

Saúde Coletiva:

Uma Abordagem Multidisciplinar

3

Renata Mendes de Freitas
(Organizadora)

Saúde Coletiva:

Uma Abordagem Multidