas com deficiência, em especial a violência psicológica, diante da qual observa-se um reduzido número de publicações, de modo a contribuir com o conhecimento, e ferramentas para as ações preventivas, bem como, de recuperação e promoção de saúde das vítimas.

REFERÊNCIAS

- ALVES, R. A.; PINTO, L. M. N.; SILVEIRA, A. M.; OLIVEIRA, G. L.; MELO, E. M. Homens, vítimas e autores de violência: a corrosão do espaço público e a perda da condição humana. **Interface**, v. 16, n. 43, pp. 871-83, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000400002&lng=pt&tlng=pt.
- AMMERMAN, R.T, VAN HASSELT, V.B; HERSEN, M. Maltreatment of handicapped children: A critical review. **Journal of Family Violence**, v.1, n.3, p. 53-72, 1988.
- ANDRADE, C. S. S; COSTA, M. C. O; SILVA, M. L. C. A; BARRETO, C. S. L. A. Notificação da violência física e sexual de crianças e adolescentes: o papel do sistema de vigilância de violências e acidentes/VIVA. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 8, n. 1, pp. 46-53, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2016.v21n3/871-880/pt>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2014. 60 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Temático Saúde da População Negra**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.
- CARRINGTON, K. et al. Globalization, frontier masculinities and violence: booze, blokes and brawls. **Br. J. Criminol.**, v.50, n.3, p.393-413, 2010
- CARVALHO, A. P; SILVA, T. C; VALENÇA, P. A. M; SANTOS, C. F.B. F; COLARES, V; MENEZES, V. A. Consumo de álcool e violência física entre adolescentes: quem é o preditor? **Ciêns Saúde Colet** [Internet], v. 22, n. 12, pp. 4013-20; 2017. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-812320172212.06172016.
- CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S. Representações sociais sobre direitos e violência na área da deficiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 57–66, 1 fev. 2009.
- DUAILIBI, S; LARANJEIRA, R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Rev Saude Publica**; v. 41, n. 5, pp. 839-848, 2007. Disponível em:

FERREIRA, W. B. Vulnerabilidade à violência sexual no contexto da escola inclusiva: reflexão sobre a invisibilidade da pessoa como deficiência. **REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación**, v. 6, n. 2, pp. 120-136, 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55160210>.

FREITAS, R. J. M. DE et al. Assistência dos profissionais de saúde às crianças e adolescentes em situações de violência. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 16, n. 1, p. 1-8, 20 fev. 2020.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA. **Censo Populacional do Espírito Santo, 2010a**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama>. Acesso em 19 de maio de 2022.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA. Censo Demográfico 2010b. **Características Gerais da População, Religião e Pessoas com Deficiência**. Disponível em: <https://inclusao.enap.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido-original-eleitoral.pdf>

KRUG, E. G. et al. Lozano R. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva: World Health Organization, 2002. p. 380.

LEITE, F. M. C. et al. Violência contra a mulher e sua associação com o perfil do parceiro íntimo: estudo com usuárias da atenção primária. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, E190056, 2019. Disponível em: DOI: 10.1590/1980-549720190056.

LEITE, F. M. C.; PEDROSO, M. R. O.; VENTURIN, B.; BULERIANO, L. P.; ALVES, O. M. Violência psicológica contra crianças: caracterização dos casos notificados no Espírito Santo. In: PIMENTEL, B. N. **Saúde Coletiva: Uma construção teórico-prática permanente 3**. 1 ed. Ponta Grossa - PR: Atena Editora, 2021, v. , p. 190-200.

LEITE, F. M. C.; AMORIM, M. H. C.; WERHMEISTER, F. C.; GIGANTE, D. P. Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 51, pp.33, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006815>.

MACEDO, E. O. S.; CONCEIÇÃO, M. I. G. Psychosocial care for children and adolescents in situation of violence: the psychologist and the attention network. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 12, n. 1, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v12n1/10.pdf>.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; PUGEDO, F. S. F.; LIMA, C. M.; MASCARENHAS, M. D. M.; JORGE, A. O., et al. Violências contra adolescentes nas capitais brasileiras, segundo inquérito em serviços de urgência. **Ciêns Saúde Colet**, v. 22, n. 9, pp. 2899-908, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/fj/csc/a/Wgk3zzkhyGVnp734gP7LQVvm/?format=pdf&lang=pt>.

MARTINS, C. B. G.; JORGE, M. H. P. M. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, n. 4, pp. 315-334, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000400002>.

MASCARENHAS, M. D. M.; MALTA, D. C.; SILVA, M. M. A.; LIMA, C. M.; CARVALHO, M. G. O.; OLIVEIRA, V. L. A. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, pp. 347-357, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200013>.

MELLO, A. C. M. P. C.; JARDIM, G. C. Violência psicológica. In: WAKSMAN, R. D.; HIRSCHHEIMER, M. R.; PFEIFFER, L. **Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes vítimas de violência**. 2ª ed. Brasília, DF: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2018. p. 103-114. Disponível em:

MELLO, N. F.; PEREIRA, E. L.; PEREIRA, V. O. M.; SANTOS, L. M. P. Casos de violência contra pessoas com deficiência notificados por serviços de saúde brasileiros, 2011-2017*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 3, 2021. Disponível em: doi: 10.1590/S1679-49742021000300007.

NASCIMENTO, E.F. et al. Violência é coisa de homem? A “naturalização” da violência nas falas de homens jovens. **Cienc. Saude Colet.**, v.14, n.4, p.1151-7, 2009.

NUNES, A. J.; SALES, M. C. V. Violência contra crianças no cenário brasileiro [internet]. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, pp. 871-880, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2016.v21n3/871-880/pt/>.

ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 10 de dezembro de 1948 proclamada pela resolução 217 A (III). Disponível em http://www.pnud.org.br/popup/download.php?id_arquivo=1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial Sobre a Deficiência. 2011. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Organização Mundial da Saúde**. Disponível: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/09/9788564047020_por.pdf.

PINTO, I. B. A.; LEITE, F. M. C.; LUIS, M. A.; ALVES, O. M.; RIBEIRO, L. E. P.; CUBAS, M. R. LANNA, S. D.; CUPERTINO, E. G. F.; PINTO, G. S. S.; TAVARES, F. L. Negligência e violência psicológica contra adolescentes: uma descrição dos casos. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 23, p. 62-70, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/35722/25628>.

TAVARES, T. ALESE. **Assembleia legislativa do estado de sergipe**. Grupo Vulnerável: saiba mais sobre o assunto. 2018 Disponível em: <https://al.se.leg.br/grupo-vulneravel-saiba-mais-sobre-o-assunto/#:~:text=Esse%20grupo%20de%20pessoas%20%C3%A9>.

RATES, S. M. M.; MELO, E. M.; MASCARENHAS, M. D. M.; MALTA, D. C. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, pp. 655-665, 2015. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.15242014>.

SOBSEY, D., WELLS, D., LUCARDIE, R. & MANSELL, S. **Violence and disability: An annotated bibliography**. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing, 1995.

SCHUTZ, A. **Fenomenologia e relações sociais**. Rio de Janeiro: Vozes; 2012. 357 p.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciêns Saúde Colet**, v. 10, n. 1, pp. 59-70, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5QrxkHxfmDzwgCRVjPXf8yh/?format=pdf&lang=pt>.

STRICKLER, H.L Interaction between family violence and mental retardation. **Mental Retardation**, v. 39, n. 6, p. 461-471, 2001.

TICOLL, M. **Violence and people with disabilities: A review of the literature**. National Clearinghouse on Family Violence: Ministério da Saúde, Canadá, 1994.

VINCENTE, J. B; HIGARASH, I. H; FURTADO, M. C. C. Mental disorder in childhood: family structure and their social relations. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 1, pp. 107-114, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100107&Ing=en.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535-549, set. 2016.

WILLIAMS, L. C. A. Sobre deficiência e violência: Reflexões para uma análise de revisão de área. **Rev. Bras. Ed. Esp**, v.9, n.2, p.141-154, 2003. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/rbee/v09n02/v09n02a03.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Violence prevention: the evidence**. Geneva: WHO, 2010.

MOTIVOS RELACIONADOS A NÃO VACINAÇÃO CONTRA O PAPILOMAVÍRUS EM ADOLESCENTES

Data de submissão: 07/04/2023

Data de aceite: 02/05/2023

Bárbara Aguiar Carrato

Acadêmico(a) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte, Brasil
ORCID: 0000-0001-8102-5741

Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá

Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte, Minas Gerais
ORCID: 0000-0002-0122-2727

Isabella de Alcântara Gomes da Silva

Acadêmico(a) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte, Minas Gerais
ORCID: 0000-0003-4727-6664

Leila Emanuelle Peixoto Nascimento

Acadêmico(a) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte, Minas Gerais
ORCID: 0000-0002-7826-9689

Antonio Tolentino Nogueira de Sá

Faculdade de Ciência Médicas de Minas Gerais, Departamento de Clínica Médica
Belo Horizonte, Minas Gerais
ORCID: 0000-0002-5896-9864

Maíra Micheletti Gomide

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), Programa de Pós-Graduação em Direito
Belo Horizonte, Minas Gerais
ORCID: 0000-0001-5283-1656

Suelen Rosa de Oliveira

Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte, Minas Gerais
ORCID: 0000-0002-7330-6102

Tércia Moreira Ribeiro da Silva

Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte, Brasil
ORCID: 0000-0002-5261-2266

RESUMO: Compreender as razões pelas quais os jovens em idade escolar não foram imunizados contra o Papilomavírus Humano (HPV) é fundamental para estabelecer estratégias de saúde que melhorem os índices de imunização contra o HPV na população adolescente. A Estratégia Global

para Acelerar a Eliminação do Câncer de Colo de Útero, divulgada pela Organização Mundial da Saúde em 2020, enfatiza a relevância da vacinação contra o HPV antes do início da vida sexual como um dos principais pilares para a prevenção do câncer de colo de útero no mundo. Contudo, desde a inclusão da vacina contra o HPV no calendário vacinal do adolescente pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), o objetivo de imunizar 80% da população alvo da vacina nunca foi alcançado. Além do Brasil, outros países que disponibilizam a vacinação contra o HPV para o público adolescente também enfrentam desafios para alcançar as metas de cobertura vacinal. Este capítulo revisou a literatura mundial a fim de elencar os motivos pelos quais os adolescentes não estão aderindo à vacinação contra o HPV.

PALAVRAS-CHAVE: Papillomaviridae; Saúde do Adolescente; Imunização; Cobertura Vacinal; Vacinas contra Papillomavirus; Recusa de Vacinação.

THE REASONS FOR NOT VACCINATING AGAINST HUMAN PAPILLOMAVIRUS IN ADOLESCENTS

ABSTRACT: Understanding the reasons why young people of school age were not immunized against the Human Papillomavirus (HPV) is essential to establish health plans and actions that improve the indications of immunization against HPV in the group of adolescents. The Global Strategy to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer, released by the World Health Organization in 2020, emphasizes the adoption of adherence to the HPV vaccination campaign, before the onset of sexual life, as one of the main infections to avoid the occurrence of new occurrences of cancer in the world. However, since the inclusion of the HPV vaccine in the adolescent vaccination schedule by the National Immunization Program (PNI), no Brazilian state has reached the goal of 80% immunization of the target group. In addition to Brazil, other countries that offer vaccination against HPV also face challenges in achieving vaccination coverage goals. This chapter reviewed the world literature in order to list the reasons why young people are not immunized against HPV. Individual and contextual factors were pointed out by studies that investigated the reasons why young people did not start vaccinating against HPV in Brazil and worldwide.

KEYWORDS: Papillomaviridae; Adolescent Health; Immunization; Vaccination Coverage; Papillomavirus vaccines; Refusal of Vaccination.

IMPORTÂNCIA DA VACINAÇÃO CONTRA O HPV

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) se destaca como referência mundial na disponibilização gratuita de imunobiológicos e na previsão sistemática de calendários vacinais que contemplam todos os ciclos de vida. (DOMINGUES et al., 2020). Implementado em 1975 pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o PNI ampliou gradativamente o rol de vacinas e incluiu no calendário vacinal dos adolescentes alguns imunobiológicos que eram exclusivos do calendário infantil, como a vacina dupla bacteriana (dT) e o reforço da tríplice viral (DOMINGUES et al., 2020).

Além destas vacinas, merece destaque a vacina contra o Papilomavírus Humano (HPV) que foi incluída no esquema vacinal do adolescente pela Portaria N° 54, de 18 de

novembro de 2013(DIAS; FREITAS, 2020). A vacina contra o HPV previne o câncer de colo de útero e os cânceres de pênis, ânus, vulva, vagina e orofaringe que podem ser causados pelos subtipos 6, 11, 16 e 18 do Papillomavirus Humano (DE CARVALHO et al., 2021; PEREIRA-CALDEIRA, [s.d.]). A partir de 2014 a vacina contra o HPV foi ofertada para meninas de 9 a 13 anos em todo o território nacional, e em 2017 os meninos de 11 a 14 anos também passaram a compor o público alvo da vacina. (DIAS; FREITAS, 2020).

O Papilomavírus Humano (HPV) é o principal agente etiológico das infecções sexualmente transmissíveis do mundo(PEREIRA-CALDEIRA, [s.d.]) caracterizando-se pelo tropismo pelo epitélio escamoso e pela variedade de lesões cutaneomucosas que podem acometer a boca, orofaringe, anus e a genitália feminina e masculina(DE CARVALHO et al., 2021). Compreendendo uma classe com mais de 200 subtipos, a maioria dos subtipos de HPV são responsáveis por infecções assintomáticas e que se resolvem espontaneamente (PEREIRA-CALDEIRA, [s.d.]). Além dos subtipos que são responsáveis por infecções assintomáticas, 13 subtipos do HPV são considerados oncogênicos, merecendo destaque os subtipos 16 e 18 de HPV que têm tropismo pelas células do colo uterino, podendo causar infecções persistentes e com potencial oncogênico(PEREIRA-CALDEIRA, [s.d.]). Os subtipos 16 e 18 de HPV foram responsáveis no ano de 2019, por 5.880.000 novas ocorrências de câncer de colo de útero em todo o mundo, figurando como o quarto tipo de câncer mais comum na população feminina (Instituto Nacional do Câncer - INCA, 2015).

No Brasil, entre os anos de 2018 e 2019, foram notificados 16.370 novos casos de câncer de colo do útero, ocupando o terceiro lugar dentre os cânceres (DE OLIVEIRA et al., 2021). Para cada ano do triênio 2020-2022 são esperados 16.590 registros de novos casos de câncer de útero no mundo representando 7,4% dos cânceres femininos e risco de 15,43 casos para cada 100.000 mulheres(DIAS; FREITAS, 2020).

A vacinação contra o HPV antes do início da atividade sexual é uma das principais estratégias da Estratégia Global para Acelerar a Eliminação do Câncer Cervical (DE CARVALHO et al., 2021). Estudos demonstram que a produção de anticorpos estimulada pela vacina contra o HPV é 10 vezes superior à produção de anticorpos durante a infecção natural, o que reforça a relevância da vacinação contra o HPV(DE CARVALHO et al., 2021). Embora seja reconhecido o benefício da vacinação, a meta nacional de imunizar 80% das meninas e meninos com idade entre 9 e 14 anos nunca foi alcançada (BRASIL, 2016).

Considerando a relevância da vacinação contra o HPV e o desafio para o cumprimento da meta vacinal de 80% do público-alvo, é necessário investigar e compreender os motivos pelos quais os adolescentes não estão se vacinando contra o HPV. Identificar os fatores individuais e contextuais que influenciam a adesão da vacina contra o HPV poderá direcionar políticas e estratégias de imunização mais eficientes e adaptadas às necessidades do grupo alvo. ...

Considerando o contexto apresentado e visando melhorar os indicadores de imunização, conforme prevê a Agenda 2030 das Nações Unidas para os Objetivos de

Desenvolvimento Sustentável, este capítulo investigou na literatura mundial os motivos pelos quais os adolescentes não estão se vacinando contra o HPV.

MOTIVOS PELOS QUAIS OS ADOLESCENTES NÃO ESTÃO ADERINDO À VACINAÇÃO CONTRA O HPV

Dentre os motivos para a não vacinação contra o HPV, estudos apontam os fatores individuais e contextuais que estão resumidos no Quadro 1. (GALLAGHER, 2016; PENG-JUN LU, 2015; DORELL, 2011; CHOU, 2011; GOLD 2013).

Dados Sociodemográficos, econômico e familiar	Comportamento relacionado à saúde	Conhecimento acerca da vacina e do HPV	Condições de saúde e características relacionadas ao uso dos serviços de saúde
<ol style="list-style-type: none"> 1. Faixa etária de 15 a 17 anos 2. Idade 3. Situação marital 4. Renda familiar 5. Grau de instrução da mãe 6. Etnia e raça 7. Cor de pele preta 8. Vulnerabilidade social 9. Dificuldade de diálogo sobre sexualidade 10. Escolaridade 11. Não residir com os pais 12. Ter passado fome 13. Crenças religiosas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baixa perspectiva escolar 2. Agressão física 3. Receio de legitimar comportamentos sexuais inadequados para a idade Medo de eventos adversos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecimento sobre câncer de colo de útero Conhecimento sobre benefícios da vacina Conhecimentos sobre a eficácia da vacina Conhecimento sobre o Papilomavírus Humano (HPV) Conhecimento sobre a existência da vacina Conhecimento sobre saúde sexual 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacidade do profissional de saúde avaliar o cartão vacinal Muitos profissionais não discutem nem comentam sobre a vacina contra o HPV Acesso às salas de vacinação Escassez de estratégias de promoção e prevenção à saúde

Quadro 1: Fatores individuais e contextuais que interferem na adesão do público adolescente à vacinação contra o HPV.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Estudos norte-americanos e europeus apontam que a idade, a situação marital, o grau de instrução da mãe, renda familiar, etnia, raça, conhecimento do adolescente sobre o câncer no colo uterino e benefícios do imunobiológico, além daqueles relacionados à capacidade dos profissionais de saúde de verificar regularmente o estado de vacinação do adolescente em todas as ocasiões possíveis, mesmo que o motivo principal da busca pelo serviço não tenha sido a imunização, são fatores que impactam na adesão do adolescente à vacinação contra o HPV (GALLAGHER, 2016; PENG-JUN LU, 2015; DORELL, 2011; CHOU, 2011; GOLD 2013).

Estes fatores revelam que populações em situação de vulnerabilidade social são mais susceptíveis ao não seguimento do calendário vacinal comprometendo a imunidade coletiva de uma comunidade (SMITH, 2000; WALDMAN, 1998).Entretanto, estudos realizados com a população adolescente americana e europeia não consideram as peculiaridades,

perfis sociodemográficos e vulnerabilidades sociais comumente identificadas na população brasileira e que podem comprometer a adesão do público adolescente à vacinação contra o HPV.

Além dos fatores acima mencionados, o receio de eventos adversos, a escassez de informação sobre a efetividade da imunização, a dificuldade dos pais e dos filhos tecerem diálogos a respeito da sexualidade, a suspensão das estratégias de imunização nas escolas e o receio dos pais ou responsáveis legitimarem a iniciação sexual precoce dos adolescentes a partir da vacinação contra o HPV também foram mencionados por estudo que investigou os motivos pelos quais os adolescentes não se vacinaram contra o HPV (DIAS; FREITAS, 2020).

AA divulgação de informações sobre a vacina contra o HPV e a recomendação da mesma pelos profissionais da saúde favorecem a adesão do imunizante pelo público adolescente, contudo, a vacina é pouco recomendada pela equipe de saúde (HOFSTETTER ANNIKA M, [s.d.]). Além disso, a abordagem inadequada e a doção de estratégias de comunicação pouco eficientes figuram como barreiras à aceitação da vacinação pelo público adolescente (HOFSTETTER ANNIKA M, [s.d.]).

Estudo sobre a percepção e o conhecimento dos jovens sobre o HPV apontou que a maior parte da população estudada desconhecia ou possuía conhecimento mínimo sobre o HPV e sobre a sua repercussão para a saúde (ABREU et al., 2018). O desconhecimento do HPV foi associado à menor escolaridade, uma vez que os indivíduos que tinham ensino superior tiveram 3,59 vezes mais chances de conhecer o HPV quando comparado aqueles que tinham ensino fundamental (ABREU et al., 2018). O desconhecimento do HPV também foi associado ao sexo masculino, não saber da existência da vacina, ter menor renda e frequentar serviços públicos de saúde (ABREU et al., 2018).

Além destes fatores, o desconhecimento do HPV pelos adolescentes associou-se aos seguintes fatores: ter idade entre 15 e 17 anos, raça/cor preta, não ter acesso à internet, usar drogas lícitas e ilícitas, não residir com os pais, ter passado fome, não ter intenção de dar continuidade aos estudos, ter sofrido agressão física, não ter recebido orientação sobre saúde sexual (DOS SANTOS et al., 2021^a).

Estudo conduzido no Uruguai apontou que o desconhecimento da vacina contra o HPV foi o principal motivo apontado pelos adolescentes como justificativa para não receber a vacina (NOTEJANE, MARTÍN ET AL., 2018). Além disso, a escassez de informações precisas sobre o HPV e as convicções religiosas, foram motivos para a hesitação vacinal (NOTEJANE MARTÍN ET AL., 2018).

A implementação de programas de educação sexual para meninas e meninos incentivando o adiamento do início da atividade sexual, pode reduzir a incidência dos cânceres causados pelo HPV (WILAILAK; KENGSAKUL; KEHOE, 2021).

HESITAÇÃO VACINAL CONTRA O HPV EM ESCOLARES BRASILEIROS DA PENSE, 2019

Estudo baseado em informações da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2019), constatou que a maioria dos adolescentes com idade entre 13 e 17 anos que responderam à pesquisa, foram imunizados contra o HPV (SILVA et al., 2022b). Nas escolas da rede pública da Região Nordeste, o principal motivo alegado pelos jovens para não terem recebido a vacina foi “não sabia que tinha que tomar”(SILVA et al., 2022b). As demais razões foram a “distância ou dificuldade para ir até a unidade ou serviço” e o “medo de reação à vacina” (SILVA et al., 2022b). Nas escolas da rede particular, a principal resposta para a não vacinação foi “mãe, pai ou responsável não quis vaciná-lo” (SILVA et al., 2022b).

As disparidades regionais nas coberturas vacinais são um impasse antigo e evidente no Brasil, com as piores coberturas vacinais habitualmente encontradas nas regiões Norte e Nordeste em comparação com as regiões Sul e Sudeste(CÉSARE et al., 2020). Um estudo nacional que analisou a cobertura da primeira e segunda doses da vacina contra o HPV em meninas de 14 a 16 anos revelou uma grande variação na cobertura vacinal e uma correlação negativa entre a proporção de lares sem banheiro e os piores indicadores de vacinação. (MOURA; CODEÇO; LUZ, 2021) Além disso, os estados do Amazonas, Pará, Tocantins, Piauí, Paraíba, Bahia e Goiás, localizados nas regiões Norte e Nordeste, não conseguiram atingir a meta de 80% de cobertura vacinal na população-alvo(MOURA; CODEÇO; LUZ, 2021).

A falta de conhecimento sobre as campanhas de imunização contra o HPV foi atribuída pelos adolescentes como motivo para a não vacinação contra o HPV, segundo um estudo com dados da PeNSE, edição 2015(DOS SANTOS et al., 2021b). Nesse estudo, verificou-se que cerca de 10,3% dos adolescentes não tinham conhecimento ou nunca tinham ouvido falar da campanha de vacinação contra o HPV(DOS SANTOS et al., 2021b).

Além disso, foi constatada associação entre o desconhecimento da campanha e alguns fatores como: idade entre 15 e 17 anos, estudar no período da tarde ou noite, experiência sexual prévia, autopercepção ruim da saúde, insatisfação ou indiferença quanto à imagem corporal e estudar em escola pública (NOTEJANE M, 2018).

Entretanto, outras pesquisas realizadas no Brasil e no exterior apontam a existência de uma relação positiva entre o conhecimento sobre o HPV e a aceitação da vacina (NOTEJANE M, 2018). Além disso, um estudo multicêntrico envolvendo jovens adultos sexualmente ativos constatou que, aqueles que receberam informações sobre o HPV pela equipe de saúde e pelos meios de comunicação, tiveram pontuações mais altas quanto ao conhecimento sobre o HPV (NOTEJANE M, 2018)

Quanto a dependência administrativa da escola, verificou-se maior prevalência de desconhecimento da vacinação contra o HPV entre escolares da rede pública, quando

comparado aos escolares matriculados em outras dependências administrativas, conforme dados da terceira edição da PeNSE (2019), (DOS SANTOS et al., 2021c).

Embora o Programa Saúde na Escola (PSE) tenha sido criado com o intuito de promover a saúde dos escolares matriculados em instituições da rede pública, a utilização de técnicas inadequadas para a prevenção de infecções adquiridas por via sexual e a falta de conhecimento dos jovens sobre os direitos sexuais e reprodutivos podem representar barreiras para a imunização contra o HPV na prevenção destas enfermidades(DOS SANTOS et al., 2021c)

Destaca-se ainda que a diferença de cobertura vacinal contra o HPV entre os adolescentes do sexo masculino quando comparada a cobertura vacinal de meninas em todas as regiões do país, chamam a atenção e devem ser consideradas para a elaboração de estratégias que visem a melhoria dos indicadores de imunização

Na pandemia da COVID-19, ocorreu a diminuição na quantidade de doses administradas da vacina contra o HPV em todo o Brasil, em especial, nas Regiões Norte e Nordeste, o que resultou no aumento do contingente de adolescentes suscetíveis ao HPV nestas regiões (SILVA et al., 2022a). É preciso destacar que a Região Nordeste apresenta os piores indicadores de imunização contra o HPV e a maior incidência de câncer de colo do útero, chamando a atenção para a necessidade de direcionar para esta região estratégias para melhorar os indicadores de imunizações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

É importante ressaltar que a manutenção de estudos nacionais sobre o acompanhamento de marcadores de saúde dos escolares, a exemplo da PeNSE, se configura como uma ferramenta indispensável para a produção de evidências sobre os fatores de risco e as condições de saúde dessa população, favorecendo o delineamento de estratégias de prevenção e de promoção da saúde neste grupo. Destaca-se que a quarta edição da PeNSE sofreu uma atualização na sua metodologia de coleta de dados.

A estrutura do inquérito foi modificada a partir da inclusão e exclusão de perguntas, que teve o objetivo de melhorar a sua compreensão pelos adolescentes. Contudo, essas mudanças tornaram ainda mais complexa a análise comparativa de alguns indicativos. Na quarta edição, por exemplo, foram incluídas perguntas sobre o motivo da não vacinação, representando um avanço importante. É recomendável que tal pergunta seja mantida nas próximas edições da PeNSE, o que permitiria comparações entre os dados coletados antes e após a pandemia COVID-19.

Todos os dados apresentados evidenciam a importância de se promover a conscientização dos jovens, principalmente dos meninos, sobre o porquê de se imunizar contra o HPV. Nessa perspectiva, é essencial que os enfermeiros, em especial aqueles que atuam na rede da Atenção Primária à Saúde, entendam os fatores que dificultam o alcance da meta de cobertura vacinal contra o HPV na população adolescente de ambos os sexos no Brasil.

Por fim, escola é o espaço mais oportuno para a disseminação de informações

sobre o HPV e para a conscientização dos adolescentes acerca da importância da vacinação (SILVA et al., 2022b). O enfermeiro poderá adotar estratégias que favoreçam o estabelecimento de um canal de comunicação favorável ao esclarecimento de dúvidas e à divulgação de informações sobre a imunização contra o HPV (SILVA et al., 2022b). Estas estratégias devem ser adequadas à idade, cultura, contexto social e devem abordar adequadamente os direitos sexuais e reprodutivos, conscientizando esses jovens sobre a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência e sobre a prevenção do HPV (SILVA et al., 2022b).

A responsabilidade dos trabalhadores da saúde, destacando a atuação do enfermeiro como agente de educação em saúde, criando e consolidando o diálogo e a conscientização sobre o imunizante, poderá contribuir com o aumento da adesão da vacinação pelo público adolescente. A consolidação de ações de saúde e de políticas públicas nas Regiões Norte e Nordeste é fundamental para melhorar os indicadores de imunização contra o HPV na população adolescente

REFERÊNCIAS

ABREU, M. N. S. et al. Conhecimento e percepção sobre o HPV na população com mais de 18 anos da cidade de Ipatinga, MG, Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 849–860, 1 mar. 2018.

CÉSARE, N. et al. Longitudinal profiling of the vaccination coverage in Brazil reveals a recent change in the patterns hallmarked by differential reduction across regions. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 98, p. 275–280, 1 set. 2020.

DE CARVALHO, N. S. et al. Brazilian protocol for sexually transmitted infections 2020: Human papillomavirus (hpv) infection. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 54, 2021.

DE OLIVEIRA, P. S. et al. Vaccination coverage against human papillomavirus (HPV) and associated factors in female academics from a university in southwestern Goiás, Brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 55, 2021.

DIAS, M. A. P.; FREITAS, B. A. DE A. VACINAÇÃO CONTRA O PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) NO BRASIL: HISTÓRICO E DESAFIOS / VACCINATION AGAINST HUMAN PAPILOMAVIRUS (HPV) IN BRAZIL: HISTORY AND CHALLENGES. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 10, p. 74787–74802, 2020.

DOMINGUES, C. M. A. S. et al. The Brazilian National Immunization Program: 46 years of achievements and challenges. **Cadernos de Saude Publica**, v. 36, 1 out. 2020.

DOS SANTOS, M. A. P. et al. Lack of awareness of the HPV vaccination campaign among Brazilian students: a multilevel analysis. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 26, n. 12, p. 6223–6234, 2021a.

DOS SANTOS, M. A. P. et al. Lack of awareness of the HPV vaccination campaign among Brazilian students: a multilevel analysis. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 26, n. 12, p. 6223–6234, 2021b.

DOS SANTOS, M. A. P. et al. Lack of awareness of the HPV vaccination campaign among Brazilian students: a multilevel analysis. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 26, n. 12, p. 6223–6234, 2021c.

Estado vacunal y motivos de no vacunación contra el virus del papiloma humano en adolescentes admitidas en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. **REVISTA MEDICA DEL URUGUAY**, v. 34, n. 2, 1 maio 2018a.

Estado vacunal y motivos de no vacunación contra el virus del papiloma humano en adolescentes admitidas en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. **REVISTA MEDICA DEL URUGUAY**, v. 34, n. 2, 1 maio 2018b.

HOFSTETTER ANNIKA M, L. R. S. Factors impacting HPV vaccination: lessons for health care professionals. [s.d.].

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021. Ministério da Saúde. [s.d.].

MOURA, L. DE L.; CODEÇO, C. T.; LUZ, P. M. Human papillomavirus (HPV) vaccination coverage in Brazil: Spatial and age cohort heterogeneity. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. 1–12, 2021.

NOTEJANE M, Z. C. A. D. M. P. G. L. P. W. ET AL. Estado vacunal y motivos de no vacunación contra el virus del papiloma humano en adolescentes admitidas en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. **REVISTA MEDICA DEL URUGUAY**, v. 34, n. 2, 1 maio 2018.

PEREIRA-CALDEIRA, N. M. V. ET AL. **Scale for assessing the quality of life of women with Human Papillomavirus infection**. [s.l.: s.n.].

SILVA, T. M. R. DA et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Human Papillomavirus Vaccination in Brazil. **International Journal of Public Health**, v. 67, 31 mar. 2022a.

SILVA, I. DE A. G. et al. Vaccination against human papillomavirus in Brazilian schoolchildren: National Survey of School Health, 2019. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30, n. spe, 2022b.

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL: TRANSFORMANDO CONHECIMENTO EM PRÁTICAS NAS ORGANIZAÇÕES

Data de submissão: 22/03/2023

Data de aceite: 02/05/2023

Valdjane Nogueira Noletto Nobre

Hospital das Clínicas da Universidade
Federal de Minas Gerais / Empresa
Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-
UFMG/EBSERH)
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-3831-5003>

Aline da Silva Fernandes

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-2833-1077>

Luciana Martins Ribeiro

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-1710-5189>

Divina Elenice Cardoso Bessas

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-2810-2311>

Maria Emília Lúcio Duarte

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-7709-2674>

Carla Renata dos Santos

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-4653-365X>

Luzia Maria dos Santos

HC-UFMG/EBSERH e Fhemig
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-4744-1722>

Edma Nogueira da Silva

Hospital Universitário da Universidade
Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF/
EBSERH)
Juiz de Fora – MG
<https://orcid.org/0000-0002-6029-5862>

Eliseu da Costa Campos

Hospital das Clínicas da Universidade
Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM/
EBSERH)
Uberaba – MG
<https://orcid.org/0000-0002-1670-9626>

Andréa de Sousa Quintela

Maternidade Escola Assis Chateaubriand
da Universidade Federal do Ceará
(HUWC-UFC/EBSERH) e Hospital César
Cals de Oliveira
Fortaleza – CE
<https://orcid.org/0000-0001-7112-4615>

Luzimare de Matos Avelino Ventura

Hospital Universitário Professor Edgar
Santos da Universidade Federal da Bahia
(HUPES-BA/EBSERH)
Salvador – BA
<https://orcid.org/0000-0002-5138-3289>

Marcelo Dangllys Duarte Fernandes

Enfermeiro do Hospital Universitário da
Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS/EBSERH)
Aracaju – SE
<https://orcid.org/0000-0002-9990-0361>

Kelly Monte Santo Fontes

HU-UFS/EBSERH
Aracaju – SE
<https://orcid.org/0000-0002-3933-357X>

RESUMO: Na história corporativa o capital humano era visto como fonte geradora de lucros. Diante da competitividade, cobranças por resultados, impessoalidade e diversidades no mundo das organizações, na contemporaneidade o perfil vem se transformando, as pessoas são percebidas como peças fundamentais e indispensáveis para sucesso das organizações, tornando mais evidente que nesta diversidade requer líderes resilientes com habilidades como a inteligência emocional. Para tanto, objetiva-se propor um programa que auxilie as organizações na formação de pessoas emocionalmente mais inteligentes. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, bibliográfica, retirado de artigos científico, sites sobre a temática e nas bases de dados *Google* acadêmico, *Scielo* e Biblioteca Virtuais em Saúde (BVS), analisados nos meses de junho e julho de 2022. Para tal foram utilizados os descritores: inteligência emocional, competência, habilidades e empatia. Como resultados observa-se que as organizações e os gestores vêm desenvolvendo um olhar mais holístico, integral e mais humano para com seus colaboradores em busca de reter bons profissionais e consolidar equipes integradas mais emocionalmente inteligentes e eficazes, e para isso utiliza-se da resiliência e das habilidades da inteligência emocional, empatia e autocontrole dentre outras características desejável em um líder.

PALAVRAS-CHAVE: Inteligência emocional. Competência. Habilidades. Empatia.

EMOTIONAL INTELLIGENCE: TRANSFORMING KNOWLEDGE INTO PRACTICES IN ORGANIZATIONS

ABSTRACT: In corporate history, human capital was seen as a source of profit. Faced with competitiveness, demands for results, impersonality and diversity in the world of organizations, in contemporary times the profile has been changing, people are perceived as fundamental and indispensable parts for the success of organizations, making it more evident that this diversity requires resilient leaders with skills such as emotional intelligence. Therefore, the objective is to propose a program that helps organizations in the formation of more emotionally intelligent people. This is a qualitative, bibliographical research, taken from scientific articles, websites on the subject and from Google Academic databases, Scielo and the Virtual Health Library (BVS), analyzed in the months of June and July 2022. descriptors were used: emotional intelligence, competence, skills and empathy. As a result, it is observed that organizations and managers have been developing a more holistic, integral and more humane look towards their employees in search of retaining good professionals and consolidating integrated teams that

are more emotionally intelligent and effective, and for that, resilience is used. and the skills of emotional intelligence, empathy and self-control among other desirable characteristics in a leader.

KEYWORDS: Emotional intelligence. Competence. Abilities. Empathy.

1 | INTRODUÇÃO

Com a velocidade e crescentes demandas nas organizações, exige-se cada vez mais dos colaboradores gerando sobrecarga física e psicologia o que pode gerar estresse e humor instáveis emocionalmente. Assim Casalli *et al* (2022) aborda que as organizações ao longo do tempo no cenário corporativo, entende o valor dos seus colaboradores e enfatiza a importância da gestão de pessoas com vista a ajustar o capital humano com a cultura e clima da organização, trabalhando o emocional e resiliência de cada colaborador.

Robbins *et al* (2016) elucida que a inteligência emocional, é inerente ao ser humano, sendo um conjunto de habilidades, como autorregulação, autoconsciência, empatia, automotivação e aptidões para interação interpessoal, que para tal, essas habilidades precisam serem desenvolvidas e fortalecida pelos seus gestores.

Laboratório Inteligência da Vida (2020), segundo Goleman - psicólogo e jornalista - define inteligência emocional como “a capacidade de identificar nossos próprios sentimentos e dos outros, de nos motivarmos e gerirmos os impulsos dentro de nós e em nossos relacionamentos”. Ainda ressalta que, como a neuroplasticidade o cérebro conforma-se à medida que ocorre a repetitividade o denota em constância das práticas que leve a empatia, o autoconhecimento e o relacionamento interpessoal.

Segundo Goleman *et al* (2019) percebe-se que ser gestor e liderar não se resume em conhecimento acumulado e capacidades técnicas em conduzir uma equipe, vai além pois faz-se necessário maestria sobre o assunto e principalmente sobre pessoas, sendo ao mesmo tempo humano para perceber que cada indivíduo é único que possuem particularidade e personalidade próprias.

Com vista a trabalhar sobre a temática, pergunta-se como as organizações podem contribuir para desenvolvimento da inteligência emocional dos seus colaboradores transformando conhecimento em programas efetivos para seus clientes. Para tanto realizou-se pesquisa de literatura de cunho qualitativa tendo como base sites sobre a temática, *Google* acadêmico, *Scielo* e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) apreciados no mês de junho e julho de 2022, utilizando descritores Inteligência emocional, competência, habilidades, empatia. Justificando-se pela busca de desenvolver programa que auxilie as organizações na formação de pessoas mais resilientes e emocionalmente inteligentes.

2 | DESENVOLVIMENTO

No campo gestão há vários tipos de lideranças e com o passar do tempo vem

transformando e aprimorando conforme exigências do mercado, clientela, negócios e recursos humanos. De acordo com alguns autores as organizações buscam líderes que além de competentes tenha habilidades com relacionamentos, *insights*, sejam resilientes, empáticos e que domine componentes da inteligência emocional.

Na tabela abaixo pode-se observar que os autores Fonseca *et al* (2016) e Casalli *et al* (2022) trazem a respeito à essa temática em seus trabalhos, respectivamente:

Dados analisados	Artigo 1 (Fonseca <i>et al</i> , 2016)	Artigo 2 (Casalli <i>et al</i> , 2022)
Objetivos dos trabalhos	Mostrar que dentre todas as competências exigidas, a inteligência emocional ganha destaque como diferencial no controle psíquico e comportamental dos colaboradores e traz ganhos para as empresas no alcance de metas e objetivos.	Percepção dos gestores das organizações com relação aos impactos que suas estratégias ocasionam na inteligência emocional dos colaboradores.
Principais conceitos		
Liderança	É o direcionamento das pessoas ao alcance das metas e objetivos, almejando resultados e sucesso dos serviços.	É um fenômeno social inerente da personalidade de cada líder, do ambiente, das relações com subordinados e dos valores organizacionais.
Inteligência Emocional	Saber controlar e gerenciar as emoções e ter habilidade para compreender as ações dos outros tornou-se um diferencial no mundo organizacional.	Capacidade de identificar as próprias emoções e das outras pessoas.
Autoconhecimento	Reconhecer as expectativas que a Pessoa tem de si mesma e o modo como administra as sensações. O autoconhecimento alimenta a empatia.	Capacidade de a pessoa identificar e reconhecer os sentimentos, impulsos e fraquezas.
Automotivação	Capacidade de ser manter otimista e entusiasmado através das emoções e sentimentos mesmo diante das diversidades do dia a dia.	Quando se usa as emoções em prol dos objetivos desejados.
Empatia	Reconhecer as emoções dos outros e se colocar no lugar das pessoas avaliando se gostaria de ser tratado da mesma forma.	Compreender e respeitar o que os outros sentem o que produz maior sintonia e confiança.
Habilidades sociais	Concerne em lidar com as emoções dos outros e trabalhar em prol do objetivo, compartilhando informações e aproximando-se dos outros.	Relacionamento saudável com comunicação efetiva observando as necessidades do outro inclusive entender uma comunicação não verbal.
Metodologia	A pesquisa de campo realizada nas cidades de Duque de Caxias e Petrópolis, buscou identificar se os colaboradores conhecem essa nova competência e se sabem as características das habilidades que a compõe. Aplicado questionário a complementar a posição do autor mais expressivo no tema, Daniel Goleman.	Pesquisa exploratória, abordagem quantitativa, usando instrumento de questionário validado e aplicado formulado através da plataforma <i>Google forms</i> , com perguntas divididas entre perfil socioeconômico, satisfação trabalho e inteligência emocional.

Resultados/ conclusão apresentado	Constatou-se com este estudo que apesar de ser um tema Relativamente atual, a maior parte dos colaboradores tem ciência da importância da Adaptação aos novos parâmetros de equilíbrio emocional, requisitados aos profissionais do mundo moderno. Mostrou que os critérios sobre inteligência Mudaram, passando a ser relevante qualidades pessoais, atitudes e a maneira como lidamos conosco e com os outros.	68,4% dos gestores entrevistados são do sexo masculino e no geral 57% dos gestores da organização A e 66,7% da B conseguem nomear e identificar seus sentimentos, e entendem que suas decisões impactam nas atividades diárias.
--	--	---

Tabela 1. Síntese dos artigos estudados.

Autor: Elaborado pelo próprio autor.

Durante muito tempo os trabalhadores eram vistos apenas como mão de obra que gerava lucros aos seus empregadores, nesta conjuntura, o perfil comportamental do líder e cultura da organização impacta diretamente no capital humano o que pode propiciar conflitos pessoais e profissionais também. Vale ressaltar que a qualidade de vida laboral corrobora para harmonização entre organização e recursos humanos e que interfere na produtividade. As pessoas hoje além de buscar empregos buscam também qualidade de vida, respeito e espaço onde possam ser ouvidas como integrante, visto que estes profissionais buscam além do salário, buscam espaço para se desenvolverem profissionalmente com ideias e práticas inovadoras.

Para que gestor e líder propiciem o desenvolvimento da resiliência, inteligência emocional e influenciem pessoas, requer destes, habilidades para lidar com pessoas e emoções distintas em suas complexidade e diversidades, sendo um dos maiores desafios para os gestores na atualidade, pois cada indivíduo possui cultura, crença, princípios, características e experiências únicas o que pode facilitar ou dificultar à adesão a cultura da organização. Assim, percebe-se que as organizações anseiam por colaboradores e líderes que melhor se adapte às realidades vivenciadas no contexto laboral e na vida pessoal, uma vez que é desejável que os conflitos pessoais não interfiram nas funções desenvolvidas nas organizações e vice-versa.

Goleman *et al* (2019), ressalta que necessário e fundamental compreender nossas emoções e as dos outros, sendo decisivo para sucesso pessoal e profissional, o que se faz preciso além do entendimento técnicos, talvez o mais importante é entender e dominar as relações interpessoais, visto que as pessoas são seres únicos, e pata tanto versa atendimento individualizado buscando entende-los da melhor forma possível dentro do contexto vivenciado. Vale salutar que saber lidar com as emoções é de extrema importância no desenvolvimento de uma pessoa, já que a genética não é preditiva no sucesso do indivíduo.

As emoções são adaptáveis e mutáveis tendo como significado em cada tipo de emoção expressa, uma vez que quando entende-se a dimensão e complexidade das

emoções, torna-se possível visualizar mais acuradamente nossos sentimentos e dos outros.

Assim, na atualidade as organizações buscam líderes que gerencie suas emoções e possua Inteligência emocional (IE) para que corrobore com seus colaboradores no desenvolvimento de suas competências, preparando-os a se tornarem aptos a viver com as mudanças do cotidiano, relação interpessoal e em momentos decisórios tendo como cerne a IE e tornar-se mais resiliente, dando maior sustentabilidade e fortalecimento suas emoções que determina comportamentos através dos pilares do autoconhecimento, autorregulação, automotivação, empatia e habilidades sociais com pensamento crítico e reflexivo.

Conforme Bonatto (2022) que é empreendedor e co-fundador da Tecverd, cita que os gestores sempre buscam mais, melhor, e teme o fracasso, o que leva a ansiedade constante, causando preocupação mais com o fim do que com o processo, ou seja, fadiga e exaustão por antecipação de medo, receios e fracassos. Com isso as pessoas tornam-se parte de uma engrenagem de produção, de fazer, entregar, construir e esquecem de realizar a gestão de se mesmo e vivenciar a caminhada.

Seguindo a visão do mesmo autor como consequência do comportamento dos colaboradores supracitados desencadeia a ansiedade, stress, frustração, competitividade, irritabilidade levando ao desequilíbrio emocional, físico e mental ao longo prazo. Julga ganhos quando se realiza meditação, exercidos físico e mental, mudança na forma de pensar, conseqüentemente no agir, vale buscar a felicidade e satisfação durante o percurso e não só no final. Evidencia-se que a meditação ajuda a desenvolver a criatividade, otimismo, apontando soluções, humanização e positividade. Frisa ainda que o bem-estar proporciona maior poder decisório, produtividade, resiliência e resolutividade de problemas, além da felicidade.

Observa-se que um dos maiores desafios mais complexos para organizações e líderes é desenvolver e gerar uma equipe eficaz e resiliente, contudo um líder emocionalmente inteligente consegue consolidar ambiente de confiança, comunicação efetiva, interações positivas, ambiente motivacional, empatia e sentimentos de pertencimento, certamente terá resultados excelentes, autoconfiante e cooperativa. O gerente emocionalmente inteligente prevê situações e possui autocontrole, equilibrando o medo da incerteza dos seus *stakeholder* e dinâmica do mercado, deixando um ambiente harmônico (MOURA, 2010).

Com o gerenciamento das emoções e resiliência reverbera em pessoas com maior capacidade de enfrentar diversidades, dificuldades, ansiedade, medo, desanimo e incertezas e tornar-se seres capazes de conduzir qualquer desafio e obter um resultado eficaz com menos estresse, mais produtivo e tornar-lhe melhor como pessoa, o que desencadeia satisfação no ambiente de trabalho em melhor qualidade de vida pessoal e profissional desencadeando em um sinergismo recíproco.

Perfil de líder desejável nas organizações capacidade de gerenciar suas próprias emoções e as dos que estão ao seu redor, ou seja conhece seus gatilhos e habilita em sua rotina a IE, ter habilidade motivacional, influencia pessoas, empatia e sociável contribuindo

com entusiasmo e motivação para alcançar os objetivos da equipe e da organização. O bom líder consegue tirar o melhor de cada colaborador, de forma íntegra, entusiasmada, com otimização de tempo e com firmeza nas decisões. Cabendo-lhe desenvolver competências técnicas, intelectuais, individuais, habilidades interpessoais e intrapessoais, de forma harmônica e eficaz. Sabendo identificar, usar, entender e gerenciar as emoções (ROMANO, 2019).

Resiliência é a capacidade de adaptação em situações adversas, podendo desenvolver um crescimento pessoal grandioso.

Vale frisar que construir conexões, bem-estar, ter propósito e pensamentos saudáveis lava-o a ampliar o poder da resiliência e flexibilidade nas diversidades para alcançar as metas definidas (MOURA, 2010).

A sincronia entre emoções e estratégias para administrar emoções em ambiente de trabalho denota nuances fundamentais e necessárias para desenvolvimento e manutenção de uma organização e líderes democráticos com equipes eficientes e um ambiente harmônico. A luz deste cenário multifacetado, complexo e de grande relevância, vale salientar premissas balizadoras que rege a inteligência emocional do capital humano para um ambiente harmonioso, produtivo e relações pessoais saudáveis e para tal é fundamental um trabalho conjunto (organização, líder e colaborador).

2.1 Organização

Faz-se necessário que tenha uma cultura de comunicação efetiva com política de capacitação periódica/treinamentos para desenvolver o intelecto de cada um, avaliação de desempenho e satisfação com sugestão dos colaboradores de melhorias, planos de carreira e desenvolvimento, programas de manutenção de saúde emocional com ambiente de trabalho adequado e com mínimo de estressores. Podendo atuar desenvolvendo e aprimorando a sua *network*.

2.2 Líder

Um dos pilares e talvez o mais importante é o relacionamento interpessoal, que possibilita identificar traços e desenvolvendo futuros líderes; ter consciência das próprias emoções e as emoções dos outros e compreender como se sentem; observar comportamentos, direcionar estratégias para melhorar convivência da equipe; o líder deve expirar admiração e respeito, para inspirar pessoas por meio da confiança, motivação, potencialização de sua equipe e desenvolvendo comportamento positivo do time, isto aumenta entusiasmo, criatividade e produtividade; evitar dissonância emocional na organização, com *feedbacks* uma vez que propicia desenvolver conhecimento e valoriza o colaborador; agir aplicando *brainstorm*, procurar ser humano nas ações, evitar injustiça e punição, em vez disso enfatizar a cultura de foco no problema em vez do erro, pois o maior bem de uma organização é o capital humano.

2.3 Colaboradores

O colaborador é fundamental nesta conjuntura, identificando se a organização a qual trabalha condiz com o seu perfil; julgar as emoções sentidas para compreensão dos sentimentos; buscar práticas que minimize estressores como atividade física regular, meditação, práticas de relaxamento, momentos de lazer, valorizar convivência familiar; entender e compreender suas emoções e impacto cada uma causa em sua vida; perceber os benefícios dos eventos/acometimentos em vez de concentrar apenas nos prejuízos ou descontentamento; entender a cultura, missão e visão da empresa e agir com ética e conforme normas da organização.

Ademais, conforme autores balizadores deste estudo são unânimes, quando aborda que verdadeiros líderes possuem habilidades sociais, inteligência emocional e reconhecer os gatilhos que desencadeia as emoções, faz-se necessário ajuda de especialistas para aprimorar tais componentes.

“Não diminua seus sonhos para caber no tamanho dos seus medos” (Marcos Arruda, 2018).

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os verdadeiros líderes requerem habilidades de autoconsciência, autorregulação, automotivação, empatia e habilidades sociais para propiciar o gerenciamento da saúde emocional dos liderados, sendo recomendado ajuda de especialistas nessa temática para entender melhor e contribuir para *upgrade* no que tange a inteligência emocional e resiliência administrando as emoções que possam impactar negativamente no trabalho ou na vida de cada um. Sugere-se ousadia em busca de inovação e no enfrentamento dos desafios e nas diversidades, para que os colaboradores tenham ganhos intelectuais e se sintam pertencentes, atingindo metas e resultados desejados, para que os *stakeholders* se beneficiem e sintam-se satisfeitos com os produtos e serviços adquiridos. Observa-se que as organizações e os gestores vêm desenvolvendo um olhar mais holístico, integral e mais humano para com seus colaboradores em busca de reter bons profissionais e consolidar equipes integradas mais inteligentes emocionalmente e eficazes, que para isso utiliza-se da resiliência e das habilidades da inteligência emocional, empatia e autocontrole dentre outras características desejáveis em um líder.

“Não diminua seus sonhos para caber no tamanho dos seus medos” (ARRUDA, 2018).

REFERÊNCIAS

ARRUDA. M. **Movimento Empreende Ribeirão. 2018.** Disponível em: <http://mover.emp.br/2018/12/14/day1-marcos-arruda-nao-diminua-seus-sonhos-para-caberem-nos-seus-medos/>. Acesso em: 25 jun. 2022.

BONATTO, C. **Desenvolvimento Pessoal**. 04 mar. 2022. Disponível em: <https://endeavor.org.br/desenvolvimento-pessoal/equilibrio-nao-e-dividir-a-agenda-em-partes-iguais/>. Acesso em: 20 jun. 2022.

CASALLI, D. A.; SANTOS, V. M. V.; SALGADO, M. H. V. .; SÁ, I. C. Inteligência Emocional: Análise comparativa das estratégias dos líderes de duas organizações privadas no município de Guarulhos no ramo automotivo. **REVISTA ENIAC PESQUISA**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 47–58, 2022. DOI: 10.22567/rep.v11i1.816. Disponível em: <https://ojs.eniac.com.br/index.php/EniacPesquisa/article/view/816>. Acesso em: 17 jul. 2022.

FONSECA, L. *et al.* **Inteligência Emocional: uma competência da atualidade**. Rio de Janeiro. Anais do XII Congresso Nacional de Excelência em Gestão & III INOVARSE, 2016.

GOLEMAN, D. *et al.* **Inteligência emocional**. 1. ed. Rio de Janeiro, RJ: Sextante, 2019.

LABORATÓRIO INTELIGÊNCIA DA VIDA. **Pensadores que inspiram: Daniel Goleman e a inteligência emocional**. 02 set. 2020. Disponível em: <https://www.inteligenciadevida.com.br/pt/conteudo/daniel-goleman-e-a-inteligencia-emocional/>. Acesso em: 10 jun. 2022.

MOURA, V. F. **Comportamento organizacional**. Pearson Prentice Hall. [e book] Flórida: Must University, 2010.

ROBBINS, S.P. **Lidere e inspire: a verdade sobre a gestão de pessoas**. (1. ed.). São Paulo, Saraiva Educação, 2016.

ROMANO, C. **A inteligência emocional no desenvolvimento de novos líderes e equipes de trabalho**. 2019. Disponível em: <https://penser.com.br/inteligencia-emocional-desenvolvimento-novos-lideres-equipes/>. Acesso em: 11 jun. 2022.

USE OF MEDICINAL PLANTS IN BASIC HEALTH UNITS IN THE MUNICIPALITY OF MISSÃO VELHA, CEARÁ, BRAZIL

Data de submissão: 21/03/2023

Data de aceite: 02/05/2023

Luana Souza Santos

Universidade Regional do Cariri – URCA –
Missão Velha – Ceará
<https://lattes.cnpq.br/5778688687758453>

Priscilla Augusta de Sousa Fernandes

Universidade Federal da Paraíba - UFPB,
João Pessoa – PB
<http://lattes.cnpq.br/7744491766743793>

Cícero dos Santos Leandro

Universidade Regional do Cariri – URCA,
Crato – CE
<http://lattes.cnpq.br/7323619730656059>

Marcos Aurélio Figueiredo dos Santos

Universidade Regional do Cariri – URCA,
Campos Sales – CE
<http://lattes.cnpq.br/8643818710205791>

Georgia Maria de Alencar Maia

Universidade Regional do Cariri – URCA,
Crato – CE
<http://lattes.cnpq.br/6998170734884455>

Mikael Amaro de Souza

Universidade Regional do Cariri – URCA,
Crato – CE
<http://lattes.cnpq.br/0407870742446195>

Maria Elizete Machado Generino

Universidade Regional do Cariri – URCA,
Crato – CE
<http://lattes.cnpq.br/0777413376782312>

Valdilia Ribeiro de Alencar Ulisses

Universidade Regional do Cariri – URCA,
Crato – CE
<http://lattes.cnpq.br/9730825758511373>

Francisco Sydney Henrique da Silva

Universidade Estadual do Ceará – UECE,
Fortaleza – CE
<http://lattes.cnpq.br/3136887636477971>

Maria Ivaneide Rocha

Universidade Regional do Cariri – URCA,
Crato – CE
<http://lattes.cnpq.br/9970719739461824>

Ariston Oliveira Magalhães Filho

Faculdade de Juazeiro do Norte -FJN,
Juazeiro do Norte - CE
<http://lattes.cnpq.br/3059274117605497>

José Weverton Almeida-Bezerra

Universidade Regional do Cariri – URCA,
Crato – CE
<http://lattes.cnpq.br/5570296179611652>

ABSTRACT: Brazil is the country with the richest and most diverse biodiversity in the world. Given this diversity, there are plants with medicinal properties. Considering that phytotherapy is inserted as a complementary practice in the Unified Health System (SUS), the present research has the general objective of identifying the main medicinal plants used by users of the Unified Health System through the Basic Health Units (UBS) in the area urban and rural areas of the Municipality of Missão Velha-Ceará for the treatment of illnesses. This is a research with qualitative and quantitative methods of the descriptive and exploratory type, carried out in two stages: literature review and dialogic field research with popular people, developed in the aforementioned municipality. To carry out the study, 02 (two) UBS's were chosen, both located in the municipality in question, one located in the urban area and the other in the rural area. Data collection was through semi-structured interviews based on a standardized form in order to obtain information about the plants used and their different therapeutic uses. From this ethnobotanical survey, the results reveal a total of 56 species of medicinal plants shared between 31 botanical families and 53 genera. Regarding the number of citations per species, *Matricaria recutita* L., (39) *Peumus boldus* Molina (33), *Pimpinella anisum* L. (33) and *Anethum graveolens* L. (29) are the species most used by participants. With reference to the number of species by botanical families, Asteraceae stands out, followed by Lamiaceae, Fabaceae, Myrtaceae and Rutaceae with 8, 7, 4, 3 and 3 respectively. On the use of the main parts of the plants used, there is the leaf with 44%. Regarding the forms of preparation, infusions and decoctions were the most used. It is concluded that ethnobotanical works retrieve valuable information and are the basis for prospective and ethnopharmacological studies.

KEYWORDS: Caatinga; Popular Knowledge; Health; Integrative and Complementary Practices.

USO DE PLANTAS MEDICINAIS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MISSÃO VELHA, CEARÁ, BRASIL

RESUMO: O Brasil é o país que detém a biodiversidade mais rica e diversificada do mundo. Diante dessa diversidade, encontram-se as plantas com propriedades medicinais. Considerando que a fitoterapia está inserida como prática complementar no Sistema Único de Saúde (SUS), a presente pesquisa tem por objetivo geral identificar as principais plantas medicinais utilizadas por usuários do Sistema Único de Saúde por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) na zona urbana e rural do Município de Missão Velha-Ceará para o tratamento de enfermidades. Trata-se de uma pesquisa com métodos qualitativos e quantitativos do tipo descritiva e exploratória, realizada em duas etapas: revisão de literatura e pesquisa de campo dialógica com populares, desenvolvido no município supracitado. Para realização do estudo, foram escolhidas 02 (duas) UBS's, ambas localizadas no Município em referência, uma situada na zona urbana e a outra na zona rural. A coleta dos dados foi por meio de entrevista semiestruturada com base em formulário padronizado a fim de obter informações acerca das plantas utilizadas e seus diferentes usos terapêuticos. A partir desse levantamento etnobotânico, os resultados revelam um total de 56 espécies de plantas medicinais partilhadas entre 31 famílias botânicas e 53 gêneros. Com relação ao número de citações por espécies, tem-se a *Matricaria recutita* L., (39) *Peumus boldus* Molina (33), *Pimpinella anisum* L. (33) e *Anethum graveolens* L. (29) como as espécies mais utilizadas pelos participantes. Com referência ao número de espécies por famílias botânicas, Asteraceae

se sobressai, seguida de Lamiaceae, Fabaceae, Myrtaceae e Rutaceae com 8, 7, 4,3 e 3 respectivamente. Sobre a utilização das principais partes das plantas utilizadas, tem-se a folha com 44%. Com relação às formas de preparo, obtiveram-se infusos e decoctos como os mais utilizados. Conclui-se que trabalhos etnobotânicos resgatam informações valiosas e são a base para estudos de prospecção e etnofarmacológicos.

PALAVRAS-CHAVE: Caatinga; Conhecimento Popular; Saúde; Práticas Integrativas e Complementares.

1 | INTRODUCTION

In Brazil, the use of medicinal plants and herbal medicines is ancient when associated with the popular knowledge of our ancestors (GOULART et al., 2021). A fact that contributes to this wide use of plants is that Brazil has an unparalleled biological diversity, as pointed out by Ribeiro et al. (2014), it is the country with the richest and most diverse biodiversity in the world. Among the populations that most use such plants are those with lower purchasing power, since these medicinal species are culturally accepted, have low cost, high availability and, mainly, wide distribution.

It is worth emphasizing that in the midst of all this biological richness distributed among the different Brazilian phytogeographic domains, the Caatinga stands out, a type of Seasonally Dry Tropical Forest (FTSS) that stands out as being one of the most populous and richest in biodiversity (SANTOS et al., 2011). Given this diversity, there are plants with medicinal properties. However, there is still a lack and devaluation of ethnobotanical studies that unify popular and scientific knowledge, so that, in this way, the medicinal properties of all the floristic heterogeneity offered by the phytogeographic domain of the caatinga are explored, studied and corroborated (ARGENTA, 2011).

In this sense, ethnomedicinal studies provide information on the use and therapeutic potential of many plants used by traditional communities in the semi-arid region of Cariri. So that these plants can be used in Basic Health Units (UBS), since phytotherapy is included as a complementary practice in the Unified Health System (SUS) since 2006 through PICs.

In view of the above, the present research has the general objective of identifying the main medicinal plants used by users of the Unified Health System (SUS) through the Basic Health Units in the urban and rural areas of the Municipality of Missão Velha- Ceará for the treatment of diseases, as well as knowing the therapeutic potential of the medicinal species used by the population.

As specific objectives, this work sought to rescue popular knowledge about medicinal plants, identify the potential of medicinal species, compare knowledge about medicinal plants among residents of urban and rural areas, verify the different therapeutic indications of plants and raise awareness about the importance conservation and conscious use of these species.

2 | MATERIAL AND METHODS

This study was carried out in the Municipality of Missão Velha (07° 14' 59" S; 39° 08' 35" W) located in the State of Ceará, microregion of Cariri, south of Northeast Brazil. Two (2) Basic Health Units were chosen for the development of this research, one located in the Urban Zone, named Ana Anilete Araruna de Macêdo (Unit XIII) (-7.248566, -39.148531) and the other in the Rural Zone called Maria Tavares de Close, psf attachment 16 (-7.260141, -39.090792). 55 (fifty-five) users of the UBS's were interviewed, chosen at random. Data collection was through semi-structured interviews based on a standardized form.

3 | RESULTS AND DISCUSSION

From this ethnobotanical survey, the results reveal a total of 56 species of medicinal plants shared in 31 botanical families and 53 genera (Table 1). The plants are presented by family/scientific name, popular names reproduced in the way they were informed by each interviewee, therapeutic purpose, parts used, way of use, way of preparation and route of administration (table 1).

Regarding the number of citations per species, *Matricaria recutita* L., with 39 citations, *Peumus boldus* Molina (33), *Pimpinella anisum* L. (33) and *Anethum graveolens* L. (29) are the species most used by the participants. With reference to the number of species by botanical families, Asteraceae stands out, followed by Lamiaceae, Fabaceae, Myrtaceae and Rutaceae with 8, 7, 4, 3 and 3 respectively. On the use of the main parts of the plants used, there is the leaf with 44%. Regarding the forms of preparation, infusions and decoctions were the most used.

Family/Scientific name	Popular name	Therapeutic indication	Used part	Preparation	Use
ACANTHACEAE					
<i>Justicia pectoralis</i> Jacq.	Anador	Fever, headache, body ache	Leaves	Infusion	Tea
AMARANTHACEAE					
<i>Dysphania ambrosioides</i> (L.) Mosyakin & Clemants	Mastruz	Infections and inflammation in general	Leaves	Infusion	Tea
AMARYLLIDACEAE					
<i>Allium sativum</i> L.	Alho	Flu, cough, hypertension	Stem	Infusion	Tea
<i>Allium cepa</i> L.	Cebola-branca	Flu, cough, boost immunity	Barks	Decoction	Tea
ANACARDIACEAE					
<i>Anacardium occidentale</i> L.	Caju	Cough, cold, wound healing	Fruits, Leaves, Barks	Infusion, Decoction	Tea, Bath, Cataplasm
<i>Astronium urundeuva</i> (M.Allemão) Engl.	Aroeira	Ulcers, urinary infections, fever, cough, gastritis	Leaves, Barks	Infusion, Decoction, Powder	Bath, Tea

APIACEAE					
<i>Anethum graveolens</i> L.	Endro	Indigestion, insomnia, flu, nausea	Leaves, Seeds	Infusion	Tea
<i>Pimpinella anisum</i> L.	Erva-doce	Cough, indigestion, constipation, headache, anxiety	Seeds	Infusion	Tea
APOCYNACEAE					
<i>Himatanthus drasticus</i> (Mart.) Plumel.	Janaguba, Pau santo	Gastric ulcer, healing	Barks, Latex	Decoction	Compresses
ASTERACEAE					
<i>Acanthospermum hispidum</i> DC.	Espinho de cigano	Flu, cold, fever	Leaves	Infusion	Tea
<i>Achyrocline satureioides</i> (Lam.) DC.	Macela, marcela-do-campo	Stomach ache, Headache	Fruits	Infusion	Tea
<i>Baccharis trimera</i> (Less.) DC.	Carqueja	Regulate blood pressure and indigestion	Leaves, Branches	Infusion	Tea
<i>Matricaria recutita</i> L.	Camomila	Anxiety, insomnia	Flowers	Infusion	Tea
<i>Mikania glomerata</i> Spreng.	Guaco	Flu, cough, sore throat, bronchitis	Leaves	Infusion	Tea, Syrup
<i>Calendula officinalis</i> L.	Calêndula	Skin inflammations	Flowers Leaves	Infusion	Tea, Cataplasm
<i>Cynara scolymus</i> L.	Alcachofra	Hypertension, indigestion	Leaves	Infusion	Tea
<i>Ageratum conyzoides</i> L.	Mentrasto, erva-de-são-jão	Menstrual cramps, pain in general	Leaves	Infusion	Tea
BORAGINACEAE					
<i>Symphytum officinale</i> L.	Confrei	Wound healing, mycoses	Leaves	Soaking	Compresses
CACTACEAE					
<i>Melocactus zehntneri</i> (Britton & Rose)	Coroa-de-frade	Kidney pain	Seeds	Decoction	Tea
CARYOCARACEAE					
<i>Caryocar coriaceum</i> Wittm.	Pequi, piqui	Respiratory diseases, (Flu, asthma), prevents cancer	Oil, Flowers, Fruits, Leaves	Soaking, Infusion	<i>In natura</i> , Tea
CUCURBITACEAE					
<i>Sechium edule</i> (Jacq.)	Chuchu	Hypertension	Fruits	Juice	<i>In natura</i>
CAPRIFOLIACEAE					
<i>Valeriana officinalis</i> L.	Valeriana	Insomnia, stress	Roots	Infusion	Tea
CELASTRACEAE					
<i>Maytenus ilicifolia</i> (Mart.)	Espinheira-santa	Diseases of the digestive tract: indigestion, gastritis, heartburn and skin inflammation (scarring)	Leaves	Infusion	Tea, Compresses
FABACEAE					

<i>Hymenaea courbaril</i> L.	Jatobá	Inflammation, breathing problems, cough	Barks	Decoction	Tea
<i>Amburana cearenses</i> (Allemão) A.C.	Umburana	Indigestion, fever, bronchitis	Barks	Decoction	Tea
<i>Anadenanthera colubrina</i> (Vell.) Brenan.	Angico, Angico-preto	Flu, cough, bronchitis	Barks	Decoction	Tea
<i>Copaifera langsdorffii</i> Desf.	Pau d'óleo	Flu, throat infections, general infections	Barks, Oil	Decoction	Tea
LAMIACEAE					
<i>Melissa officinalis</i> L.	Erva-cidreira	Indigestion, anxiety, flu, lack of appetite	Leaves	Infusion	Tea
<i>Origanum vulgare</i> L.	Orégano	Digestion, regulate the menstrual cycle	Leaves	Infusion	Tea
<i>Rosmarinus officinalis</i> L.	Alecrim	Indigestion, flu, high blood pressure, acne	Leaves	Infusion	Tea
<i>Ocimum basilicum</i> L.	Alfavaca	Cancer prevention, soothing	Leaves	Infusion	Tea
<i>Mentha spicata</i> L.	Hortelã	Poor digestion, fever, flu	Leaves	Infusion	Tea
<i>Thymus vulgaris</i> L.	Tomilho	Asthma, throat infections, cough	Leaves, Flowers, Aerial parts	Infusion	Tea, Syrup, Inhalation
<i>Ocimum basilicum</i> L.	Manjeriçao	Bad digestion, flu	Leaves	Infusion	Tea
LAURACEAE					
<i>Cinnamomum verum</i> J.Presl.	Canela	Poor digestion, flu, colds	Barks	Decoction, Powder	Tea
LILIACEAE					
<i>Aloe vera</i> (L.) Burm.f	Babosa	Heal skin wounds, hemorrhoids	Leaves	Gel	<i>In natura</i>
<i>Laurus nobilis</i> L.	Louro	Inflammation in general, insomnia, anxiety, poor digestion	Leaves	Infusion	Tea
MONIMIACEAE					
<i>Peumus boldus</i> Molina.	Boldo, boldo-do-chile	Malaise, indigestion, constipation, nausea, intestinal gas	Leaves	Infusion	Tea
MORACEAE					
<i>Dorstenia brasiliensis</i> Lam.	Contra-erva	Fever	Roots, Leaves	Infusion	Tea
MYRISTICACEAE					
<i>Myristica fragrans</i> Houtt.	Noz-moscada	Insomnia, anxiety, cramps, cough	Seeds	Infusion	Tea
MYRTACEAE					
<i>Psidium guajava</i> L.	Goiaba	Diarrhea, stomach pains, digestion, ear infections	Fruits, Leaves	Infusion	Juice, Tea
<i>Eucalyptus globulus</i> Labill.	Eucalipto	Breathing problems (cold and flu)cicatizar feridas.	Leaves	Crushing, Cataplasm	Inhalation

<i>Syzygium aromaticum</i> (L.) Merr. & L.M.Perry	Cravo-da-índia	Headache, toothache	Floral buttons	Decoction	Tea
NYCTAGINACEAE					
<i>Boerhavia</i> L.	Pega-pinto, erva-de-tostão	Prevents cancer	Leaves	Infusion	Tea
OLACACEAE					
<i>Ximenia americana</i> Linn.	Ameixa-brava, ameixa-da- caatinga	Cold, cough	Barks	Infusion	Tea, Cataplasm
PASSIFLORACEAE					
<i>Passiflora cincinnata</i> Mast.	Maracujá	Insomnia, anxiety	Leaves, Fruits	Infusion	Tea, Juice
PHYLLANTHACEAE					
<i>Phyllanthus niruri</i> L.	Quebra-pedra	Kidney stone	Whole plant	Infusion	Tea
PHYTOLLACACEAE					
<i>Petiveria alliacea</i> L.	Tipi	Sore throat, toothache, body cleansing, cough, headache	Roots	Decoction	Bath, Inhalation
POACEAE					
<i>Cymbopogon citratus</i> (D.C.) Stapf.	Capim-santo, capim-limão cidreira	Anxiety, stress, insomnia, hypertension, abdominal pain	Leaves	Infusion	Tea
PUNICACEAE					
<i>Punica granatum</i> L.	Romã	Sore throat	Barks, Leaves, Stem, Seeds	Infusion, Decoction	Tea, <i>In natura</i>
RUTACEAE					
<i>Ruta graveolens</i> L.	Arruda	Regular menses, earache, headache	Leaves	Infusion	Tea
<i>Citrus limon</i> L.	Limão	Flu, cough, boost immunity	Fruits	Juice	<i>In natura</i>
<i>Citrus sinensis</i> (L.) Osbeck.	Laranja	Indigestion, flu, nausea	Fruits, Barks	Decoction, Juice	<i>In natura</i> , Tea
VIOLACEAE					
<i>Pombalia calceolaria</i> (L.) Paula-Souza	Papaconha- da-flor-branca	Cough, fever	Roots	Decoction	Tea
ZINGIBERACEAE					
<i>Zingiber officinale</i> Roscoe.	Gengibre	Indigestion, asthma, bronchitis, flu, cough	Roots	Decoction	Tea
<i>Curcuma longa</i> L.	Cúrcuma	Flu, colds	Rhizome	Powder	Tea

Table 1: List of medicinal species mentioned and used by the population that attends the Basic Health Units (UBS's) in the urban and rural area of the Municipality of Missão Velha - Ceará, as well as their therapeutic indications, part used, state of use, form of preparation and use.

Source: Author, 2022.

4 | CONCLUSION

From the results obtained, it was verified that the use of medicinal plants is widespread in the Municipality as a reference for the prevention, cure and treatment of diseases. It is noticed that ethnobotanical works retrieve valuable information and are the basis for prospecting and ethnopharmacological studies. Surveys like this provide a dialogic interaction with the community and allow knowing the ancestral knowledge rooted in each family, whose knowledge can be promising for studies and construction of theories that can later be proven by the scientific community. It is necessary to see the use of the medicinal properties of plants as an alternative not only for promoting health, but as an economic model for the country, as well as demystifying the idea that it is only with technology and a lot of medicine that treatment for various diseases can be achieved.

REFERENCES

ARGENTA, S. C.; ARGENTA, L. C.; GIACOMELLI, S. R.; CEZAROTTO, V. S. **Plantas medicinais: cultura popular versus ciência. Vivências**, v. 7, n. 12, p. 51-60, 2011.

GOULARTE, J.; SANTOS, N. Q.; ZIECH, A. R. D. **Plantas medicinais: cultivo e conhecimento pela população urbana de Santa Helena/PR**. Revista Brasileira Multidisciplinar, v 24, n. 1, p. 89-102, 2021.

OLIVEIRA, V. B.; MEZZOMO, T. R.; MORAES, E. F. **Conhecimento e uso de plantas medicinais por usuários de unidades básicas de saúde na região de Colombo, PR**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 22, n. 1, p. 57-64, 2018.

QUEIROZ, M. B. R. **Desenvolvimento e estudo da estabilidade de gel com extrato de *Matricaria recutita* (L.) e avaliação da atividade antiinflamatória tópica comparada com gel de diclofenaco sódico**. 2008. Dissertação (Título de Mestre em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

RIBEIRO, D. A.; MACÊDO, D. G.; OLIVEIRA, L. G. S.; SARAIVA, M. E.; OLIVEIRA, S. F.; SOUZA, M. M. A.; MENEZES, I. R. A. **Potencial terapêutico e uso de plantas medicinais em uma área de Caatinga no estado do Ceará, nordeste do Brasil**. Revista Brasileira de Plantas Medicinais, v. 16, p. 912-930, 2014.

RIBEIRO, L. H. L. **Análise dos programas de plantas medicinais e fitoterápicos no Sistema Único de Saúde (SUS) sob a perspectiva territorial**. Ciência & saúde coletiva, v. 24, p. 1733-1742, 2019.

SANTOS, J. C.; LEAL, I. R.; ALMEIDA-CORTEZ, J. S.; FERNANDES, G. W.; TABARELLI, M. **Caatinga: the scientific negligence experienced by a dry tropical forest**. Tropical Conservation Science, v. 4, n. 3, p. 276-286, 2011.

FATORES SOCIOAMBIENTAIS RELACIONADOS COM A TRANSMISSÃO DA LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA E HUMANA NO MUNICÍPIO DE BARRA MANSA, RIO DE JANEIRO

Data de aceite: 02/05/2023

Amélia Lúcia Alvareng

Vigilância em Saúde Ambiental da Prefeitura de Barra Mansa - RJ

Antônio Marcos Rodrigues

Vigilância em Saúde Ambiental da Prefeitura de Barra Mansa - RJ

Marco Quintela da Silva

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz - RJ

Luiz Alberto Pereira da Silva

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz - RJ

Denise Alves de Lima

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz - RJ

RESUMO: Leishmaniose visceral é uma zoonose caracterizada por evolução crônica grave, potencialmente fatal para o homem. No Brasil é transmitida a vertebrados por meio da picada de fêmeas de flebotomíneos da espécie *Lutzomyia longipalpis*. O cão (*Cannis familiaris*) é apontado como principal reservatório doméstico da doença e é considerado a principal fonte de infecção no ambiente urbano. Fatores socioambientais

como populações de baixa renda que vivem em condições precárias de saneamento básico, residências próximas as regiões de mata e acúmulo de lixo no quintal juntamente com a presença de animais domésticos podem estar relacionados à transmissão da leishmaniose visceral. O objetivo deste estudo foi identificar, de acordo com os casos diagnosticados, os fatores socioambientais possivelmente relacionados a transmissão da leishmaniose visceral canina e humana no município de Barra Mansa. Os dados referentes ao diagnóstico canino foram cedidos pelo serviço de Vigilância em Saúde Ambiental do Município de Barra Mansa, e para humanos no setor de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde do mesmo Município. Os dados socioambientais foram retirados do portal da Prefeitura Municipal de Barra Mansa e no Plano Municipal de Gerenciamento Integrado de Resíduos Sólidos. De acordo com este estudo, o crescimento imobiliário desordenado, residências sem saneamento básico e resíduos inadequadamente acumulados, fragmentos de vegetação nativa ou vegetação densa de Mata Atlântica, foram observados nos bairros com diagnósticos de leishmaniose visceral canina e humana. Este resultado favorece a ideia que

estes fatores podem estar relacionados a transmissão da zoonose e pode significar maior vulnerabilidade socioambiental da população humana e canina residentes nessa região.

PALAVRAS CHAVE: leishmaniose visceral humana, fatores socioambientais, diagnóstico.

ABSTRACT: Visceral leishmaniasis is a zoonosis characterized by severe chronic evolution, potentially fatal to man. In Brazil it is transmitted to vertebrates through the bite of females of sand flies of the species *Lutzomyia longipalpis*. The dog (*Cannis familiaris*) is considered the main domestic reservoir of the disease and is considered the main source of infection in the urban environment. Socio-environmental factors such as the low-income population living in poor sanitation, residences near forest areas and garbage accumulation in the yard along with the presence of domestic animals may be strongly related to the transmission of visceral leishmaniasis. The objective of this study was to evaluate, according to the diagnosed cases, socioenvironmental factors possibly related to the transmission of canine and human visceral leishmaniasis in the city of Barra Mansa. The data referring to canine diagnosis were provided by the Environmental Health Surveillance Service of the Municipality of Barra Mansa for humans in the Epidemiology sector of the Municipal Health Department of the same municipality. The socio-environmental data were taken from the Barra Mansa City Hall portal and the Municipal Solid Waste Management Plan). It was observed in this study that uncontrolled housing growth, residences without basic sanitation and inadequately accumulated residues, fragments of native vegetation or dense Atlantic Forest vegetation were observed in the neighborhoods with canine and human visceral leishmaniasis diagnoses, which may mean greater vulnerability socio-environmental aspects of the human and canine population living in these localities.

KEYWORDS: human visceral leishmaniasis, socioenvironmental factors, diagnosis.

1 | INTRODUÇÃO

A leishmaniose visceral (LV) é uma zoonose caracterizada por evolução crônica grave, potencialmente fatal para o homem, cuja letalidade varia entre 5-15% (GONTIJO *et al*, 2007). Seu agente etiológico no Brasil, e demais regiões da América Latina é o protozoário *Leishmania infantum* (CUNHA *et al*, 1995).

No Brasil é transmitida a vertebrados por meio da picada de fêmeas de flebotomíneos da espécie *Lutzomyia longipalpis* (DOS SANTOS *et al*, 2003). Entretanto, a espécie *Lutzomyia cruzi* também foi incriminada como vetora na Região Centro Oeste, em focos de transmissão da doença no estado do Mato Grosso do Sul (ASHFORD, 2000).

O cão (*Cannis familiaris*) é apontado como principal reservatório doméstico da doença e é considerado importante fonte de infecção no ambiente urbano (LAISON *et al*, 1990), principalmente devido a sua elevada susceptibilidade à infecção e alta frequência, pelo intenso parasitismo e, devido a sua estreita relação com o homem, nas áreas rurais e urbanas. Assim, a presença de cães soropositivos em habitações humanas é vista como possível fator de risco para transmissão da *L. infantum* (CUNHA *et al*, 1995).

Nos cães, o parasitismo é abundante nas vísceras e na derme, porém mesmo os

infectados podem permanecer sem sinais clínicos por um longo período de tempo, servindo como fonte de infecção para o vetor (Organização Mundial de Controle da Leishmaniose Visceral, 2017). Os animais silvestres considerados reservatórios são as raposas (*Cerdocyonthus*), marsupiais (*Didelphis abiventris*) e roedores (*Nectomys squamips*) que agem como mantenedores do ciclo da doença (NASCIMENTO *et al*, 2011). Como animais silvestres estão em menor quantidade do que os caninos e outros animais domésticos no ambiente humano, estes não são considerados adequados para manter a manutenção do ciclo de transmissão (DIETZE *et al*, 1997).

Contribuem para a expansão da doença a proximidade entre as habitações, a urbanização acelerada e descontrolada, mudanças ambientais como alterações climáticas e desmatamento, além de migração rural para áreas periféricas e as precárias condições de moradia e saneamento (MIRANDA, 2008).

O processo desordenado de ocupação urbana associado à migração, assentamentos urbanos não planejados e saneamento precário leva às condições precárias de vida e destruição ambiental, promovendo condições favoráveis para a reprodução do vetor flebotomíneo (MIRANDA, 2008).

No Estado do Rio de Janeiro, novas áreas têm sido identificadas com ocorrência de leishmaniose visceral canina (LVC) em diversos municípios. Contudo, pouco se conhece acerca dos fatores ambientais envolvidos no aparecimento da LVC nessas áreas (OLIVEIRA, *et al* 2015).

Tendo em vista a forte influência que o meio ambiente e condições socioeconômicas exercem sobre a transmissão da LV, o objetivo deste estudo é identificar os fatores sociais e ambientais relacionados a transmissão da leishmaniose visceral dos bairros com notificações de LVH e diagnósticos de LVC da cidade de Barra Mansa, do ano de 2012 a 2018.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 A Área de Estudo

De acordo com a Base Cartográfica Vetorial Contínua do Estado do Rio de Janeiro (BC25-RJ1) elaborada no ano de 2017, o Município de Barra Mansa (FIG. 1) possui uma área total de 547,7042 km², correspondente a 8,80% da área da Região de Governo do Médio Paraíba. Localiza-se no sudeste brasileiro, dentro da Mesorregião Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, especificamente na Microrregião Vale do Paraíba do Sul, e está situado entre as coordenadas 22°32'39" latitude sul e 44°10'17" longitude oeste. Além disso, pertence à Região de Governo do Médio Paraíba do Sul juntamente aos municípios de Barra do Piraí, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda. Sua temperatura média anual é de 28 ° C com

verões chuvosos e umidade relativa de 77% e invernos secos. A população é de 177.813 de acordo com o último censo realizado pelo IBGE em 2010, (IBGE, 2018). O município é composto por 155 bairros e 5 distritos. Até o ano de 2010 nenhum caso autóctone de leishmaniose visceral humana havia sido registrado no município, de acordo com dados do SINAN (Sistema de Informações Brasileiras de Notificação de Agravos de Notificação), assim como não haviam registros de cães infectados por *L. infantum* até 2012 segundo dados da Vigilância em Saúde Ambiental do município.



Figura 1. Mapa de localização do Município de Barra Mansa dentro do Estado do Rio de Janeiro

*Município de Barra Mansa

Fonte: [https:// pt.wikipedia.org/wiki/Barra Mansa](https://pt.wikipedia.org/wiki/Barra_Mansa)

2.2 Coleta e análise dos Dados

Os dados referentes ao diagnóstico canino foram cedidos pelo serviço de Vigilância em Saúde Ambiental do Município de Barra Mansa. Estas informações estão armazenadas em livros de registros dos atendimentos realizado. Estes atendimentos estão listados por número e data de realização, nome do cão examinado, nome do tutor do cão, endereço e telefone do tutor ou responsável pelo animal, data da realização e o resultado de exame preliminar DPP (Dual Path Platform). O teste rápido DPP® Leishmaniose Visceral Canina oferece o resultado em cerca de 15 minutos. O produto dispensa estrutura laboratorial e equipamentos, facilitando o uso no campo. Possui uma tecnologia de alta sensibilidade, o que agrega precisão ao diagnóstico da leishmaniose visceral canina em sangue, soro ou

plasma. Por ser um teste de triagem, permite que apenas os casos positivos sejam levados para confirmação, desonerando, desta forma, o laboratório (FIOCRUZ, 2019). Exames com diagnósticos sorológicos no DPP positivos seguem para o LACEN (Laboratório Central Noel Nutels) para que seja realizado o ensaio de triagem sorológico imunoenzimático ELISA, ou ensaio de imunoabsorção enzimática. ELISA é um teste imunoenzimático que permite a detecção de anticorpos específicos e é usado no diagnóstico de várias doenças que induzem a produção de imunoglobulinas, entre outras.

Os dados da pesquisa realizada com seres humanos foram fornecidos pelo setor de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde do mesmo Município.

Participaram deste estudo somente a população humana e canina dos bairros com notificações de casos de leishmaniose visceral (LV) e diagnóstico de leishmaniose visceral canina (LVC) dentro do período de realização do estudo.

Esse estudo epidemiológico envolvendo seres humanos e inquérito canino de transmissão da LVC e LVH foi realizado no período de 2012 a 2018 pela equipe técnica e coordenação do serviço de Vigilância Ambiental e Epidemiologia do município de Barra Mansa.

O clima do município é mesotérmico, com verões quentes e chuvosos e inverno seco. A umidade relativa do ar é de 77% e a temperatura média mínima anual é de 16°C e a média é de 28°C. O período de chuvas está entre os meses de novembro e março, com pluviosidade de 1.380 mm/ano (PORTAL DA PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA MANSA, 2019)

O município conta com 98% dos domicílios dispendo de água potável, 80% ligados a rede de esgoto, 55,74% são arborizados, 3,44% possuem esgoto a céu aberto, 1,96% possuem lixo acumulado nos logradouros e 90% dos domicílios contam com coleta de lixo (PORTAL DA PREFEITURA DE BARRA MANSA, 2019).

Inicialmente, a economia da cidade tinha por base a agropecuária até que surgiram então investimentos nas áreas de metalurgia e metal-mecânica. Atualmente, o setor de comércio e serviços é um dos mais fortes da região, contando com uma capacidade de ofertas muito grande, dadas a diversificação dos ramos e a presença de grandes lojas, atendendo a variada demanda gerada pela economia regional (PORTAL DA PREFEITURA DE BARRA MANSA, 2019).

3 | RESULTADOS

Durante 7 anos de estudo realizado pela Vigilância em Saúde Ambiental de Barra Mansa, foram diagnosticados 16 casos de LV humana, com 3 óbitos e muitos casos caninos de sorologia positiva. Dos 155 bairros (incluindo os “oficiosos”) do município, todos foram visitados ao longo do estudo, porém em apenas 19 deles foram diagnosticados casos de LV canina e humana. São eles: São Francisco de Assis, Santa Izabel, Ano Bom, Santa

Rosa, Getúlio Vargas, Santa Maria II, Mangueira, Paraíso de Cima, Vila Elmira, Loteamento Chinês, Vila Coringa, Boa Sorte, Roselândia, Assunção, Nove de Abril, Vila Maria, Jardim América e Vila Orlandélia, a maioria localizados em regiões periféricas do município.

No bairro Vila Independência foi diagnosticado um caso humano em 2012, um homem de 37 anos que fatalmente morreu da doença. Neste mesmo bairro também foi diagnosticado o maior número de casos humanos em tratamento, o que pode significar uma maior vulnerabilidade social e ambiental da população da região. Uma criança de 7 anos também foi a óbito no bairro Rialto.

A partir destes casos, houve uma intensificação no serviço de vigilância epidemiológica, possibilitando mais diagnósticos humanos e caninos, principalmente em bairros onde a população vive em situação de extrema pobreza.

As tabelas seguintes (TAB 1 e TAB 2) mostram a distribuição dos casos caninos e humanos diagnosticados no período de 2012 a 2018 nos bairros atingidos e consequentemente os casos humanos que vieram a óbito.

Números de Casos Humanos e óbitos								
BAIROS	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Verbo Divino	1							1
Estamparia	1							1
São Francisco de Assis				1				1
Vila Independência	1*	1				1		3
Getúlio Vargas		1			1			2
Rialto	1*							1
Paraíso de Cima				1				1
Roselândia						1		1
Piteiras		1*						1
Assunção						1		1
Nove de Abril						1		1
Vila Maria						1		1
Boa Sorte							1	1
TOTAL	4	3	-	2	1	5	1	16

*Óbito

Tabela 1. Casos humanos de LV diagnosticados no período de 2012 a 2018

Número de Casos Caninos Diagnosticados								
BAIRROS	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Vila Orlandélia							17	17
São Francisco de Assis	55	31			16		14	116
Vila Independência			35	49	13	31	14	142
Getúlio Vargas		74			22			96
Jardim América							9	9
Boa Sorte					8			8
Roselândia						9		9
Assunção						26		26
Santa Izabel	32							32
Santa Rosa	30							30
Ano Bom	38					18		56
Santa Maria II		38						38
Mangueira		53						53
Paraíso de Cima			25	54				79
Vila Elmira			19	91				110
Lot. Chinês			14					14
Piteiras				17				17
TOTAL	155	196	93	211	59	84	54	852

Tabela 2. Presença de Casos Caninos de LV diagnosticados no período de 2012 a 2018

Em relação aos fatores socioambientais relacionados a transmissão da LVH e LVC da população estudada, todos os bairros apresentam acentuado crescimento imobiliário, contam com alguns domicílios sem saneamento básico, ação antrópica efetiva de desmatamento da cobertura vegetal e possuem fragmentos de vegetação de Mata Atlântica, habitat natural do flebotomíneo, vetor da leishmaniose visceral (PORTAL DA PREFEITURA DE BARRA MANSA, 2019). No bairro São Francisco de Assis existe um cemitério gramado, que favorece o acúmulo de matéria orgânica no solo e caracteriza-se como área muito rica em vegetação (Ministério da Saúde, 2019). Os bairros Vila Independência e Jardim América, fazem fronteira entre si e ao mesmo tempo fazem fronteira com uma fazenda, onde o contato direto com animais silvestres pode facilitar a manutenção e transmissão da *L. infatum*. Já o distrito de Rialto é considerado uma área rural, com uma vasta cobertura de vegetação remanescente de Mata Atlântica (PORTAL DA PREFEITURA DE BARRA MANSA, 2019) podendo ser observado também a presença de animais silvestres, o que caracteriza o bairro como área de risco para transmissão da leishmaniose visceral. Os bairros Mangueira, Vila Elmira, Paraíso de Cima, Assunção e Nove de Abril denominados Região Leste além de fazerem fronteira entre si, são próximos ao zoológico Municipal de Volta Redonda e próximo a ARIE Floresta da Cicuta, Área de Relevante Interesse Ecológico existente no município (PORTAL DA PREFEITURA DE BARRA MANSA, 2019) ambiente

natural de reservatórios silvestres da LV.

O quadro epidemiológico da doença neste município juntamente com as características sociais e ambientais da população, refletem a real situação da vulnerabilidade da população humana e canina de Barra Mansa à transmissão da zoonose em questão.

4 | DISCUSSÃO

A disseminação da leishmaniose visceral acompanha o processo de ocupação urbana desordenada, aliado ao fluxo migratório (MESTRE & FONTES, 2007), lembrando que a maioria dos casos estão associados à pressão antrópica sobre o ambiente e ocupação desordenada do espaço físico (DANTAS-TORRES & BRANDÃO-FILHO, 2006). As organizações ligadas à saúde, e particularmente as agências internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), vem promovendo o desenvolvimento de novas técnicas de vigilância e modelos em que a questão ambiental é considerado fundamental. O uso de imagens de satélite, por exemplo, pode ser útil para caracterizar variáveis ambientais de interesse em estudos epidemiológicos (NETO, *et al*, 2009).

Apesar de nos últimos 7 anos as ações de controle envolvendo o cão doméstico realizadas rotineiramente nas áreas endêmicas do município de Barra Mansa terem sido intensificadas, ainda é possível observar novos casos de leishmaniose visceral canina e humana em diversos bairros. Entre as medidas recomendadas para o controle da leishmaniose visceral, a eutanásia de cães infectados ainda é um ponto controverso, mas Di Lorenzo, 2002, demonstrou em seus estudos que a doença em cães precede o surgimento de casos humanos e que as chances de infecção aumentam em áreas com alta prevalência de cães infectados onde os vetores estão presentes. Camargo Neves *et al* 2001, demonstraram também que a eliminação de cães infectados é a medida mais eficaz em termos de custo para reduzir a incidência humana (CAMARGO-NEVES *et al*, 2001).

Em todos os bairros onde foram encontrados casos humanos e caninos de leishmaniose visceral também foi observado a presença de fatores sociais e ambientais que de acordo com a literatura estão relacionados com a incidência da doença.

No estudo de DUNN J, *et al*, 1994 realizado em Cuiabá, Mato Grosso, foi observado a permanência de cães em ambiente peridomiciliar. Um dos principais fatores de vulnerabilidade canina é a proximidade das residências com a mata e vegetação densa. Este achado corrobora com os resultados apresentados no presente estudo, onde todos os bairros diagnosticados com LVC e LVH apresentavam fragmentos de mata nativa ou vegetação densa em suas proximidades.

O crescimento imobiliário desordenado em todos os bairros, e a existência de alguns domicílios ainda sem saneamento básico, são fatores que provocam impacto negativo aos recursos naturais. A adaptação do flebotômio a área peridomiciliar se deu pela oferta de fontes alimentares humanas e animais, pelo acúmulo de lixo e pela oferta de matéria

orgânica como descrito por Lainson & Rangel, 2005 e Marzochi, *et al.*, 2009.

A desigualdade socioeconômica pode ser definida como a distribuição desigual de bens e serviços entre grupos sociais. A saúde ou os processos saúde/doença e seus determinantes também podem ser desigualmente distribuídos nas populações, e, portanto, essas diferenças imprimem padrões diferenciados de morbimortalidade nos grupos sociais (BADARÓ e DUARTE, 1996; GENARO, 2000). Tendo em vista que a maioria absoluta dos bairros citados no estudo são bairros periféricos de população de baixa renda, os aspectos defendidos por Badaró e Duarte, 1996, Genaro, 2000, consolidam que nesses bairros devido as condições dos moradores, das moradias e do ambiente circundante há uma maior suscetibilidade a presença da leishmaniose visceral. Um estudo internacionalmente conhecido, realizado na Grã-Bretanha, “The Black Report”, revelou desigualdades na situação de saúde, demonstrando que aqueles situados no limite inferior da escala social têm condições piores de saúde do que aqueles pertencentes aos estratos mais favorecidos (SZWARCOWALD *et al.*, 1999).

DUNAN, *et al.*, 1989, descreve que os métodos até agora utilizados têm sido somente parcialmente efetivos na prevenção e controle da doença, e que novas estratégias de controle devem ser desenvolvidas. Além de que a prevenção da doença nos cães que se configura o principal reservatório doméstico da *leishmania* através da imunoprofilaxia aparece como uma das poucas alternativas para o controle, além disso, não existe tratamento eficaz ou profilático para o cão infectado.

5 | CONCLUSÃO

Ao longo dos anos, com o crescimento desordenado da população e a diversidade econômica do município de Barra Mansa, a devastação do que ainda restava de mata nativa, que fazia a cobertura de parte do território da cidade para o desenvolvimento dos bairros com a ocupação humana e a falta de saneamento básico influenciaram diretamente a expansão da leishmaniose visceral em Barra Mansa. A doença que inicialmente tinha um comportamento rural, devido as ações humanas e adaptação do vetor ao ambiente antrópico, com o passar dos anos tornou-se uma zoonose também de área urbana. Outro importante fator relacionado a expansão da LVC e LVH na região é que os bairros acometidos pela doença, estão de alguma forma fazendo divisa com algum tipo de vegetação, resquício de mata ou até mesmo reserva de mata nativa. Devido às condições ambientais como clima, relevo, vegetação, desnutrição da população, acúmulo de matéria orgânica em abundância o que facilita a incubação dos ovos dos vetores flebotomíneos e abundância de reservatórios, a LV até então se mantém em importante expansão no município, deixando a população canina e humana em constante vulnerabilidade social e ambiental, se instalando na região como grave problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.S; WERNECK, G.L. **Prediction of highrisk areas for visceral leishmaniasis using socioeconomic indicators and remote sensing data.** Int J Health Geogr. 2014; 13:13.

ALMEIDA, A.S; WERNECK, G.L; RESENDES, A.P.C. **Classificação orientada a objeto de imagens de sensoriamento remoto em estudos epidemiológicos sobre leishmaniose visceral em área urbana.** Caderno de Saúde Pública 2014; 30:1639-53.

ASHFORD, R.W. **The leishmaniasis as emerging and reemerging zoonoses.** Int J Parasitol. Nov; 30 (p 12-13):1269–81. 2000.

BADARÓ, R.; DUARTE, M.I.S. Leishmaniose visceral (calazar). In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. (Eds). **Tratado de infectologia.** São Paulo: Atheneu, 1996. p.1234-1259.

CAMARGO-NEVES, V.L.F; KRATZ, G; RODAS, L.A.C.; POLETO, D.W.; LAGE, L.C.; SPINOLA, R.M.F. *et al.* **Utilização de ferramentas de análise espacial na vigilância epidemiológica de leishmaniose visceral americana – Araçatuba, São Paulo, Brasil, 1998-1999.** Caderno Saúde Pública 2001; 17: 1263-7.

CERBINO NETO J.; WERNECK, G.L.; COSTA, C.H.N. **Factors associated with the incidence of urban visceral leishmaniasis: an ecological study in Teresina, Piauí State, Brazil.** Caderno Saúde Pública 2009; 25:1543-51.

CUNHA, S.; FREIRE, M.; EULALIO, C.; CRITOSVAO, J.; NETTO, E.; JOHNSON, W.D. *et al.* **Visceral leishmaniasis in a new ecological niche near a major metropolitan area of Brazil.** Trans R Soc Trop Med Hyg. 1995 Apr;89(2):155–8.

DIETZE, R.; BARROS, G.B.; TEIXEIRA, L.; HARRIS, J.; MICHELSON, K.; FALQUETO, A. *et al.* **Effect of eliminating seropositive canines on the transmission of visceral leishmaniasis in Brazil.** Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 1997 Nov;25(5):1240–2.

DI LORENZO, C.; PROJETTI, F.A.; **Leishmaniose visceral canina como fator de risco para a leishmaniose visceral humana: o que sabemos e o que não sabemos ainda.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2002; 35 suppl 3:75-81.

DOS SANTOS, S.O.; ARIAS, J.R.; HOFFMANN, M. P.; FURLAN, M.B.G; FERREIRA, W.F.; PEREIRA, C. *et al.* **The presence of *Lutzomyia longipalpis* in a focus of American visceral leishmaniasis where the only proven vector is *Lutzomyia cruzi*. Corumbá, Mato Grosso do Sul State.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2003 Oct;36(5):633–4.

DUNN, J. ANDREOLI, S.B. **Método de captura e recaptura: nova metodologia para pesquisas epidemiológicas.** Revista de Saúde Publica.1994;28(6):449-53.

DUNAN, S.; FROMEL, D.; MONJOUR, L.; OGUNKOLADE, B.W.; CRUZ, A. QUILICI, M. **Vaccination trial against canine visceral leishmaniasis.** Parasite Immunol 1989; 11: 397-492.

GONTIJO, C.M.F.; MELO, M.N. **Visceral Leishmaniasis in Brazil: current status, challenges and prospects.** Revista Brasileira de Epidemiologia. 2004 Sep;7(3):338–49.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades@ [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE. [Cited 2013 September 23]. Available from:

Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos Bio-Manguinhos- FIOCRUZ - Disponível em: < <https://www.bio.fiocruz.br> >. Acesso em : 06 de junho de 2019.

LAINSON, R.; DYE, C.; SHAW, J.J.; MACDONALD, D.W.; COURTENAY, O. SOUZA, A.A. *et al.* **Amazonian visceral leishmaniasis--distribution of the vector *Lutzomyia longipalpis* (Lutz & Neiva) in relation to the fox *Cerdocyon thous* (linn.) and the efficiency of this reservoir host as a source of infection.** Memoria Instituto Oswaldo Cruz. 1990 Mar;85(1):135–7.

Ministério da Saúde - MS – Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/leishmaniose-visceral> >. Acesso em 03 de fevereiro de 2019.

MIRANDA, G.M.D. **Leishmaniose visceral em Pernambuco: a influência da urbanização e da desigualdade social** [Internet]. 2008 [cited 2016 Feb 24]. Available from:

NASCIMENTO, E.T.; MOURA, M.L.N.; QUEIROZ, J.W.; BARROSO, A.W.; ARAUJO, A.F.; REGO, E.F. *et al.* **The emergence of concurrent HIV-1/AIDS and visceral leishmaniasis in Northeast Brazil.** Trans. R. Soc. Trop Med Hyg. 2011 May;105(5):298–300.

OLIVEIRA, A.C.; FIGUEIREDO, F.B.; SILVA, V.L.; SANTOS, F.N.; SOUZA, M.B.; MADEIRA, M.F. *et al.* **Canine visceral leishmaniasis case investigation in the Jacare region of Niteroi, Rio de Janeiro, Brazil.** Rev Inst Med Trop São Paulo 2015; 57:325-32.

Prefeitura de Barra Mansa- PMBM – Disponível em: ,<www.barramansa.rj.gov.br >. Acesso em 21 de março de 2019.

RANGEL, E.F.; VILELA, M.L. **Lutzomyia longipalpis (Diptera, Psychodidae, Phlebotominae) and urbanization of visceral leishmaniasis in Brazil.** Caderno de Saúde Pública 2008; 24:2948-52.

ROCHA, A.G. **Leishmaniose Visceral Canina no Rio Grande do Sul.** 2012 [cited 2015 Mar 12]; Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/69816>

World Health Organization. Control of the leishmaniases. Report of a Meeting of the WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniases. Geneva: World Health Organization; 2010. (WHO Technical Report Series, 949).

Leishmania Chagasi E *Leishmania Infatum*: IGUAIS OU DIFERENTES?

Data de aceite: 02/05/2023

Amélia Lúcia Alvareng

Vigilância em Saúde Ambiental da
Prefeitura de Barra Mansa

Denise Alves de Lima

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio
Arouca, Fundação Oswaldo Cruz

Adriana Monteiro Brandão

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio
Arouca, Fundação Oswaldo Cruz

Maria de Fátima Diniz Baptista

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio
Arouca, Fundação Oswaldo Cruz

RESUMO: A leishmaniose visceral é uma doença muitas vezes letal quando não tratada e acomete países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. A vulnerabilidade ao protozoário é maior na população de baixa renda. Este estudo é uma revisão bibliográfica acerca da discussão sobre a sinonímia entre *Leishmania infantum* e *Leishmania chagasi*, . A revisão foi feita através de consulta em artigos e teses publicados em plataformas como Scielo, CAPES e nos sites da Fundação Oswaldo Cruz e PubMed. Apesar de tantos estudos incluindo celulares e moleculares a respeito

de *L. chagasi*, o nome que segue como descrição para o protozoário causador da leishmaniose visceral é *L. infantum* de acordo com a lei da prioridade.

PALAVRAS-CHAVE: *Leishmaniose infantum*, *Leishmaniose Chagasi*, prioridade.

ABSTRACT: Visceral leishmaniasis is an often lethal disease when untreated and affects underdeveloped or developing countries. Vulnerability to the protozoa is greater in the low-income population. This study is a bibliographical review about the discussion about the synonymy between *Leishmania infantum* and *Leishmania chagasi*,. The review was done by consulting articles and theses published in platforms such as Scielo, CAPES and the Oswaldo Cruz Foundation and PubMed sites. In spite of so many studies including cellular and molecular ones regarding *L. chagasi*, the name that follows as description for the protozoan that causes visceral leishmaniasis is *L. infantum* according to the law of priority.

KEYWORDS: *Leishmaniasis infantum*, *Leishmaniasis chagasi*, priority.

1 | INTRODUÇÃO

A Leishmaniose Visceral é a forma mais grave de leishmaniose. Muitas vezes é letal quando não tratada, pois é uma doença grave que acomete o organismo humano e animal de forma sistêmica (DESJEUX, 2004; DUJARDIN, 2005). A doença tem distribuição geográfica mundial e está presente em 47 países com uma incidência anual estimada em 500.000 casos. Noventa por cento deles ocorrem na Índia, Brasil e Sudão (DESJEUX, 1996). Na América e na região do Mediterrâneo, a doença é uma zoonose causada por *Leishmania infantum* (ALVAR *et al*,2004), um protozoário intracelular obrigatório descrito pela primeira vez em 1908 (Nicolle 1908). Entretanto, Cunha e Chagas (1937) descreveram *Leishmania chagasi* como uma nova espécie responsável pela doença na América, assim a nomenclatura e, particularmente, a origem do agente causador da LV nessas áreas têm sido objeto de muito debate e especulação (DANTAS TORRES, 2006).

Um ano após a descrição de *L. chagasi*, o próprio Cunha (1938) concluiu que o agente da LV na América é idêntico ao *L. infantum*, criando assim uma controvérsia com relação ao protozoário vetor da LV com relação a sua igualdade ou diferença em relação a *L. chagasi* e *L.infantum* (DANTAS E TORRES, 2006). A discussão sobre a nomenclatura do agente causal da LV nas Américas e no Mediterrâneo se deve principalmente pela especulação com relação a origem do parasita (DANTAS E TORRES,2006). Sendo assim, este estudo tem o objetivo de fazer uma revisão bibliográfica com relação a sinonímia entre *L.infantum* e *L.chagasi*.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica acerca da discussão sobre a sinonímia entre *Leishmania infantum* e *Leishmania chagasi*, Foramcxty5sryhioç consultados artigos e teses publicados em plataformas como Scielo, CAPES, sites da Fundação Oswaldo Cruz e PubMed.

3 | RESULTADO

Após uma abrangente comparação entre várias cepas de *L. chagasi* que haviam sido isoladas de diferentes origens e países da América do Sul, particularmente do Brasil (de humanos, cachorros domésticos e da raposa selvagem (*Cerdocyon thous*), e cepas de *L. infantum* originadas da área endêmica para leishmaniose visceral em países europeus da Bacia do Mediterrâneo, tais como Portugal e Espanha, a técnica de amplificação ao acaso de DNA polifórfico (RAPD) demonstrou que as sequências de DNA de ambas as espécies dos parasitas eram idênticas (MAURICIO, *et al*, 1999).

Lainson e Shaw defenderam a manutenção do parasita em um nível subespecífico, como *Leishmania (Leishmania.) infantum chagasi*, com base em suas características

etiológicas, como o habitat silvestre de seu flebotomíneo vetor, *Lutzomyia longipalpis*, e seu reservatório vertebrado natural, a raposa selvagem *Cerdocyon thous*, bem como nas diferenças previamente estabelecidas entre os perfis dos fragmentos de kDNA de *L. (L.) chagasi* e *L. (L.) infantum*, demonstradas pelo uso da técnica de digestão por endonuclease de restrição, de proteínas de superfície radioiodinadas de suas formas promastigotas, da geração de anticorpos monoclonais contra superfícies promastigotas e de estudos comparativos de radorrespirometria.

Lainson e Shaw apresentaram muitos argumentos em defesa da manutenção do nome científico subespecífico *L. (L.) i. chagasi*, de forma justificável ao longo do seu histórico científico de mais de cinquenta anos de trabalhos publicados a respeito a ecoepidemiologia das manifestações clínicas e da imunopatologia da doença causada por este parasita na América (SILVEIRA, *et al*, 2010).

Para alguns autores apenas *L. (L.) infantum* e *L. (L.) donovani* seriam reconhecidos como agentes etiológicos da leishmaniose visceral, sendo que o primeiro ocorre nas áreas endêmicas da Bacia do Mediterrâneo, na Europa, no norte da África e nas Américas Central e do Sul, e o segundo, nas áreas endêmicas da Índia, leste da África e Oriente-Médio (PENNA, 1934).

Ao utilizar a análise molecular do DNA do parasita como o único e definitivo critério para decidir sobre a originalidade da espécie de *Leishmania* sob estudo, deve-se ressaltar que a definição de uma espécie não deve ser baseada somente em suas características filogenéticas, mas também em seus aspectos biológicos, fenéticos e fenotípicos, resultantes de sua carga parasito-genômica, e suas interações com o meio ambiente. Consequentemente, concepções e tecnologias da genética moderna devem ser levadas em consideração para que estes conceitos sejam manipulados (MAURICIO *et al*, 1999). Devemos notar que nesse caso ignoraram aspectos fenotípicos tipicamente utilizados para classificar os parasitas de *Leishmania* como: morfologia das formas amastigotas e promastigotas, comportamento biológico do parasita em animais domésticos e selvagens e em seu vetor, e suas manifestações clínicas da infecção.

Em seu artigo *Leishmania chagasi* Cunha e Chagas 1937: nativa ou introduzida Fernando, *et al*, 2010 resalta que em contraposição ao defendido por Mauricio, *et al*, de que *L. (L.) chagasi* (sinônimo de *L. (L.) infantum*) fora introduzida na América durante a sua colonização, dois questionamentos devem ser considerados antes de qualquer afirmação. Primeiro, considerando que os primeiros casos de LVA no Brasil foram diagnosticados em 1934, como explicar que, em um curto intervalo de tempo, pouco mais de 400 anos de colonização, *L. (L.) infantum* tornou-se rapidamente capaz de sobreviver em *Cerdocyon thous*, que, diferentemente do cachorro doméstico, não apresenta quaisquer sinais ou sintomas devido à ação patogênica induzida pelo parasita. Esta adaptação reflete um estágio de coexistência entre o parasita e seu hospedeiro vertebrado geralmente aceito após um longo processo interativo entre aquele e a resposta imune deste, o que ocorre

somente depois de milhares de anos.

Segundo, *L. (L.) infantum*, que estava adaptado ao seu vetor flebotomíneo, *Phlebotomus dubosqi*, em países endêmicos da Europa, precisaria ter se adaptado rapidamente a outra espécie de vetor flebotomíneo, *Lutzomyia longipalpis*, original de um continente que apresenta condições climáticas e ecologia inteiramente diferentes das observadas no continente europeu. Ademais, é importante destacar evidências recentes sugerindo que este processo de especialização entre o parasita e seu vetor flebotomíneo é fortemente influenciado por uma interação específica entre as moléculas de glicoconjugados ligantes, especialmente o lipofosfoglicano (LPG), presentes na membrana plasmática de superfície das formas promastigotas metacíclicas das espécies de *Leishmania* e seus receptores na membrana das células epiteliais da parede do intestino médio do vetor flebotomíneo. O LPG foi implicado como uma molécula de adesão específica que intermedeia a interação entre *Leishmania* e o epitélio do intestino médio do vetor flebotomíneo. Diante disto, dever-se-ia supor que *L. (L.) infantum*, que é transmitido naturalmente por *Phlebotomus dubosqi*, seria capaz de se adaptar rapidamente ao epitélio do intestino médio de *Lutzomyia longipalpis*, um vetor flebotomíneo de espécie e gênero completamente diferentes de *L. (L.) infantum* encontrado em uma área endêmica na Europa. Como afirmado anteriormente, este processo de especialização entre o parasita, seu vetor biológico e seu reservatório selvagem, que caracteriza um ciclo enzoótico natural das espécies de *Leishmania*, foi bastante fundamentado no caso de um parasita de *Leishmania* ser muito próximo de um parasita de *L. (L.) chagasi* isolado das vísceras (fígado e baço) de três raposas caranguejeiras selvagens *Cerdocyon thous* saudáveis, capturadas em uma área de floresta periurbana denominada “Parque Ambiental do Utinga”, próximo a Belém, Estado do Pará, Amazônia Brasileira, onde não há evidências de doenças em humanos ou em caninos até o presente momento. No entanto, já foi comprovado que este parasita de *Leishmania* causa infecção visceral letal em hamsters dourados após três meses de inoculação via intraperitoneal. Portanto, considerando que esta área ainda não é habitada nem por humanos nem por cachorros, esta descoberta representa uma forte evidência da existência de um ciclo enzoótico indígena de parasitas de *L. (L.) chagasi* na Amazônia Brasileira, que certamente teve origem antes do histórico recente da colonização do Continente Americano.

Fernando, et al, 2010 também relata outro ponto que contradiz a hipótese evolucionária, que concorda com a tese de que o gênero *Leishmania* teve origem na América do Sul no Paleoceno ou Eoceno, com posterior diversificação após sua migração para a Ásia, diz respeito à interpretação do que ocorreu com o ancestral de *Leishmania* que migrou para o continente asiático. A hipótese evolucionária afirma que nenhum ancestral de *Leishmania* permaneceu na América do Sul. No entanto, como explicar a origem de um vasto número de espécies de *Leishmania* que existem na região? Na verdade, há mais de vinte espécies de *Leishmania* reconhecidas pertencentes aos subgêneros *Leishmania* e

Viannia, incluindo *L. (L.) chagasi*, o único parasita de *Leishmania* responsável pela LVA .

De acordo com a lei da prioridade o nome que primeiro foi registrado até que haja estudos comprobatórios que identifiquem que o segundo nome se trata de uma nova espécie, será utilizado prioritariamente, portanto *L. infantum* é válido por ser o primeiro registro (Nicole 1908), pois *L. chagasi* (CUNHA e CHAGAS, 1937) foi registrado posteriormente e não há estudo definitivo sobre o assunto. A lei da prioridade permite que se use o segundo nome da seguinte forma: *L.L. infantum chagasi*, como referência ao protozoário descrito por Cunha e Chagas, 1937, mas respeitando a prioridade do nome descrito primeiro.

4 | CONCLUSÃO

Mesmo após tantas discussões e tantos anos de estudos levando em conta todos os aspectos, inclusive celulares e moleculares, ainda não há uma conclusão definitiva sobre esse assunto, e nem uma resposta conclusiva sobre o emprego dos nomes *L. infantum* ou *L. chagasi*. Porém, segundo o descrito acima, conclui-se que deverá ser seguida a lei da prioridade, utilizando o primeiro nome registrado *L. infantum* (Nicole 1908) sendo considerado por especialistas a nomenclatura adequada para o protozoário.

REFERÊNCIAS

ALVAR, J.; CANAVATE, C.; MOLINA, R.; MORENO, J.; NIETO, J. 2004. **Leishmaniose canina**. *Adv Parasitol* 57 : 1-88, 2004.

DANTAS-TORRES, Filipe. **Leishmania infantum versus Leishmania chagasi: não se esqueça da lei de prioridade**. Mem. Inst. Oswaldo Cruz , Rio de Janeiro, v. 101, n. 1, p. 117-118, fevereiro de 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br>. Acesso em 18 de março de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0074-02762006000100024>.

DESJEUX, P. **Leishmaniose: situação atual e novas perspectivas**. *Comp Immunol Microbiol Infect Dis* 27 : 305-318. 2004

DESJEUX, P. **Human leishmaniasis: epidemiology and public health aspects**. *World Health Organization Statistics Quarterly*, 45: 267-275. 1992.

DUJARDIN, J.C. **Fatores de risco na disseminação das leishmanioses: em direção ao monitoramento integrado**. *Tendências em Parasitol* 22 : 4-6. 2005.

LAISON, R.; SHAW, J.J. **Leishmaniasis in the new world**. In: Collier L, Balows A, Sussman M, editors. *Topley & Wilson's Microbiology and Microbial Infections*, 10th ed. London: E Arnold; 2005. p. 313-49.

MAURICIO, I. L.; HOWARD, M.K.; STOTHARD, J.R.; MILES, M.A. **Genomic diversity in the Leishmania donovani complex**. *Parasitology*. Sep;119(Pt 3):237-46. 1999

PENNA, M. A. H. **Leishmaniose visceral no Brasil**. *Bras Med*. 48:949-50. 1934.

SILVEIRA, F. T.; CORBETT, C. E. P. **Leishmania chagasi Cunha & Chagas, 1937: nativa ou introduzida? Uma breve revisão.** Ver Pan- Amaz Saude, Ananindeua, v.1,n. 2, p. 143-147, jun 2010. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br> acessos em 05 de junho 2019.

PANORAMA ACTUAL SOBRE “DEMOGRAFÍA Y SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO DE HIDALGO” MÉXICO

Data de aceite: 02/05/2023

Rosalva Quintero Dávila

Doctorante en Administración de Instituciones de Salud. Pachuca de Soto, Hidalgo, México. en [IUNHI] Instituto Universitario de las Naciones Hispanas.

Jesús Máximo Ventura

Director del [IUNHI] Instituto Universitario de las Naciones Hispanas. Pachuca de Soto, Hidalgo, México.

Diana Verónica Sánchez Martínez

Departamento de Medicina y Enfermería de la [UAEH] Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Campus Tepeji y Tlahuelilpan., México.

Esmeralda Guadalupe Tovar Olvera

Maestrante en Salud Pública [UAEH] Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

Alelí Julieta Izquierdo Vega

Departamento de Medicina [UAEH] Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

María del Carmen López Zermelo

Instituto Regional de Investigación en Salud Pública. Departamento de Salud Pública [CUCS] Centro Universitario de Ciencias de la Salud [U de G] Universidad de Guadalajara, México.

Josefina Reynoso Vázquez

Departamento de Farmacia y Maestría en Salud Pública [UAEH] Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma

Departamento de Medicina y Maestría en Salud Pública [UAEH] Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

RESUMEN: El presente capítulo se realizó con la finalidad de explorar la situación actual en el estado de Hidalgo desde el punto de vista demográfico, aspectos como la ubicación geográfica, la magnitud poblacional, datos fundamentales de la población, aspectos de transición demográfica, transición epidemiológica, transición nutricional y la vinculación entre las características de la población y la salud pública, así como las definiciones conceptuales interrelacionadas con la salud poblacional del estado. Estos datos han sido obtenidos de los censos de INEGI y de la Secretaría de Salud para determinar su relación y la forma en que impacta a la salud pública, así como los retos para las instituciones prestadoras de servicios.

PALABRAS CLAVE: Demografía,

población, transición poblacional, transición epidemiológica, y salud.

CURRENT PANORAMA ON “DEMOGRAPHY AND PUBLIC HEALTH IN THE STATE OF HIDALGO” MEXICO

ABSTRACT: This chapter was carried out with the purpose of exploring the current situation in the state of Hidalgo from the demographic point of view, aspects such as geographic location, population magnitude, fundamental population data, aspects of demographic transition, epidemiological transition, transition nutrition and the link between the characteristics of the population and public health, as well as the conceptual definitions interrelated with the population health of the state. These data have been obtained from the INEGI and Ministry of Health censuses to determine their relationship and the way in which it impacts public health, as well as the challenges for service-providing institutions.

KEYWORDS: Demography, population, demographic transition, epidemiological transition and health.

1 | INTRODUCCIÓN

La investigación realizada sobre Demografía y Salud en el estado de Hidalgo se sustenta con la información recolectada de diversas fuentes del INEGI y se realiza con la finalidad de evidenciar la situación actual en el estado de Hidalgo, como ya se dijo desde el punto de vista demográfico.

En un segundo momento se hace referencia sobre las definiciones conceptuales interrelacionadas con la salud poblacional del estado. Así mismos aspectos como la ubicación geográfica, la magnitud poblacional, datos fundamentales de la población, por lo tanto, son buenos temas de reflexión y vale la pena exponerlos aquí.

Finalmente se detallan los aspectos de transición poblacional, transición epidemiológica y la vinculación entre población y la salud pública. Todo esto ha impactado de manera muy importante en la salud de los individuos y representa nuevos y constantes retos para las instituciones encargadas de prestar servicios de salud.

2 | DESARROLLO

De acuerdo con las estimaciones del INEGI, la situación actual en el estado de Hidalgo desde el punto de vista demográfico, cuenta con una superficie de 20,813 km². Se localiza en el centro-oriente del país.

El estado de Hidalgo se caracteriza por contar con clima seco, semiseco y templado subhúmedo, principalmente, con una temperatura media anual de 16 grados centígrados, y una precipitación total anual de 800 mm.

En el plano geográfico nacional, el estado de Hidalgo se ubica entre los 19°36' y 21°24' de latitud Norte y los 97°58' y 99°54' de longitud Oeste. Su superficie es de

aproximadamente 20,821.4 km², que representan el 1.1 % de la superficie total del país, y cuenta con aproximadamente 3,082,841 habitantes. Limita al norte con San Luis Potosí, al noreste con Veracruz, al sureste con Puebla, al sur con Tlaxcala y el Estado de México, y al oeste con Querétaro (Figura 1).

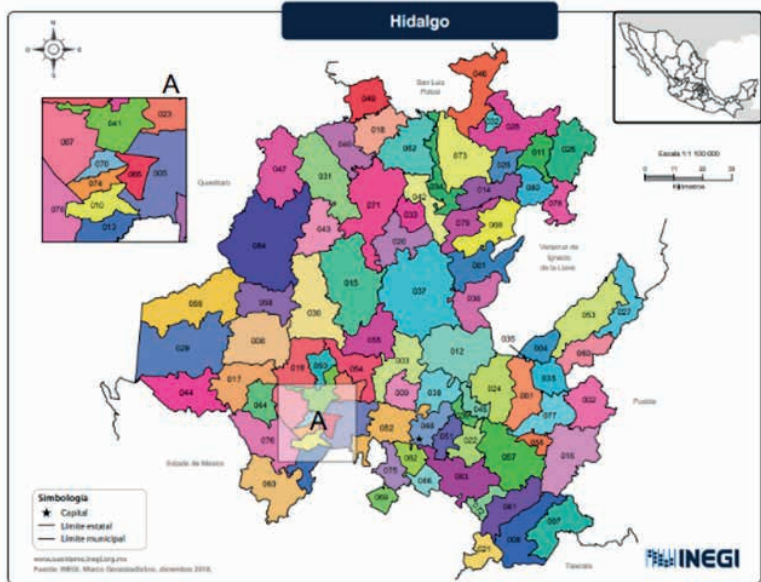


Figura 1. Distribución geográfica del estado de Hidalgo, México

Fuente: INEGI. Marco Geoestadístico, 2020

Algunos otros datos generales son:

- *Capital:* Pachuca de Soto.
- *Municipios:* 84
- *Extensión:* Representa 1.01% del territorio nacional.
- *Población:* 3 082 841 habitantes, el 2.4% del total del país.
- *Distribución de población:* 57% urbana y 43% rural; a nivel nacional el dato es de 79% y 21% respectivamente.
- *Escolaridad:* 9.4 años de escolaridad en promedio de la población de 15 años en adelante.
- *Hablantes de lengua indígena de 5 años y más:* 356, 950
- *Sector de actividad que más aporta al PIB estatal:* Comercio.
- *Aportación al PIB Nacional:* 1.6%

Para conocer su situación demográfica y Salud Pública en el Estado de Hidalgo, es importante señalar algunos conceptos, a continuación, se hace referencia de algunos de ellos.

Se puede decir que según la definición de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) el concepto de *Demografía* queda entendido como: “ciencia cuyo objeto es el estudio de las poblaciones humanas con respecto a su dimensión, estructura, evolución y características generales, consideradas principalmente desde el punto de vista cuantitativo”. (Esteban, M., 2014).

En el ámbito sanitario se ha definido como *Demografía*: “ciencia que estudia las poblaciones, especialmente en lo referente a su tamaño y densidad, fertilidad, mortalidad, crecimiento, distribución de edades, fenómenos migratorios y estadísticas vitales, así como la interacción de estos factores con las condiciones sociales, culturales y económicas de la población”. (Esteban, M., 2014).

Por lo tanto, la Demografía estudia las poblaciones en una doble dimensión:

- *Demografía Estática*: Esta permite conocer la distribución espacial de la población y las características generales de esta población, mediante la localización de la población sobre el territorio, densidad de la población y concentración de la población. Esteban, M. (2014).
- *Demografía Dinámica*: Estudia la evolución de la población en el tiempo y los mecanismos por los que entran (nacen o inmigran) y salen (mueren o emigran) los individuos de la población. (Esteban, M., 2014).

Entre otros conceptos resulta fundamental clarificar el de *Transición Demográfica*. A esta se le define como un proceso durante el cual se pasa de una dinámica de crecimiento de la población caracterizada con altos niveles de mortalidad y fecundidad, a otra de bajo crecimiento poblacional, básicamente debido a una mortalidad y fecundidad reducidas. (Esteban, M., 2014).

2.1 Demografía y salud pública

En este mismo contexto, la *Demografía* como la *Salud Pública* tienen como objeto de estudio la población. La Salud Pública tiene interés por los problemas de salud y enfermedad de la población, mientras que la Demografía estudia la dimensión, estructura y dinámica de las poblaciones. Los cambios en los problemas de salud/enfermedad de una población pueden tener repercusiones demográficas, es decir en la dimensión y/o estructura y/o dinámica de la población y viceversa. (Esteban, M., 2014).

Los puntos de convergencia entre demografía y salud pública es que mientras la primera estudia su dimensión, estructura y dinámica, mientras que la segunda se encarga de los problemas de salud y enfermedad (Tabla 1).

Demografía y Salud Pública	
Población	
Problemas de salud y enfermedad	Dimensión, estructura y dinámica
Salud pública	Demografía
Cambios en salud (morbilidad, mortalidad, etc.)	
Cambios en la estructura, dimensión y dinámica (edad, migraciones, etc.)	

Tabla 1. Puntos de convergencia entre demografía y salud pública

Fuente (Quintero Ávila, R, 2020).

Por lo tanto, la *Salud* no solo es una de las principales condiciones para el desarrollo de la población, sino también es uno de los indicadores asociados al crecimiento económico y la pobreza.

2.2 Transición demográfica

En cuanto a la transición demográfica se dice que la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción del hombre con su entorno biológico, socioeconómico y cultural, no son estados opuestos, sino diferentes grados de adaptación del organismo al medio. Hidalgo al igual que el país atraviesa por una intensa transformación que muestra cambios y grandes contrastes en aspectos demográficos, culturales, educativos, económicos, políticos y sociales.

Número de habitantes. Hidalgo ocupa el lugar 16 a nivel nacional por su número de habitantes. Según datos del INEGI en el 2020, en el estado de Hidalgo viven:

- 1, 601, 462 Mujeres
- 1,481,379 Hombres

Total: 3, 082, 841 habitantes

Los hombres representan el 48.1%, mientras que las mujeres el 51.9% siendo de 10-14 años la edad predominante en ambos casos (Figura 2).

ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN, 2000, 2010 Y 2020

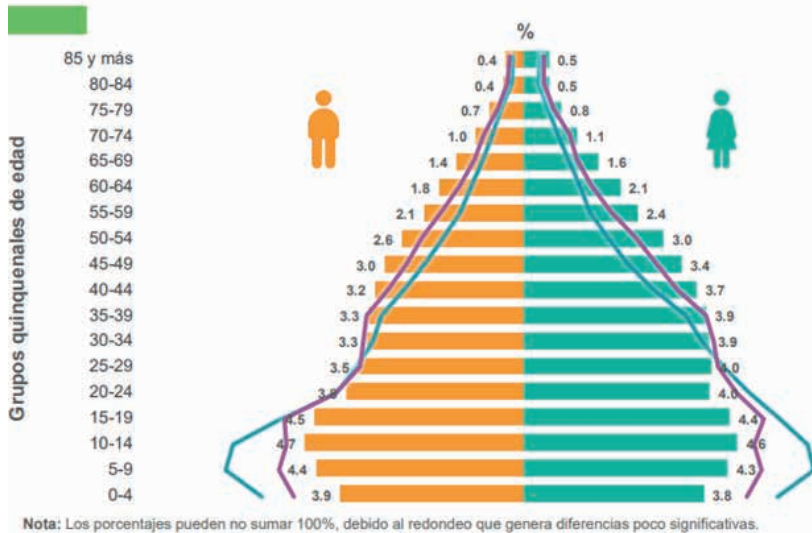


Figura 2. Habitantes por edad y sexo

Fuente: (INEGI, 2020)

Dinámica y Crecimiento

Los censos realizados de 2000, 2010 y 2020 así como la Encuesta Intercensal en 2020 muestran el crecimiento de la población en el estado de Hidalgo.

Sin embargo, identifica que la población de 6-17 años disminuye al pasar de los años, mientras que la población de 30-59 años y el grupo de 60 años y más se ve casi duplicado desde el 2000 hasta el 2020 (Figura 3)



Figura 3. Población total del estado de Hidalgo (2000-2020)

Fuente: (INEGI, 2020)

Esperanza de vida

Al igual que sucede en otras entidades de México y en otros países del mundo, las mujeres en Hidalgo viven, en promedio, más que los hombres.

En el gráfico 3 se visualiza que el promedio de esperanza de vida en México en el 2020 para hombres de 72.4 y en Hidalgo de 72.3, mientras que para las mujeres es de 78.1 a nivel nacional y de 77.8 en Hidalgo, el cual muestra que son muy semejantes entre sí.

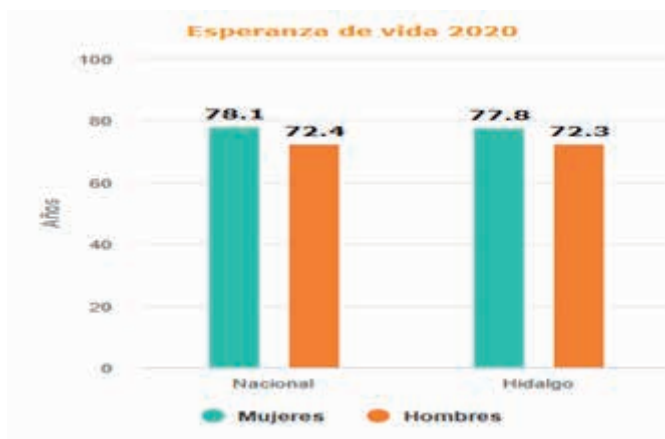


Figura 4. Esperanza de vida en México e Hidalgo

Fuente: (INEGI, 2020)

Natalidad y Mortalidad

Las principales causas de muerte son: COVID-19, enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos y enfermedades del hígado

Al 2020, en Hidalgo se registraron:

- 52, 181 nacimientos
- 19,543 defunciones

Con base en la tabla 2, en el año 2020 el promedio de hijos nacidos vivos en la capital del estado; Pachuca de Soto es de 1.2 hijos, cercano al estatal que es de 1.5, observándose un total de 37,498 nacimientos registrados para 2020, 19,011 hombres y 18,487 mujeres, el comportamiento de la fecundidad por grupo de edad muestra que las tasas se encuentran en descenso a comparación de años pasado..

Indicadores básicos de salud		
Indicador	Tasa	Descripción
Esperanza de vida por sexo y general	72.3 años (masculino) 77.8 (femenino)	La esperanza de vida estatal es de 75.1 años, mientras que la de un derechohabiente de IMSS es de 74.7. Esta diferencia de 0.5 refiere un incremento de estrés, sedentarismo y mala alimentación que presenta esta población en general.
Tasa de natalidad	16.91	La tasa de natalidad refiere que de 100% mujeres 16.91 han tenido un hijo, este ha ido en descenso ya que en 2016 la tasa de natalidad era de 18.25 por 100 mujeres y se espera que para 2025 continúe en descenso pues se espera que baje hasta 15.61.
Tasa de fecundidad	2.07	Es el número medio de hijos que espera tener una mujer al final de su vida reproductiva de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad observadas en el 2020 es de 2.07, mostrando una ligera disminución, de acuerdo con el 2016 que fue de 2.18, mientras que para 2025 existen proyecciones que bajan hasta 1.97.

Tabla 2. Indicadores demográficos: COESPO, Hidalgo)

Fuente: (Hidalgo. Indicadores demográficos: COESPO)

2.3 La transición nutricional

El panorama nutricional a nivel mundial ha estado en un constante cambio debido a diversos factores nutricionales que se acompañan de la morbimortalidad, (López de Blanco, Mercedes y Carmona, 2005). Los cambios en la dieta y la actividad física son determinantes para la aparición de enfermedades como la obesidad. En las áreas urbanas, los estilos de vida sedentarios y el consumo de alimentos con alto contenido en lípidos, azúcares, bajos en fibra van en aumento creciente (Popkin, 1994), en este contexto, en países con mediano y bajo desarrollo la prevalencia de bajo peso se ha visto modificada hacia una prevalencia marcada por un incremento de la obesidad, que a su vez acompaña enfermedades cardiovasculares, diabetes y

La transición nutricional, es considerada como aquellos cambios que suceden en el estado alimentario y nutricional de una población, los factores que contribuyen a la transición nutricional no se consideran únicamente los cambios en la dieta, son multifactoriales, y normalmente se encuentran conectados, estos cambios reflejan modificaciones que surgen en la población como factores socioculturales, económicos, de educación, incluso de comportamiento individual (Vorster, Bourne, Venter y Oosthuizen, 1999).

La alimentación es parte de la cultura de una sociedad, sin embargo, con la transición nutricional lo que ocurre es que, los patrones de alimentación se ven modificados en gran parte por la industria alimentaria. México se encuentra en un proceso de desarrollo y de cambios acelerados asociados a su incorporación en la económica internacional, sin embargo, existen algunos efectos adversos entre para la sociedad mexicana, como lo es el efecto en la dieta y la nutrición, en las últimas décadas se ha observado una modificación en los patrones de alimentación que se ha caracterizado por el consumo creciente de alimentos ricos en colesterol, grasas saturadas, azúcares y sodio, entre otros y asociación

con el incremento en el índice de enfermedades tales como el sobrepeso, la obesidad y diabetes entre otras (De la Cruz Sánchez y Ernesto Elías, 2016).

2.4 Transición epidemiológica

En este sentido, se considera que el Estado de Hidalgo atraviesa por un periodo de transición epidemiológica avanzada, enfrentando paralelamente el desafío de la carga de enfermedades crónicas degenerativas y los rezagos de patologías infecciosas esto en función de la sincronía de los cambios demográficos y de los procesos de urbanización e industrialización.

Es importante señalar las principales causas de muerte ya que también se han modificado. Las infecciones frecuentes y los problemas relacionados con la desnutrición y la mortalidad materna han sido desplazados por las enfermedades no transmisibles y las lesiones, que hoy concentran más del 85% de las causas de muerte en el país. Estos avances han sido resultado de una mejora en las condiciones generales de vida, así como del permanente esfuerzo de las instituciones de salud en el Estado.

Esta transición en el patrón Epidemiológico está íntimamente asociada al envejecimiento de la población y a múltiples riesgos vinculados a estilos de vida poco saludables, dentro de los que sobresale la mala nutrición que ocasionan sobrepeso y obesidad, el tabaquismo, el sedentarismo, la ingesta excesiva de alcohol y el consumo de drogas.

El perfil epidemiológico de una población cambia como resultado de dos fenómenos:

- El desplazamiento de la mortalidad de los niños hacia los adultos
- El cambio en las causas de muerte y de enfermedad.

Los factores que originan estos dos fenómenos son, por un lado, la reducción en la natalidad y en la mortalidad general que se reflejan en una mayor esperanza de vida que conducen a una modificación en la composición de la mortalidad por edades. Por otro lado, el aumento en la exposición de la población a factores de riesgo, incluyendo estilos de vida no saludables, afecta la incidencia de las enfermedades. Otro de los aspectos que resulta fundamental revisar es la transición nutricional, misma que impacta de manera negativa.

A continuación, se hace referencia a la morbilidad, dentro de las causas más frecuentes de enfermedad en la población hidalguense, 2021, las diez primeras son:

- Infecciones respiratorias agudas
- Infecciones de vías urinarias
- Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas
- COVID-19
- Úlceras, gastritis y duodenitis y, en sexto lugar
- Vulvovaginitis

tener un descenso en la mortalidad, sin embargo, las modificaciones del estilo de vida de la población, la expansión educativa y la infraestructura sanitaria, ha influenciado para que en los últimos años se observe una tendencia ascendente:

- La tasa de mortalidad para el Estado de Hidalgo en 2020 fue de 6.33 por cada 1,000 habitantes.
- En el 2016, la tasa de mortalidad era de 6.15 por cada 1,000 habitantes.
- La conjunción de la estructura etaria de la población y el nivel de bienestar de la entidad determina en gran medida la tasa bruta de la mortalidad.
- En el año 2020 a diferencia de años pasados, las causas de mortalidad se debieron principalmente a COVID-19 Enfermedades del Corazón y Diabetes Mellitus.
- Las enfermedades transmisibles únicamente registran infecciones respiratorias agudas.

En 2021 la primera causa de defunción de la población fue:

- Enfermedad por COVID-19 provocada por el virus SARS-CoV2, refiriendo, teniendo una mortalidad de 6.193.
- Enfermedades del corazón con 5.314.
- La enfermedad de Diabetes Mellitus, registro estar entre las tres primeras causas de mortalidad con un 2.997, desplazando a la cirrosis que en 2010 se encontraba en este lugar.

El incremento en las acciones de prevención, control y tratamiento enfocadas a los estilos de vida (alimentación, tabaquismo, alcoholismo y actividad física) contribuirá a la disminución de manera importante del número de casos y en consecuencia mejorará la calidad de vida de la población.

Así mismo la aparición de nuevas enfermedades como lo es COVID-19, indica que se debe fortalecer el sistema sanitario en casos de emergencia como lo sucedido con la pandemia que dio inicio en 2020.

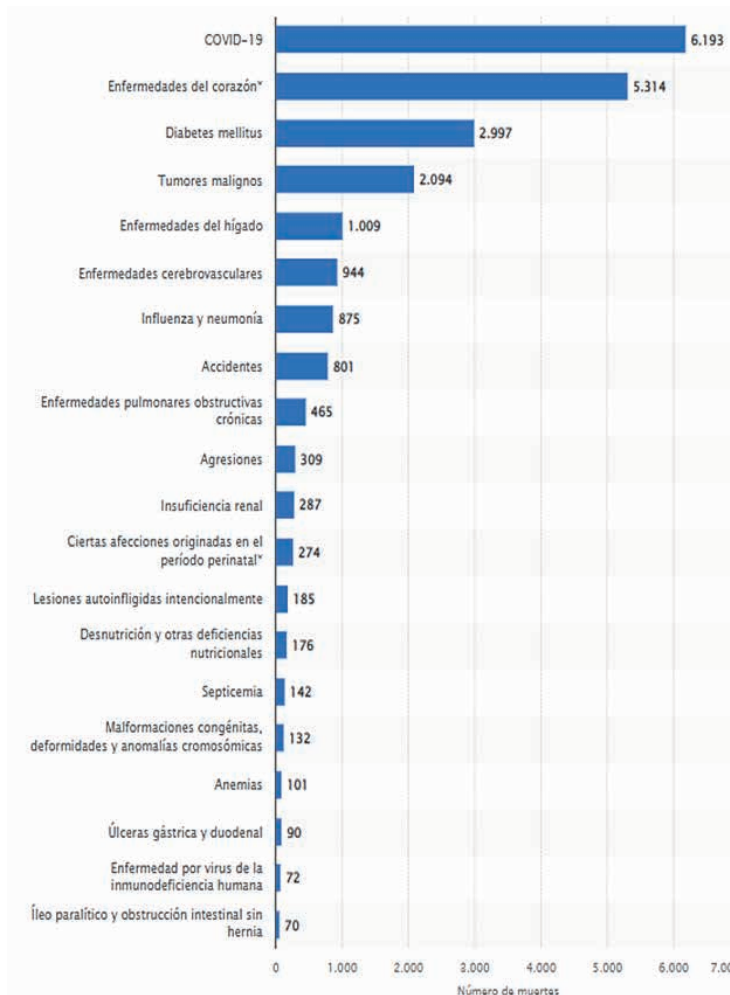


Figura 5. Principales causas de mortalidad general Hidalgo, 2021

Fuente: Principales causas de mortalidad Hidalgo México 2021 | Statista

3 | CONCLUSIONES

Con respecto a la información presentada por (Calderón et al., 2015) con base a la situación actual, se puede decir que la salud es un asunto de gran complejidad que comprende cuestiones de carácter cultural, educativo, tecnológico demográfico y ambiental.

Los cambios en el perfil de la salud de los habitantes se conocen como transición epidemiológica. En el contexto nacional, el estado de Hidalgo es prototipo de esa transición.

La esperanza de vida al nacer y otros indicadores de salud en el estado de Hidalgo denotan que la salud pública, en lo que respecta a un análisis cuantitativo, las estrategias de esta han funcionado y que su evolución hasta hoy permite detectar áreas de oportunidad

respecto a la calidad de vida de sus habitantes.

La transición nutricional ha tenido un impacto negativo en la salud de la población, sin lugar a duda los patrones de alimentación se han modificados y el progreso es de la industria alimentaria, entre algunos de los efectos adversos se ha observado modificación en los patrones de alimentación con consumo creciente de alimentos ricos en colesterol, grasas saturadas, azúcares y sodio, entre otra asociación con el índice de enfermedades crónicas como la obesidad y diabetes.

Por lo que se hace un llamado a hacer uso de la educación y promoción de salud, en especial en sectores cuyos determinantes en salud propicien un riesgo para la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, a su vez, concientizar e incentivar a seguir tomando medidas precautorias antes enfermedades respiratorias, sobre todo ante la COVID-19 que actualmente se encuentra como principal causa de mortalidad.

REFERENCIAS

[1] IMSS (2019). Área de Información Médica y Archivo Clínico. Consultado: diciembre 2020

[2] Calderón, DN., Mendoza, S., Apolonio J., Jiménez SA., Reynoso., Vázquez P., Sergio J., Hernández MCS., & Ruvalcaba, JC. (2015). Demografía y Salud Pública en el Estado de Hidalgo, México. Diciembre 05, 2020, de Universidad del Estado de Hidalgo.

[3] CONAPO [Consejo Nacional de Población] Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050 y Conciliación Demográfica de México, 2018; 1950 -2015

[4] De La Cruz Sánchez, Ernesto Elías La transición nutricional. Abordaje desde de las políticas públicas en América Latina. Opción, 2016; 32(11),379-302.

[5] Esteban, M. Demografía. Conceptos, usos y fuentes de datos. 2014. Diciembre 05, 2020, de Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud Disponible en línea en:

[6] INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Diciembre 05, 2020. Disponible en: <http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/hgo/poblacion/default.aspx?tema=me&e=13>

[7] INEGI. Diciembre 05, 2020. URL: <http://dgis.salud.gobmx/cubos/>

[8] SUAVE. Diciembre 05, 2020. Disponible en: <https://s-salud.hidalgo.gob.mx/contenido/transparencia/gastoensalud/II.%20MARCO%20PROGRAMATICO%20PRESUPUESTAL/1%20Programa%20Sectorial%20de%20Salud.pdf>

[9] INEGI. Nacimientos registrados por entidad federativa, periodo y sexo 2016. Diciembre 2020. Disponible en: <http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/hgo/poblacion/dinamica.aspx?tema=me&e=13>

[10] INEGI. Censos de población 1900-2010 y Encuesta Intercensal 2015. Diciembre 2020. Disponible en: <http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/hgo/poblacion/default.aspx?tema=me&e=13>

- [11] Leiva Brosius, Alicia. Transición demográfica, políticas sociales y las cuentas nacionales de transferencias. 2012.
- [12] López de Blanco, Mercedes, & Carmona, Andrés. La transición alimentaria y nutricional: Un reto en el siglo XXI. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 2005; 18(1), 90-104.
- [13] Popkin B. M. The nutrition transition in low-income countries: an emerging crisis. *Nutrition reviews*, 1994; 52(9), 285–298.
- [14] Vorster, H. H., Bourne, L. T., Venter, C. S., & Oosthuizen, W. Contribution of nutrition to the health transition in developing countries: a framework for research and intervention. *Nutrition reviews*, 1999; 57(11), 341–349.
- [15] Cano, L., Rodríguez, R., Valdez, J., Acevedo, O. y Beltrán, R. Detección del crecimiento urbano en el estado de Hidalgo mediante imágenes Landsat. *Investigaciones Geográficas*. 2016; 92, 1-10.
- [16] Granados, A. *Los nuevos residentes de Pachuca*. Pachuca, México: UAEH Tovar, E. Zonas metropolitanas en el estado de Hidalgo y cooperación intermunicipal. *Argumentos* 2010;:2011; ,24(66), 155-179.
- [17] Álvarez de la Torre, G. El crecimiento urbano y estructura urbana en las Ciudades medias Mexicanas. *Quivera Revista de Estudios Territoriales*, 2010; 12(2), 94-115.
- [18] Cortés Rivera, Dalia, Granados Alcantar, José Aurelio, & Quezada Ramírez, María Félix. (2020). La migración internacional en Hidalgo: nuevas dinámicas y actores. *Economía, sociedad y territorio*, 20(63), 429-456. Epub 21 de octubre de 2020.
- [19] Fajardo-Dolci, Germán, Gutiérrez, Juan Pablo, & García-Saisó, Sebastián. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*, 2015; 57(2), 180-186.
- [20] Pérez Marcial, César R. Expansión de la ciudad en la zona metropolitana de Pachuca: procesos desiguales y sujetos migrantes e inmobiliarios. *Territorios*, 2018; 38, 41-65.
- [21] García Benítez, Marcelino; Franco Sánchez, Laura Myriam y Granados Alcantar, José Aurelio “Evaluación del crecimiento de la población y transformación del uso de suelo urbano en la Zona Metropolitana de Pachuca”. México Quivera. *Revista de Estudios Territoriales*, 2019; 21,2,. 63-81 Universidad Autónoma del Estado de México
- [22] Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2020) Censo de Población y Vivienda 2020. Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2020) Usos del suelo. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/usosuelo/>
- [23] Garcia Benitez, M., Franco-Sánchez, L., & Granados-Alcantar, J. (2019). Evaluación del crecimiento de la población y transformación del uso de suelo urbano en la Zona Metropolitana de Pachuca, México. *Quivera Revista De Estudios Territoriales*, 2019; 21(2), 63-81.

[24] Fernández, Luis & Pérez, Amelia & Estornell, J. & Marín, Rafael.. La teledetección como herramienta de análisis del crecimiento urbano y su representación en 3D. ACE: architecture, city and environment; 2007, null. 10.5821/ace.v2i4.2396.

CONOCIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO EN ZONAS ENDÉMICAS DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN EL ESTADO DE HIDALGO, MÉXICO

Data de aceite: 02/05/2023

Uriel Barraza Muñoz

Departamento de Medicina en [UAEH]
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

Katia Julissa Hernández Ríos

Departamento de Medicina en [UAEH]
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

Vanessa Itzel Rivero Córdoba

Departamento de Medicina en [UAEH]
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

Dulce Daniela Cordero Mendoza

Maestrante en Salud Pública en [UAEH]
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

Saúl González Guzmán

Unidad de Enseñanza e Investigación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango, Estado de México, México.
Laboratorio del Banco Central de Sangre del Centro Médico Nacional “La Raza”, Ciudad de México.

Saraí Martínez Llargo

Maestrante en Salud Pública en [UAEH]
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.
Departamento de Epidemiología en [SSH]
Servicios de salud de Hidalgo, México.

Jorge Monrroy Vargas

Maestrante en Salud Pública en [UAEH]
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.
Departamento de Epidemiología en [SSH]
Servicios de salud de Hidalgo, México.

Josefina Reynoso Vázquez

Departamento de Farmacia y Maestría en Salud Pública en [UAEH] Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma

Departamento de Medicina y Maestría en Salud Pública en [UAEH] Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

RESUMEN: Objetivo. Determinar el conocimiento epidemiológico de personas de zonas endémicas de la enfermedad de Chagas en el estado de Hidalgo, México.

Material y métodos. Se realizó un estudio epidemiológico observacional, descriptivo de carácter transversal en 384 personas adultas de ambos géneros seleccionadas mediante un muestreo sistemático.

Resultados. Se aplicó 384 encuestas, de las cuales 200, 52% fueron aplicadas en Huejutla, 60, 15.62% en Atlapexco, 62, 16.14%, en Jaltepec y 62, 16.14% en el

municipio de Acatlán. En Huejutla 96% conoce a la chinche *Triatomino sp.* Aunque es un lugar endémico, el 71.5% desconoce la enfermedad de Chagas, con nivel socioeconómico bajo. En Atlapexco, destaca hacinamiento, señalan 1 o 2 habitaciones/vivienda, 80% con 5 a 7 personas por hogar. 61.66% no conoce la Enfermedad, el 86.66% de la población conoce los triatominos, nivel socioeconómico bajo. En Jaltepec, el 50% si conoce la enfermedad, 96.77% conoce los triatominos, 95.16% saben de la transmisión de la Enfermedad de Chagas. En Acatlán el 54.83% no conoce la Enfermedad, el 66.12% si conocen estos insectos, 56.45% conoce la transmisión de la enfermedad y el 20% tiene conocimiento de personas a su alrededor con esta enfermedad. **Conclusión.** Los lugares endémicos del Estado de Hidalgo son característicos de un nivel socioeconómico y educativo bajo, teniendo como consecuencia ignorancia acerca de la Enfermedad y la presencia de casos, de lo contrario si no mejora situación económica y educación los resultados en la salud continuaran como negativos.

PALABRAS CLAVE: *Triatomino sp*, *Tripanosoma cruzi*, Enfermedad de Chagas, Estado de Hidalgo.

EPIDEMIOLOGICAL KNOWLEDGE IN ENDEMIC AREAS OF CHAGAS DISEASE IN THE STATE OF HIDALGO, MEXICO

ABSTRACT: Objective. To determine the level of epidemiological knowledge of people from endemic areas of Chagas disease in the state of Hidalgo, Mexico. **Material and methods.** An observational, descriptive cross-sectional epidemiological study was conducted in 384 adult subjects of both sexes selected through systematic sampling. **Results.** 384 surveys were applied, of which 200, 52% were applied in Huejutla, 60, 15.62% in Atlapexco, 62, 16.14%, in Jaltepec and 62, 16.14% in the municipality of Acatlán. In Huejutla, 96% know the bug *Triatomine sp.* Although it is an endemic place, 71.5% are unaware of Chagas disease, with a low socioeconomic level. In Atlapexco, overcrowding stands out, indicating 1 or 2 rooms/dwelling, 80% with 5 to 7 people per household. 61.66% do not know the disease, 86.66% of the population knows the triatomines, low socioeconomic level. In Jaltepec, 50% are aware of the disease, 96.77% are aware of triatomine bugs, and 95.16% are aware of the transmission of Chagas Disease. In Acatlán, 54.83% do not know the disease, 66.12% know these insects, 56.45% know the transmission of the disease and 20% are aware of people around them with this disease. **Conclusion.** The endemic sites of the State of Hidalgo are characteristic of a low socioeconomic and educational level, resulting in ignorance about the disease and the presence of cases, otherwise, if the economic situation and education do not improve, the health results will continue to be negative.

KEYWORDS: *Triatomino sp*, *Trypanosoma cruzi*, Chagas disease, state of Hidalgo

INTRODUCCIÓN

La tripanosomiasis americana también conocida como Enfermedad de Chagas es una parasitosis que ocupa los primeros lugares en cuanto al número de casos notificados en América Latina¹, La Organización Mundial de la Salud reporta que existen entre 6 y 7 millones de personas infectadas con el parásito *Trypanosoma cruzi* agente causal de esta

patología localizándose el mayor número de estos en 21 países de América Latina.^{1, 10, 11}

Se estima que en el mundo existen entre 25 y 90 millones de personas en riesgo de infectarse y aproximadamente se reportan entre 41,000 y 69,000 casos nuevos anualmente, con 14,000 defunciones atribuibles a esta patología cada año^{12, 13}

Fue descubierta por el Dr. Carlos Chagas en 1909 en Brasil, quien encontró el agente causal (*Trypanosoma cruzi*), el vector, el hospedero y los reservorios, describiendo el ciclo de transmisión del parásito.² *T. cruzi* se transmite al hombre a través de las deyecciones de los vectores, de esta forma el mamífero adquiere al parásito y lo conserva durante toda la vida³⁻⁵ aunque esta es la principal forma de transmisión, no se deben olvidar las transfusiones de sangre, el trasplante de órganos, la transmisión madre a hijo además de la ingesta de alimentos contaminados¹⁰.

Se estima que en México existen entre 1.1 y 2 millones de personas infectadas con este parásito aun así esta enfermedad no se considera como un problema de salud pública, pasando al grupo de las enfermedades olvidadas¹⁴⁻¹⁷.

Esta patología se presenta en dos etapas: aguda con un periodo de 1-14 días el cual cursa de forma asintomática, pudiéndose encontrar una reacción inflamatoria en el sitio de la inoculación (conocido como chagoma de inoculación, con presencia de adenitis regional, en el 50% de los casos se puede presentar edema bpalpebral unilateral conocido como signo de Romaña; en la fase crónica 60-70% presentan una forma latente o indeterminada, sin manifestaciones clínicas y con las pruebas de laboratorio de rutina con valores normales, el 30% de ellos después de 20 años desarrollan enfermedades cardíacas y del 8-10% desarrollan compromiso a nivel digestivo^{6,18}

Las lesiones que produce *Trypanosoma cruzi* dependen de las características del parásito y del hospedero.⁷ La infección por *T. cruzi* clínicamente incluye un periodo de incubación de 4-10 días, asintomático, posteriormente presenta tres fases: 1) La fase aguda puede durar de 1-4 meses, generalmente ocurre en niños, se caracteriza por fiebre de intensidad variable, malestar general, irritabilidad, cefalea, hepatoesplenomegalia, y linfadenopatía. Es común encontrar una reacción inflamatoria local (chagoma), con crecimiento linfático regional, así como edema unilateral de alguno de los párpados (signo de Romaña).^{7,8} destacan en general una serie de complicaciones, fase aguda y fase crónica.⁸

La miocarditis y meningoencefalitis son alteraciones que amenazan la vida por su alta mortalidad. En esta etapa el diagnóstico de la enfermedad es muy difícil y suele confundirse con otras enfermedades. Durante esta fase los exámenes de laboratorio son de gran utilidad.⁶

La enfermedad de Chagas en México representa un severo problema de salud, reportando 56 mil casos anualmente, de los cuales hay un índice de mortalidad del 21.4%, del cual el 4.38% representa la mortalidad en el Estado de Hidalgo por esta causa, esta enfermedad afecta a la población en general, no existe preferencia por edad o género, sin

embargo, impacta con mayor intensidad a niños y adultos mayores.

Sin duda el investigar el conocimiento y las zonas endémicas de esta enfermedad en el estado de Hidalgo permite generar conocimiento nuevo al respecto y motivar el diseño de estrategias de intervención, ya que al parecer no se cuenta con un programa que impacte positivamente desde la prevención hasta la intervención en el proceso de tratamiento para quienes sufren de este padecimiento.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Las personas de zonas endémicas cuentan con conocimiento epidemiológico sobre la enfermedad de Chagas?

OBJETIVO

Determinar el nivel de conocimiento epidemiológico de personas de zonas endémicas de la enfermedad de Chagas en el estado de Hidalgo, México.

HIPÓTESIS GENERADAS

H_T El nivel de conocimiento epidemiológico de personas de zonas endémicas respecto a la enfermedad de Chagas es escaso independientemente de vivir en riesgo de contraer esta enfermedad, derivado de dificultades en la comunicación con autoridades sanitarias, ya que en su mayoría corresponden a grupos vulnerables y su lengua dominante es de origen Náhuatl.

H_0 El nivel de conocimiento epidemiológico de personas de zonas endémicas respecto a la enfermedad de Chagas es bueno, derivado de vivir en riesgo de contraer esta enfermedad, y por mantener comunicación con autoridades sanitarias, independientemente de que en su mayoría corresponden a grupos vulnerables y su lengua dominante es de origen Náhuatl.

H_T El estado epidemiológico de la enfermedad de Chagas en el estado de Hidalgo tiene alta incidencia en lugares con un nivel socioeconómico bajo.

H_0 El estado epidemiológico de la enfermedad de Chagas en el estado de Hidalgo no tiene alta incidencia en lugares con un nivel socioeconómico bajo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio epidemiológico observacional, descriptivo de carácter transversal en 384 personas adultas de ambos géneros seleccionadas mediante un muestreo sistemático, mediante la aplicación de una encuesta distribuidas proporcionalmente en población correspondiente a Huejutla 200 personas, 60 de Atlapexco, 62 de Jaltepec y 62

de Acatlán. En las que se investigó las características de la vivienda, los hábitos higiénicos y el conocimiento sobre los triatomínicos y la enfermedad de Chagas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se realizaron 384 encuestas directas en diferentes municipios del Estado de Hidalgo, de las cuales 200 (52%) fueron aplicadas en el municipio de Huejutla, 60 (15.62%) en el municipio de Atlapexco 62 (16.14%) en el municipio de Jaltepec y 62 (16.14%) en el municipio de Acatlán.

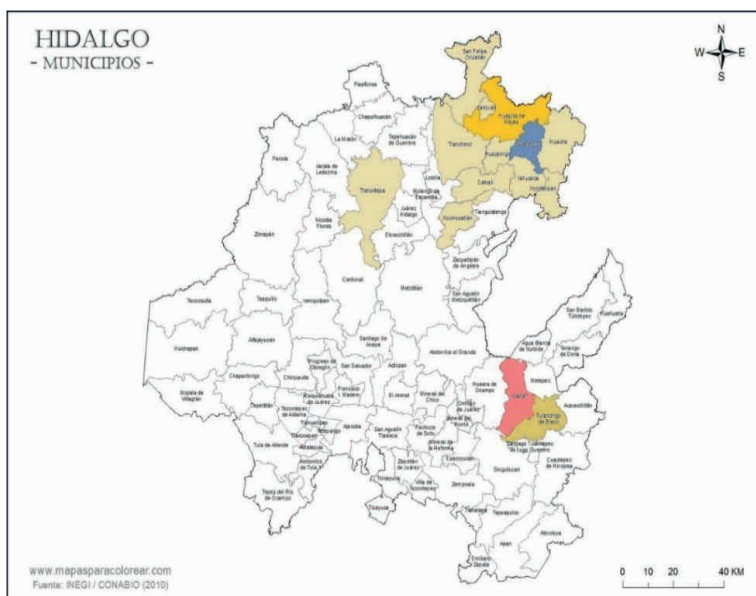


Figura 1. Distribución Geográfica de *Tripanosoma Cruzi* en el estado de Hidalgo, México.

Fuente: INEGI/CONABIO, 2010

La elección de la localidad encuestada se realizó en base a las zonas de nivel económico bajo del estado de Hidalgo localizadas en la huasteca hidalguense que arrojo el artículo Prevalencia de seropositividad a *Tripanozoma cruzi*⁹, incluyendo dos localidades más de la zona sureste del estado en las cuales se realizó una comparación sobre la enfermedad de Chagas. (Tabla 1, 2 y 3).

En Atlapexco, Hidalgo hay datos de hacinamiento mencionando 1 o 2 habitaciones en sus viviendas con un 30% y un 80% confirmando que viven de 5 a 7 personas por hogar. (Tabla 1).

	<i>Huejutla de Reyes</i>		<i>Atlapexco</i>		<i>Jaltepec</i>		<i>Acatlán</i>	
<i>Material de construcción</i>	F	%	F	%	F	%	F	%
<i>Adobe</i>	43	21.5%	30	50%	18	29%	9	14.5%
<i>Concreto</i>	117	58.5%	11	18.3%	40	64.4%	51	82.2%
<i>Ladrillo</i>	34	17%	9	15%	1	1.6%	1	1.6%
<i>Madera</i>	6	3%	10	16.6%	1	1.6%	1	1.6%
<i>Techo</i>								
<i>Palma</i>	4	2%	12	20%	1	1.6%	3	4.8%
<i>Lamina</i>	88	44%	29	45%	3	4.8%	2	3.2%
<i>Loza</i>	101	50.5%	17	28.3%	57	91.9%	55	88.7%
<i>Madera</i>	7	3.5%	4	6.6%	1	1.6%	2	3.2%
<i>Piso</i>								
<i>Tierra</i>	98	49%	41	68.3%	13	20.9%	8	12.9%
<i>Firme</i>	42	46%	8	13.3%	41	66%	51	82.2%
<i>Loseta</i>	10	5%	11	18.3%	8	12.9%	3	4.9%
<i>Casa</i>								
<i>Propia</i>	167	83.5%	52	86.6%	57	92%	50	80.7%
<i>Rentada</i>	33	16.5%	8	13.6%	5	8%	12	19.4%
<i>Habitaciones</i>								
<i>1 a 2</i>	11	5.5%	18	30%	2	3.3%	1	1.6%
<i>3 a 4</i>	173	86.5%	40	66.6%	59	95%	61	98.3%
<i>5 o mas</i>	16	8%	2	3.3%	1	1.7%	0	0%
<i>Habitantes</i>								
<i>1 a 4</i>	68	34%	6	10%	6	9.7%	4	6.5%
<i>5 a 7</i>	127	63.5%	48	80%	53	85.4%	58	93.5%
<i>8 o mas</i>	5	2.5%	6	10%	3	4.8%	0	0%

Tabla 1. Distribución de frecuencia respecto a las características de vivienda en Huejutla de Reyes, Atlapexco, Jaltepec y Acatlán, Hidalgo en el 2016-2018.

Fuente: Directa, Encuesta aplicada, 2016-2018.

Al cuestionar a cerca de los hábitos higiénicos particularmente en lo concerniente a la desinfección de alimentos en Atlapexco al parecer esta practica que debería ser cotidiana se encuentra dividida y en cuanto a el aseo del hogar en Acatlán la mayoría contestó que no lo hacen (Tabla2).

	<i>Huejutla de Reyes</i>		<i>Atlapexco</i>		<i>Jaltepec</i>		<i>Acatlán</i>	
<i>Hábitos higiénicos</i>	F	%	F	%	F	%	F	%
<i>Desinfecta sus alimentos</i>	Sí 174	87%	33	55%	57	91.9%	56	90.3%
	No 26	13%	27	45%	5	8%	56	9.7%
<i>Aseo del hogar</i>	Sí 189	94.5%	52	86.6%	60	96.7%	26	41.9%
	No 11	5.5%	8	13.3%	2	3.2%	36	58%

Tabla 2. Distribución de frecuencias sobre hábitos higiénicos en Huejutla de Reyes, Atlapexco, Jaltepec y Acatlán, Hidalgo en el 2016-2018.

Fuente: Directa, Encuesta aplicada, 2016-2018.

Huejutla de Reyes, el 28.5% conocen la enfermedad de Chagas y 71.5% menciono que no, el 96% dijo conocer a la chinche y denota nivel socioeconómico bajo. En Atlapexco, Hidalgo 61.66% no conoce la Enfermedad de Chagas, 38.33%. sí. El 86.6% conoce los triatominos, 13.3% no los conoce, se notó nivel socioeconómico bajo. En Jaltepec, 50% señala conocer la enfermedad de Chagas, 50% no, el 96.7% conoce los triatominos, nivel económico vulnerable. En Acatlán el 54.83% no conoce la Enfermedad de Chagas, 45.1% sí, datos muy similares en estos contextos (Tabla3).

Conocimiento de triatominos y enfermedad		Huejutla de Reyes		Atlapexco		Jaltepec		Acatlán	
		F	%	F	%	F	%	F	%
¿Conoce la enfermedad de Chagas?	SI	57	28.5%	23	88.3%	31	50%	28	45.1%
	No	143	71.5%	37	61.6%	31	50%	34	54.8%
¿Qué tan familiarizado esta con las chinches?	Si	156	78%	58	96.6%	48	77.4%	41	66%
	No	14	22%	2	3.3%	14	22.6%	21	33.8%
¿Conoce algunos tipos?	Si	192	96%	52	86.6%	60	96.7%	24	38.7%
	No	8	4%	8	13.3%	2	3.2%	38	61.2%
¿Cuáles?	Rojas	0	0%	1	1.9%	0	0%	0	0%
	Naranjas	100	52.6%	43	82.7%	58	96.7%	21	87.5%
	Negras	91	47.3%	8	15.3%	2	3.3%	3	12.55%
¿Conocimiento de transmisión?	Si	186	93%	33	55%	59	95.1%	35	56.4%
	No	14	7%	37	45%	3	4.8%	27	43.5%
¿Qué hace cuando ve una?	Mata	150	96.1%	55	94.8%	40	64.5%	37	90.4%
	Saca	6	3.8%	3	5.1%	8	12.9%	4	9.7%
¿Conoce alguien con Chagas?	Si	78	40.6%	2	3.8%	11	18.6%	7	20%
	No	122	66.5%	58	96.2%	48	81.3%	28	80%
¿Acude con frecuencia a su clínica?	Si	47	23.5%	43	71.6%	38	61.3%	4	6.5%
	No	153	76.5%	17	28.3%	24	38.7%	58	93.5%
¿Ha recibido transfusiones sanguíneas?	Si	18	9%	5	8.3%	5	8%	3	4.9%
	No	182	91%	55	91.6%	57	91.9%	59	95.1%

Tabla 3. Distribución de frecuencias sobre Conocimiento de triatominos y enfermedad de Chagas en Huejutla de Reyes, Atlapexco, Jaltepec y Acatlán, Hidalgo en el 2016-2018.

Fuente: Directa, Encuesta aplicada, 2016-2018.

Uno de los aspectos que hay que considerar para describir que está pasando respecto a la enfermedad de Chagas no solo en el estado de Hidalgo, México, sin duda corresponde a la pobreza, al escaso nivel educativo de la población y las condiciones ambientales prevalecientes en las zonas endémicas de esta enfermedad. Los resultados que denotan esta investigación permiten apreciar que las condiciones de la vivienda en cuanto a los materiales de construcción coadyuvan al restablecimiento de espacios propios para la vivienda del triatomino, ya que en es frecuente encontrarse con fincas o domicilios construidos con adobe, entre las que están construidas ya con ladrillo o bloques es muy común el no presentar un terminado de los muros, lo cual constituye de la misma manera

espacios para albergar al vector del parásito para esta enfermedad, resulta lógico pensar que las personas que viven en zonas endémicas de esta enfermedad, “La Enfermedad de Chagas” cuentan con el conocimiento para evitar la continuidad de esta epidemia, pero además, resulta ilusorio pensar que la epidemia de esta enfermedad va a detenerse, ya que otro de los factores determinantes lo constituye el estilo de vida social ligado a la pobreza, de ahí que se interrelacione de manera más significativa con su escaso nivel de escolaridad.

Si los determinantes sociales de la salud y la enfermedad no mejoran en estos contextos, resulta evidente que esta y otras enfermedades continuaran asechando a la población, no solo de este estado, sino de otros donde incluso lo más probable es que no se cuente con el conocimiento de que se trata de una zona endémica, esto derivado de procesos de adaptación del vector asociado con condiciones ambientales para emerger de manera inesperada ante actividad antropogénica y alteraciones en el cambio climático, todo lo anterior orientó este proyecto a partir del siguiente cuestionamiento.

¿Las personas de zonas endémicas cuentan con conocimiento epidemiológico sobre la enfermedad de Chagas? y derivado de este ¿Cuál es la situación actual de la enfermedad de Chagas en el estado de Hidalgo, México?

Este cuestionamiento y los resultados obtenidos sugieren que se trabaje en los determinantes sociales del proceso salud enfermedad, que se diseñen estrategias de trabajo en el área de la promoción de la salud, donde se considere la educación para la salud de la población a partir del conocimiento de su contexto, de sus recursos, de sus posibilidades de sufrir de una enfermedad como esta, de otras más asociadas a la pobreza, como son; tuberculosis, lepra, parasitosis diversas y las cotidianas hoy en día como son el sobrepeso, obesidad, diabetes, cáncer y las cardiovasculares.

Resulta evidente que si los factores de riesgo están presentes, las enfermedades no tardan en hacer su manifestación, por lo cual mejorar las condiciones ambientales y sociales de la población representa un reto, este reto no es solo para el gobierno, sino es para ambos; gobierno y sociedad desde la corresponsabilidad, aunque si representa una llamada de atención para enfocar los esfuerzos a modificar la realidad social, a incrementar el conocimiento o nivel de escolaridad en la población humana, a buscar el bien común a partir de tomar decisiones bien pensadas para proyectar desarrollo socio-económico y por ende bienestar a la población.

México requiere de cambios estructurales insertados en las necesidades de la población, estos cambios hacen recordar aquel pensamiento emitido por, M. Tolba en 1973.

“Si siempre hacemos las cosas de la misma manera, siempre obtendremos los mismos resultados” de ahí surge la necesidad de cambiar”.

Cambiar estructuralmente con la visión de generar progreso, desarrollo, implica cambiar en el pensamiento, implica diseñar estrategias que permitan abatir el hambre, el hacinamiento, la vulnerabilidad de la población. Esto finalmente representa cambiar

de paradigmas, incentivar la investigación científica con la mira puesta en la solución de problemas, en remover el pensamiento hacia la corresponsabilidad.

Los resultados obtenidos denotan que la presencia de la enfermedad de Chagas se encuentra asociada con el tipo de materiales de construcción, esto inevitablemente con las condiciones de vulnerabilidad de la población, estos resultados denotan los ya descritos por Gómez et al., 2006 en su estudio sobre seropositividad para la enfermedad de Chagas donde obtuvieron datos a cerca de algunas características de las viviendas y convivencia con animales domesticos⁹. Este estudio detecto una prevalencia de 8.21%, aunque en el presente estudio de zonas endémicas para Enfermedad de Chagas no se determinó la prevalencia cabe señalar que a 10 años de haber realizado el estudio sobre seroprevalencia⁹.

“En América Latina se han reportado alrededor de 1.000 casos de infección aguda por *T. cruzi*, de los cuales, aproximadamente, 900 se han relacionado con la transmisión por vía oral en diferentes regiones de Brasil, Venezuela, Colombia, Bolivia, Guyana Francesa, Argentina y Ecuador (35). Brasil registra el mayor número de casos, alrededor de 587, seguido de Venezuela con 199, Colombia con 49 casos confirmados y 31 casos sospechosos, Bolivia con 14, Guyana Francesa con 9 y Argentina con 2” al parecer las vías infección son cavidad oral y gastrointestinal con síntomas variables, sin identificar el vector, por alimentos contaminados con el parásito¹⁹. métodos inmunológicos han permitido detectar la infección por vía de transmisión oral en modelo experimental²⁰.

PROSPECTIVA

Las condiciones sociales y el tipo de fincas de las localidades donde se efectuó el estudio por Gomez et., 2006 no han cambiado en este contexto, lo que continua representando un reto, entre las acciones que podrían disminuir el riesgo de enfermar de tripanosomiasis americana, están aquellas acciones que implican el trabajo en la vivienda, el aplanado o terminado de los muros y techos para tapar las fisuras donde se podrían albergar los triatominos, la higiene en la vivienda, ya que se ha detectado brotes por esta enfermedad asociados a mala higiene de los alimentos que por ingesta representa hoy en día un nuevo mecanismo de transmisión de la enfermedad....recientemente se ha descubierto que a las chinches transmisoras de esta enfermedad les gusta el azúcar, la glucosa, y esto podría generar nuevas formas de transmitirse el parásito de la enfermedad de Chagas.

Derivado de que les gusta la glucosa y de que existen otros insectos como *Thasus gigas* que además se desarrollan en arboles con frutos ricos en glucosa, de que muestran características biológicas taxónomicas y morfológicas similares, existe la posibilidad de la confusión entre estos insectos, si además estos últimos los ingiere como parte de su cultura alimenticia en algunas poblaciones de Hidalgo, la entomofagia podría representar una

nueva forma de transmisión de la enfermedad de Chagas, esto si se considera que además los árboles se encuentran igual en zonas donde no se ha estudiado la presencia de los triatomíneos, o bien en zonas endémicas para esta enfermedad, esta construcción hipotética se encuentra ya en proceso en un proyecto donde el centro de atención lo constituyen los *Thasus gigas*. Y permite advertir una nueva posibilidad de transmisión de la enfermedad de Chagas en población vulnerable.

La propuesta para por lo menos mitigar el impacto de la enfermedad de Chagas, resulta obvia, esto significa abatir la pobreza, mejorar las condiciones de vida, trabajar desde la mejora en educación mediante la implementación de modelos pedagógicos constructivistas, en estilos de vida que implican inducir a la población mediante la mejora de su nivel de escolaridad la cultura de la prevención, esto en lugar de continuar con la mira puesta en la curación, situación que ante la enfermedad de Chagas, hoy en día no es posible contar con insumos médicos para su tratamiento efectivo.

CONCLUSIÓN

Los lugares endémicos del Estado de Hidalgo son característicos de un nivel socioeconómico y educativo bajo, teniendo como consecuencia ignorancia acerca de la Enfermedad y la presencia de casos de la enfermedad de Chagas, esto significa que es urgente se mejore nivel socioeconómico y educativo de lo contrario la población continuara con la vulnerabilidad y resultados negativos en su salud.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecemos a las personas que participaron en sus respuestas a la encuesta aplicada para la realización del presente trabajo

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaramos que no existe conflicto de intereses para la publicación del presente capítulo de libro.

REFERENCIAS

1. Basso B, Moratti ER. Detección del *Trypanosoma cruzi* por hemocultivo en pacientes con enfermedad de Chagas crónica. *Medicina* 1984; 44(1): 44-7.
2. Morel CM, Cruz O. Chagas' disease, from discovery to control and beyond: History myths and Lesson to take home. *Mem Inst* 1999; 94 (suppl): 1-3
3. Evolución de la Cardiopatía Chagásica durante un periodo de 4 años. *Bol Sanit Panam* 1987; (1): 102.

4. Bottasso AN, Keni M et al. Cellular Immune response to common mycobacterial antigens in subjects seropositive for *Trypanosoma cruzi*- Lancet 1994; 344: 1540-1541.
5. Sever LE. Deferral Aims to deter Chaga's parasite by Andrew Skolnick. Medical News & Perspectives 1991; 265: 171-173
6. Teixeira MG, Borges-Pereira J et al. Development end evaluation of enzyme linked immune transfer blot technique for serodiagnosis of Chagas' Disease. Trop Med Parasitol 1994; 45(4): 308-312.
7. Felipe Lozano, Ezequiel Magallón. Conocimiento epidemiológico y situación actual de la enfermedad de Chagas en el estado de Jalisco . Salud pública de México, 2008.
8. Disponible online en:<http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/parasitologia/trypanosomosis.html>. Dra. Teresa Uribarren Berrueta Departamento de Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, UNAM
9. Gómez Gómez Juan Vicente, Muñoz Juárez Sergio, Ortiz Espinoza Rosa María. Prevalencia de seropositividad a *Tripanosoma cruzi* en Hidalgo: Algunas características de las viviendas y la convivencia con animales domésticos. Revista de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de México. 2009; 49 (005). Disponible en línea en: https://www.researchgate.net/publication/279663288_Prevalencia_de_seropositividad_a_T_Cruzi_en_Hldalgo_algunas_caracteristicas_de_las
10. WHO. Chagas disease (American trypanosomiasis). World Health Organ 2017;Fact sheet No. 340.
11. WHO. Seventeenth program report progress. Making health research work for poor people 2003-2004. . Geneva: WHO 2005.
12. Petherick A. Country by country. Nature;465: S10-1.
13. Schmunis GA. Prevention of transfusional *Trypanosoma cruzi* infection in Latin America. Mem Inst Oswaldo Cruz 1999;94 Suppl 1: 93-101.
14. Secretaría-de-Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Secretaría de Salud 2007;Ciudad de México, México.
15. Velasco-Castrejon OV, J.L; Tapia-Conyer, R; Salvatierra, B., Guzman-Bracho, C., Magos, C Llausas, A., Gutierrez, G., Sepulveda, J. . Seroepidemiologia de la enfermedad de Chagas en México. Salud Pública Méx 1992;34: 186-96.
16. OPS. Estimación cuantitativa de la enfermedad de Chagas en las Américas. Organización Panamericana de la Salud 2006;Uruguay.
17. Ramsey JM, Elizondo-Cano M, Sanchez-Gonzalez G, *et al.* Opportunity cost for early treatment of Chagas disease in Mexico. PLoS Negl Trop Dis;8: e2776.
18. Apt, W., Arribada, A., Zulantay, A., Saavedra, *et al.* Chronic Chagas Cardiopathy in Chile. Importance of *Trypanosoma cruzi* burden and clinical evaluation. Acta Tropica 2016;162:155-166.

19. Karina Rueda K, Jorge Eduardo Trujillo JE, Julio César Carranza JC, Gustavo Adolfo Vallejo GA. Transmisión oral de *Trypanosoma cruzi* una nueva situación epidemiológica de la enfermedad de Chagas en Colombia y otros países suramericanos. *Biomédica*. 2014;34:631-41. doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v34i4.2204>

20. Reboreda-Hernández O, González-Rodríguez N, Cruz-González AR, Alan Roman-Cedillo A, Ortiz-Butron R. Influencia de la inoculación oral en la enfermedad de Chagas en modelo murino. *Horizonte Sanitario*. 2021; 20 (2):197-206. DOI: 10.19136/hs.a20n2.4023

A DOENÇA COVID-19 E SUAS IMPLICAÇÕES E SEQUELAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data da submissão: 07/04/2023

Data de aceite: 02/05/2023

Islandia Maria Rodrigues Silva

Enfermeira, Mestre em Saúde Pública
- Epidemiologia pela ENSP/FIOCRUZ.
Enfermeira no Estadual Dirceu Arcoverde
e na Estratégia Saúde da Família.
Parnaíba, PI, Brasil
Orcid: 0000-0002-2451-4749

RESUMO: Introdução: O atual contexto da saúde está atrelado à pandemia do novo coronavírus, denominado SARS-COV-2, formado por RNA e de ação multissistêmica. A forma da doença varia de assintomática a casos muito severos, podendo levar à morte. **Objetivo:** Realizar levantamento bibliográfico referente às principais implicações e sequelas da COVID-19 em pacientes acometidos pelo coronavírus SARS-COV-2. **Metodologia:** Este estudo é uma revisão de literatura integrativa, e utilizou artigos das bases de dados PUBMED, LILACS e MEDLINE, de 2020 a 2022, pesquisando seis descritores: “Covid-19”, “Doenças cardiovasculares”, “Lesão renal aguda”, “Patologia neurológica”, “Sequela” e “Sistema respiratório”, localizando 18 estudos elegíveis. **Resultados e Discussão:** As sequelas mais evidentes foram nos

sistemas respiratório, cardiovascular, renal, musculoesquelético e neurológico. As causas foram multifatoriais, como idade avançada, antecedentes mórbidos pessoais e grau de resposta inflamatória. Pacientes com quadro moderado da COVID-19 também desenvolveram sequelas. As complicações relatadas necessitaram de intervenção intensiva e multiprofissional.

Conclusão: Todos os pacientes com SARS-COV-2 são passíveis de ter comprometimento multissistêmico, o que remete à ampla estratégia de saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: Comorbidades; Covid-19; Sequelas.

ABSTRACT: Introduction: The current health context is linked to the pandemic of the new coronavirus, called SARS-COV-2, formed by RNA and of multisystemic action. The form of the disease ranges from asymptomatic to very severe cases, which can lead to death. **Objective:** To carry out a bibliographical survey regarding the main implications and sequelae of COVID-19 in patients affected by the SARS-COV-2 coronavirus. **Methodology:** This study is an integrative literature review, and used articles from the PUBMED, LILACS and MEDLINE databases, from 2020 to 2022,

searching six descriptors: “Covid-19”, “Cardiovascular diseases”, “Acute kidney injury”, “Neurological pathology”, “Sequelae” and “Respiratory system”, locating 18 eligible studies. **Results and Discussion:** The most evident sequelae were in the respiratory, cardiovascular, renal, musculoskeletal, and neurological systems. The causes were multifactorial, such as advanced age, personal morbid history, and degree of inflammatory response. Patients with moderate COVID-19 also developed sequelae. The reported complications required intensive and multidisciplinary intervention. **Conclusion:** All patients with SARS-COV-2 are likely to have multisystem involvement, which refers to the broad public health strategy. **KEYWORDS:** Comorbidities; Covid-19; Sequelae.

INTRODUÇÃO

O atual período da saúde pública mundial está vinculado à pandemia do novo coronavírus. Denominado SARS-COV-2, consiste em um RNA-vírus que transmite a doença COVID-19, e cujos registros iniciais datam de 2019, na China, causando quadros de pneumonia. A enfermidade foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no início do ano de 2020, uma Emergência de Saúde Pública de Preocupação Internacional, sendo que ao final do citado ano, havia quase 58 milhões de casos notificados mundialmente, com 1,3 milhão de óbitos (HIGGINS *et al.*, 2020; WHO, 2022).

O vírus tem ação multissistêmica, e possui alta transmissibilidade por via respiratória, variando da forma assintomática até casos severos, que podem levar à morte. Os sintomas de maior manifestação incluem febre, fadiga, tosse seca, mialgia e congestão das vias aéreas superiores (CAMPOS *et al.*, 2020; HAN *et al.*, 2020). No Brasil, a doença chegou em fevereiro de 2020, gerando mais de 680 mil óbitos acumulados em menos de três anos. Nesse cenário, a COVID-19 tem obrigado as nações a estruturarem seus serviços de saúde para o tratamento dos casos graves e das sequelas (BRASIL, 2021; HAN *et al.*, 2020; WHO, 2020).

Dentre as justificativas para a realização deste estudo, podemos destacar que a COVID-19 é uma doença inusitada, emergente, com alta repercussão econômica, grande potencial de óbitos e incapacidades para a população mundial. Além disso, em virtude do conhecimento incipiente a seu respeito, gerando anseio de ampla discussão para melhor elucidar as suas repercussões nos acometidos, e assim minimizar seus impactos na sociedade. Somando-se a esses pontos, a urgente necessidade de embasar a atuação dos profissionais sobre prevenção, controle, tratamento e reabilitação dos recuperados, bem como a possibilidade de auxiliar nas políticas de saúde locais na tomada de decisões, uma vez que as sequelas poderão mobilizar amplas estratégias de saúde pública e abordagens multiprofissionais.

OBJETIVO

Realizar levantamento bibliográfico para identificar as principais implicações e

sequelas da COVID-19 em pacientes acometidos pelo coronavírus SARS-COV-2.

METODOLOGIA

O estudo consistiu em uma revisão de literatura integrativa, que combinou estudos com diversas metodologias e integrou os resultados mais relevantes sobre as repercussões e sequelas da COVID-19. A pesquisa foi realizada com estudos científicos dos anos de 2020 a 2022, e incluiu artigos eletrônicos, expostos nas bases de dados *Science Direct*, *National Library of Medicine National Institutes of Health* dos EUA (PUBMED), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Cochrane Collaboration* e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE).

No direcionamento da pesquisa, foram utilizados seis descritores: “Covid-19”, “Doenças cardiovasculares”, “Doenças infecciosas”, “Lesão renal aguda” “Patologia neurológica” e “Sistema respiratório”, pesquisados isoladamente ou associados entre si, e seus respectivos em inglês. Identificaram-se inicialmente 384 artigos. Destes, foram eleitos 64 por critério de relevância.

Usando métodos de seleção e elegibilidade como: idioma inglês, português e espanhol; estudos publicados entre 2019 e 2022; e com questões relacionadas à COVID-19, selecionaram-se 68 artigos. Estes tiveram seu resumo analisado e, após critérios de exclusão para as publicações que não estavam diretamente relacionados à temática em estudo, incluíram-se 18 artigos para participar do estudo, os quais foram examinados através de leitura analítica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a fase aguda da doença causada pelo coronavírus, pode ocorrer a chamada “covid longa” quando os casos clínicos apresentam tempo prolongado de curso da doença, com achados médicos importantes associados a diversos sistemas orgânico. A latência para a recuperação total dos pacientes pode ocorrer até nos quadros moderados da COVID-19, causando implicações nas atividades de vida diária dos sobreviventes (BAIG, 2020). As sequelas englobaram os campos biopsicológico dos indivíduos, acometendo principalmente os sistemas respiratório, cardiovascular, renal, musculoesquelético e neurológico, havendo uma latência para a recuperação plena dos pacientes que tiveram quadros moderados (NOGUEIRA *et al.*, 2021; SANTANA *et al.*, 2021).

Dentre as repercussões encontradas estavam a fibrose pulmonar, a lesão miocárdica, o acidente vascular cerebral, a encefalopatia, a insuficiência renal aguda, a depressão e os transtornos de ansiedade. Os cientistas ainda investigavam se os danos eram causados diretamente pelo vírus ou por fatores indiretos ligados à doença. Acredita-se que haja uma “tempestade inflamatória”, gerada pelo sistema imunológico para aniquilar o SARS-COV-2,

inundando o organismo de citocinas que terminam lesionando aos órgãos (ESTRELA *et al.*, 2021; HAN *et al.*, 2020).

Diversos estudos têm apontados inusitadas manifestações das sequelas pós infecção aguda da COVID-19. Uma sumarização dos artigos selecionados para esta revisão bibliográfica está apresentada na tabela 1.

Autor / Ano	Título	Principais repercussões da doença COVID-19 encontradas
ABREU <i>et al.</i> , 2022.	Sequelas neurológicas pós-COVID-19: uma revisão da literatura: Neurological sequelae after COVID-19: a review of the literature.	Identificaram pacientes pós-COVID-19 com aumento dos índices de comprometimento neurológicos periféricos, alterações cognitivas, prejuízo de memória e da capacidade de raciocínio, além de ansiedade moderada a grave.
BAIG, 2020	Deleterious Outcomes in Long-Hauler COVID-19: The Effects of SARS-CoV-2 on the CNS in Chronic COVID Syndrome.	Descreveu a chamada “covid longa”, casos clínicos com tempo prolongado de curso da doença e repercussão em diversos sistemas orgânicos, que ocorram mesmo em casos moderados da COVID-19.
BARÓN-SÁNCHEZ <i>et al.</i> , 2020.	Afectación del sentido del olfato y el gusto en la enfermedad leve por coronavirus (COVID-19) en pacientes españoles.	Mudanças como redução ou perda do olfato e paladar foram mais comumente encontradas em pacientes da Espanha com infecções leves a moderadas da COVID-19.
CARFÍ <i>et al.</i> , 2020.	Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19.	Na Itália, de grupo acometido com COVID-19, apenas 12,6% fizeram quadros graves, porém 87,4% dos pacientes no grupo tinham persistência de ao menos um sintoma, entre fadiga e falta de ar, por cerca de dois meses após a alta hospitalar. Em casos mais graves, as sequelas observadas foram fibrose pulmonar, com redução da função do órgão.
GONZÁLEZ <i>et al.</i> , 2021.	Manifestaciones cutáneas en pacientes con COVID-19: características clínicas y mecanismos fisiopatológicos postulados.	Estudiosos colombianos descreveram em revisão bibliográfica as manifestações cutâneas associadas à doença COVID-19, como exantemas, urticária generalizada, púrpuras, fenômeno isquêmico acral, bolhas e gangrena seca.
MAO <i>et al.</i> , 2020.	Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China.	Cerca de 36 % dos pesquisados neste estudo da China desenvolveram manifestações neurológicas na COVID-19, acometendo principalmente pacientes com infecção grave e em idosos.

MO <i>et al.</i> , 2020.	Abnormal pulmonary function in COVID-19 patients at time of hospital discharge.	Estudo realizado na China com pacientes que desenvolveram casos não-críticos de COVID-19, revelou que o pulmão é o órgão mais afetado pela doença COVID-19, cujos danos incluíram destruição difusa do órgão.
PECLY <i>et al.</i> , 2021.	A review of Covid-19 and acute kidney injury: from pathophysiology to clinical results.	Estudo brasileiro descreve que a infecção grave por SARS-Cov-2 é esperada em cerca de 5% dos pacientes, os quais podem desenvolver a síndrome de disfunção em múltiplos órgãos. Um terço desses pacientes críticos desenvolvem a lesão renal aguda (LRA), e o comprometimento mais severo pulmonar está associado a uma pior evolução do quadro clínico nas LRA.
PUNTMANN <i>et al.</i> , 2020.	Outcomes of Cardiovascular Magnetic Resonance Imaging in Patients Recently Recovered From Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).	Pesquisa alemã que mostrando que 78% dos recuperados da COVID-19 apresentava algum tipo de anomalia cardíaca. Além disso, mostrou que pacientes com doenças cardiovasculares preexistentes, apresentaram um risco aumentado de morte.
RUAN <i>et al.</i> , 2020.	Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China.	Identificaram preditores clínicos (PC) em pacientes pós-alta da COVID-19 que evoluíram à óbito, tais como a elevação da troponina cardíaca, da mioglobina, da proteína C-reativa e de Interleucina-6.

Tabela 1 - Síntese dos estudos por nome dos autores, ano, título e principais resultados

Fonte: elaborado pelo autor.

Um estudo publicado no *Journal of the American Medical Association* (JAMA) declarou que, dentre 143 pacientes acometidos com COVID-19 na Itália, apenas 12,6% fizeram quadros graves, porém 87,4% deles tinha persistência de no mínimo um sintoma, entre fadiga e falta de ar, por um período superior a dois meses após a alta hospitalar (CARFÍ *et al.*, 2020).

As manifestações pós-COVID-19 nos estudos analisados instalaram-se por causas multifatoriais como a idade avançada, os antecedentes mórbidos pessoais, a resposta do sistema imunológico, a associação a fatores genéticos e o grau de resposta inflamatória com formação de liberadores bioquímicos. As comorbidades de maior risco descritas foram diabetes, hipertensão, asma e doenças cardiovasculares (MUNYAPPA; GUBBI, 2020; WADMAN *et al.*, 2020).

Estudos científicos identificaram preditores clínicos (PC) em pacientes pós-alta que evoluíram à óbito, tais como a elevação da troponina cardíaca, da mioglobina, da proteína C-reativa e de Interleucina-6 (RUAN *et al.*, 2020).

Em 2020 uma pesquisa alemã, usando amostra de 100 recuperados da COVID-19, observou que 78% deles apresentava algum tipo de anomalia no coração por período

superior a dois meses da alta hospitalar. Além disso, os pacientes com doenças cardiovasculares, quando infectados com SARS-CoV-2, apresentaram um risco aumentado de morte (PUNTMANN *et al.*, 2020). Em casos mais graves, as sequelas podem gerar fibrose no pulmão, com redução da função do órgão (CARFÍ *et al.*, 2020).

Outras pesquisas mostraram pacientes pós-infecção ativa com índices aumentados de envolvimento neurológicos periféricos, alterações cognitivas, prejuízo de memória e da capacidade de raciocínio, além de ansiedade moderada a grave (ABREU *et al.*, 2022; WANG *et al.*, 2020; YANG *et al.*, 2020). Um estudo de 2019 em Wuhan, China, apontou que, de um total de 214 pacientes com quadro de COVID-19, cerca de 36 % desenvolveram manifestações neurológicas. Esta sequela acometeu principalmente pacientes com infecção mais grave e idosos (MAO *et al.*, 2020).

Quando o sistema pesquisado foi o renal, as evidências mostravam alta incidência de falência do rim em pacientes graves, como mostra estudo com 5.449 pacientes internados em Nova York, o qual revelou 36,5% da amostra com sequela de insuficiência renal aguda (PUNTMANN *et al.*, 2020).

Os estudos analisados mostram que ainda é necessário avançar em informações científicas acerca da interação entre a patologia e os sistemas orgânicos, a fim de garantir provisão mediante essas apresentações. A síndrome pós-UTI da COVID-19, com diversos sistemas orgânicos gravemente afetados foi evidente nos sobreviventes das formas graves (MAO *et al.*, 2020). Contudo, chama atenção os pacientes com quadro moderado da infecção, os quais tem mostrado uma lentidão para a total recuperação, desenvolvendo sequelas e complicações que necessitaram de intervenção de reabilitação intensiva, abrangendo diversas áreas profissionais.

CONCLUSÃO

De maneira geral, todos os pacientes com SARS-COV-2 são passíveis de ter comprometimento multissistêmico, determinando a gravidade da doença. A COVID-19 abre uma discussão sobre a reabilitação dos recuperados, onde as possíveis sequelas geradas mobilizarão uma ampla estratégia de saúde pública, com necessidade de abordagem multiprofissional e planejamento da assistência adequada a essas demandas.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. P.; GEARA, C. M.; FRANCO, D. C. Z. Sequelas neurológicas pós-COVID-19: uma revisão da literatura: Neurological sequelae after COVID-19: a review of the literature. **Archives of Health, [S. l.]**, v. 3, n. 2, p. 199–203. 2022. Disponível em: <https://ojs.latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/928>. Acesso em: 6 jan. 2023.

BAIG, A. M. Deleterious Outcomes in Long-Hauler COVID-19: The Effects of SARS-CoV-2 on the CNS in Chronic COVID Syndrome. **ACS Chemical Neuroscience**. v. 11, n. 24, p. 4017-4020. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1021/acchemneuro.0c00725> Acesso em: 6 jan. 2023.

BARÓN-SÁNCHEZ, J.; SANTIAGO, C.; MARTIN, G. G-S.; ARCA, R.; FERNANDEZ, R. Afectación del sentido del olfato y el gusto en la enfermedad leve por coronavirus (COVID-19) en pacientes españoles. **Neurología**. v. 35, n. 9, p.633-8. 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485320302334> Acesso em: 2 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde, **COVID-19 no Brasil**. Brasília: 2021. Disponível em: https://qsprod.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em: 16 dez 2022.

CAMPOS, M. R.; SCHRAMM, J. M. de A.; EMMERICK, I. C. M.; RODRIGUES, J. M.; AVELAR, F. G. de .; PIMENTEL, T. G. Carga de doença da COVID-19 e de suas complicações agudas e crônicas: reflexões sobre a mensuração (DALY) e perspectivas no Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 11, e00148920. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00148920>. Acesso em: 2 jan. 2023.

CARFÌ A, BERNABEI R, LANDI F. for the Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. **Jama**. v. 324, n. 6; p. 603–605. 2020. Disponível em: <https://doi:10.1001/jama.2020.12603>. Acesso em: 2 jan. 2023.

ESTRELA, M. C. A.; OLIVEIRA, M. H. M. de; SOUZA, N. C. R. de, ESTRELA, C. R. de A. Covid-19: sequelas fisiopatológicas e psicológicas nos pacientes e na equipe profissional multidisciplinar/ Covid-19: physiopathological and psychological sequels in patients and in the multidisciplinary professional team. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 6, p. 59138–59152. 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n6-349. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/31398>. Acesso em: 6 nov. 2022.

GONZÁLEZ, F. G.; CORREA, C.; CONTRERAS, E. P. Manifestaciones cutáneas en pacientes con COVID-19: características clínicas y mecanismos fisiopatológicos postulados. **Actas dermosifilogr**. v. 11, n. 4, p. 314–23. 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731020305160> Acesso em: 8 jan. 2023.

HAN, Q.; LIN, Q.; JIN, S.; YOU, L. Coronavirus 2019-nCoV: A brief perspective from the front line. **The Journal of infection**. v. 80 n.4, p. 373-377. 2020. Disponível em: <https://doi:10.1016/j.jinf.2020.02.010> Acesso em: 8 jan. 2023.

HIGGINS, V.; SOHAEI, D.; DIAMANDIS, E. P.; PRASSAS I. COVID-19: from an acute to chronic disease? Potential long-term health consequences.” **Critical reviews in clinical laboratory sciences**. v. 58, n.5. 2021. p. 297-310. Disponível em: <https://doi:10.1080/10408363.2020> Acesso em: 13 Jan. 2023.

MAO, L.; JIN, H.; WANG, M.; HU, Y.; CHEN, S.; HE, Q.; CHANG, J.; HONG, C., ZHOU, Y.; WANG, D.; MIAO, X.; LI, Y.; HU, B. Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. **JAMA neurology**. v 77, n. 6, 2020. p. 683-690. Disponível em: <https://doi:10.1001/jamaneurol.2020.1127>. Acesso em: 15 Jan. 2023.

MO, X.; JIAN, W.; SU, Z.; CHEN, M.; PENG, H.; PENG, P.; LEI, C.; CHEN, R.; ZHONG, N.; LI, S. Abnormal pulmonary function in COVID-19 patients at time of hospital discharge. **The European respiratory journal**. v. 55, n. 6, 2001217. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1183/13993003.01217-2020> Acesso em: 01 fev. 2023.

MUNIYAPPA, R.; GUBBI, S. COVID-19 pandemic, coronaviruses, and diabetes mellitus. **American journal of physiology. Endocrinology and metabolism**, v. 318, n. 5, E736–E741. 2020. <https://doi.org/10.1152/ajpendo.00124.2020> Acesso em: 01 fev. 2023.

NOGUEIRA, T. L.; da SILVA, S. D. A.; da SILVA, L. H.; LEITE, M. V. S.; da ROCHA, J. F. A. ; ANDREZA, R. S. Pós-covid-19: as sequelas deixadas pelo Sars-Cov-2 e o impacto na vida das pessoas acometidas. **Archives of Health**, v. 2, n. 3, p. 457–471, 2021. Disponível em: <https://doi:10.46919/archv2n3-021>. Acesso em: 6 nov. 2022.

PECLY, I. M. D.; AZEVEDO, R. B.; MUXFELDT, E. S.; BOTELHO, B. G.; ALBUQUERQUE, G. G.; DINIZ, P. H. P.; SILVA, R.; RODRIGUES, C. I. S. A review of Covid-19 and acute kidney injury: from pathophysiology to clinical results. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 43, n. 4, p. 551–571. out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2020-0204> Acesso em: 01 fev. 2023.

PUNTMANN, V. O.; CARERJ, M. L.; WIETERS, I.; FAHIM, M.; ARENDT, C.; HOFFMANN, J.; SHCHENDRYGINA, A.; ESCHER, F.; VASA-NICOTERA, M.; ZEIHNER, A. M.; VEHRESCHILD, M.; NAGEL, E. Outcomes of Cardiovascular Magnetic Resonance Imaging in Patients Recently Recovered From Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). **JAMA Cardiol.** v. 5, n. 11, p. 1265–1273. 2020. Disponível em: <https://doi:10.1001/jamacardio.2020.3557>. Acesso em: 6 nov. 2022.

RUAN, Q.; YANG, K.; WANG, W.; JIANG, L.; SONG, J. Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China. **Intensive Care Med.** v. 46, n. 5, p. 846-848. May 2020. Disponível em: <https://doi:10.1007/s00134-020-05991-x>. Acesso em: 6 nov. 2022.

SANTANA, A. V.; FONTANA, A. D.; PITTA, F. Pulmonary rehabilitation after COVID-19. **J Bras Pneumol.** v. 47, n. 1, e20210034. 2021. Disponível em: <https://doi:10.36416/1806-3756/e20210034>. Acesso em: 01 fev. 2023.

WADMAN, M.; COUZIN-FRANKEL, J.; KAISER J, MATAICIC; C. A rampage through the body. **Science (New York, N.Y.)**. v. 368, n. 6489, p. 356-360. 2020. Disponível em: <https://doi:10.1126/science.368.6489.356>. Acesso em: 06 nov. 2022.

WANG, C.; PAN, R.; WAN, X.; TAN, Y.; XU, L.; HO, C. S.; HO, R. C. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. **International journal of environmental research and public health.** v. 17, n. 5, p. 1729. Mar 2020. Disponível em: <https://doi:10.3390/ijerph17051729>. Acesso em: 10 dez. 2022

WHO - World Health Organization. **Coronavirus disease (COVID-19) Situation Dashboard**. Genebra: WHO; 2022. Disponível em: <https://experience.arcgis.com/experience/685d0ace521648f8a5beeeee1b9125cd>. Acesso em: 04 nov. 2022.

WHO - World Health Organization. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>. Acesso em: 08 dez. 2022

YANG, J.; ZHENG, Y.; GOU, X.; PU, K.; CHEN, Z.; GUO, Q.; JI, R.; WANG, H.; WANG, Y.; ZHOU, Y. Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. **Int J Infect Dis.** v. 94, p. 91-95. 2020. Disponível em: <https://doi:10.1016/j.ijid.2020.03.017>. Acesso em: 10 dez. 2022

OS DESAFIOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA

Data de aceite: 02/05/2023

Allana Ludmylla Araújo Ramos de Andrade

Graduanda em Medicina pela Faculdade
Ages de Medicina – AGES, Jacobina,
Bahia, Brasil

José Luiz Gonzaga Neto

Graduanda em Medicina pela Faculdade
Ages de Medicina – AGES, Jacobina,
Bahia, Brasil

Thaise Oliveira Almeida

Graduando em Medicina pela Faculdade
Ages de Medicina – AGES, Jacobina,
Bahia, Brasil

José Luiz dos Santos Castilho

Graduando em Medicina pela Faculdade
Ages de Medicina – AGES, Jacobina,
Bahia, Brasil

Anna Luiza Saboya Peruzzo

Graduanda em Medicina pela Faculdade
Ages de Medicina – AGES, Jacobina,
Bahia, Brasil

Karen Jackeline dos Santos Silva

Graduanda em Medicina pela Faculdade
Ages de Medicina – AGES, Jacobina,
Bahia, Brasil

Marks Passos Santos

Mestre em Enfermagem. Docente da
Faculdade Ages de Medicina - AGES,
Jacobina, Bahia, Brasil.

RESUMO: INTRODUÇÃO: O importante debate da educação sexual nas escolas vai além do panorama conceitual e estático; é preciso considerar aspectos históricos, transversais e até repressivos que norteiam essa narrativa. Pontua-se que esse processo pedagógico de linha interdisciplinar, quando concretizado, tende a proporcionar ao público-alvo autonomia e responsabilidade sobre o próprio corpo, que influenciam, diretamente, na inserção social e no autocuidado. Em perspectiva geral, é necessário entender as transformações englobadas na transição da sexualidade higienista e reprodutiva para conceitos atuantes na sociedade contemporânea, que caracterizam uma espécie de revolução interligada às propostas pedagógicas. **OBJETIVOS:** Apontar as barreiras na realização de educação em saúde na adolescência. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão bibliográfica nas plataformas Google Acadêmico e Lilacs, realizada no

mês de agosto do corrente ano, que utilizou o comando: “saúde sexual” and “educação” and “sexualidade” and “escolas”, encontrando 1004 artigos, tendo como critérios de inclusão artigos publicados entre os anos 2018 e 2022, que tivesse como local a escola, como exclusão os que traziam apenas benefício e atividade em locais fora de instituições de ensino, restando 4 artigos. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Ensinar saúde sexual nas escolas não é uma tarefa fácil, já que a família, geralmente, teme uma exposição ao assunto pelo equívoco da crença de indução às relações sexuais precoce, o que é resultado da sociedade ainda limitada a pontos regressos. Ademais, reafirmou-se, por meio das análises, que a sociedade tem bases religiosas, interligando as relações sexuais às regras de submissão das igrejas e, portanto, só devem ser discutidas após o casamento. Assim, tais motivos refletem a perspectiva dos docentes não conseguirem trabalhar o tema no aprendizado, visto que a comunidade inserida não compreende que discutir sexualidade vai além do ato sexual. Outrossim, pontua-se déficit das políticas públicas frente a isso, pois além de não regular a lei existente, também não incentiva a propagação de informações que já são direitos, muitas vezes desconhecidos pelos próprios estudantes, como relatado. Ainda, através de análises epidemiológicas, é possível afirmar que, pela ausência do ensino sobre saúde sexual, os homens têm contraído mais infecções sexualmente transmissíveis, com um aumento de 79% em 2019. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Dessa forma, percebe-se que um ambiente escolar, associado ao familiar, é de grande valia, tendo o intuito de quebrar esse tabu social, além de prevenir infecções sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência, por meio do acesso e do debate de informações do cunho discutido.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde sexual; Escola; Educação em saúde.

REFERÊNCIAS

FURLANETTO, M. F. *et al.* Educação sexual em escolas brasileiras: revisão sistemática da literatura. **Caderno de Pesquisa**, v.48, n. 168, p. 550-571, 2018.

MAGRIN, N. P. *et al.* O impacto de oficinas sobre sexualidade: um relato de experiência com estudantes. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 26, 2022.

MIRANDA, J. C.; BARROS, M. G. F. B. Abordagem do tema sexualidade no ambiente escolar. **Revista Educação Pública**, v. 19, n. 4, 2019.

SOUSA, A. J. M. *et al.* Educação sexual nas escolas: Um desafio possível. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 7, n. 1, p. 15-26, 2021.

SORAYA ARAUJO UCHOA CAVALCANTI: Doutorado (2015) e Mestrado (2001) em Serviço Social pela UFPE, Especialista em Serviço Social, Direitos Sociais e Competências Profissionais pela UNB. Atua na Saúde Pública há duas décadas no Sistema Único de Saúde – SUS, acompanhando Discentes e Residentes em Saúde. Coordena a Residência Multiprofissional na Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife, exercendo a docência em nível de Pós Graduação na modalidade de Residência nas disciplinas de Bioética, Promoção da Saúde, Segurança do Paciente no contexto da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, Política de Saúde e Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, dentre outras. Coordena o *Programa de Extensão Saberes e Práticas no SUS: Discutindo Promoção da Saúde*, na Universidade de Pernambuco, com atividades iniciadas em 2016, ainda no formato de projeto de extensão, enquanto devolutiva do processo de doutorado, orientando discentes e Residentes na área de saúde em atividades de extensão universitária incluindo orientação de extensionistas em cursos e eventos de extensão; desenvolvendo atividades formativas – cursos, grupos de estudos, encontros, oficinas e outros – voltadas para a qualificação de recursos humanos e melhoria da qualidade dos serviços prestados à população usuária do SUS. Coordena o Ciclo de Estudos e Debates em Saúde Pública, atividade de extensão, que tem dentre os seus objetivos incentivar a produção acadêmica através de estudos, pesquisas e produção de textos com vistas à popularização da ciência e tecnologia. O *Programa de Extensão Saberes e Práticas no SUS: Discutindo Promoção da Saúde* atua nas seguintes áreas temáticas: Promoção da Saúde, Prevenção e Enfrentamento das Violências, HIV/AIDS no contexto do enfrentamento da Epidemia, Serviço Social e Políticas Sociais no Brasil; Saberes e Práticas nas Mídias.

C

Centros de atenção psicossocial 85, 90

Covid-19 22, 65, 120, 122, 163, 165, 166, 167, 169, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191

D

Demografia 157, 158, 160, 161, 169

E

Educação construtivista 2, 3, 7

Educação em saúde 1, 3, 4, 5, 6, 25, 27, 30, 121, 192, 193

Educação permanente 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 43, 44, 45, 46

Educação sexual 118, 192, 193

Enfermagem 1, 4, 5, 11, 23, 39, 40, 41, 45, 46, 53, 54, 72, 81, 82, 83, 90, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 110, 114, 122, 192

Enfermedad de Chagas 173, 178, 179, 180

Envelhecimento populacional 12, 13, 14, 16, 20, 22, 24

G

Gestor 33, 45, 125, 127

H

Herbal medicines 134

Humanização 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 90, 92, 93, 95, 99, 128

I

Insegurança alimentar e nutricional 55

L

Leishmaniose visceral 140, 141, 142, 143, 144, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 155

M

Medicinal plants 132, 133, 134, 135, 139

Ministério da Saúde 10, 25, 28, 30, 37, 45, 48, 53, 82, 86, 97, 99, 110, 112, 120, 122, 146, 150, 190

N

Negligência 104, 112

Notificação 100, 103, 105, 107, 110, 143

O

Organização Mundial da Saúde 24, 50, 94, 101, 104, 112, 115, 185

Organizações 37, 56, 57, 60, 63, 96, 104, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 130, 131, 147

P

Pandemia 38, 64, 65, 120, 166, 167, 184, 185

Papilomavírus humano 114, 115, 116, 117, 121

Política nacional de educação permanente em saúde 25, 26, 28, 29, 30, 33, 34, 43

Política nacional de humanização 36, 37, 38, 40, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54

Problema de salud 174

Programa nacional de imunizações 115

Q

Qualificação dos trabalhadores 26

R

Rede de mulheres negras 55, 56

Revisão de literatura 14, 77, 78, 133, 184, 186

S

Salud pública 54, 157, 158, 160, 161, 168, 169, 170, 172, 174, 182

SARS-COV-2 184, 185, 186, 189, 191

Saúde mental 39, 68, 73, 75, 76, 77, 80, 81, 85, 86, 87, 90, 93, 108, 110, 111, 194

Saúde pública mundial 185

Serviços de saúde 3, 25, 26, 29, 32, 33, 37, 40, 44, 72, 88, 97, 98, 101, 107, 108, 109, 111, 112, 117, 185

Sistema Único de Saúde 13, 26, 28, 29, 31, 34, 47, 48, 53, 79, 89, 115, 133, 139, 190, 194

T

Traditional communities 134

Transição demográfica 12, 13, 14, 15, 16, 20, 21, 22

Transmissão 8, 9, 62, 74, 79, 80, 81, 83, 140, 141, 142, 144, 146, 147

Transmissão vertical 74, 79, 81, 83

Tripanosomiasis americana 173, 180

V

Vacinas 115

Violência 58, 85, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113



 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 @atenaeditora
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE COLETIVA:

AGENDA PARA DEBATES


Ano 2023



 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 @atenaeditora
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE COLETIVA:

AGENDA PARA DEBATES


Ano 2023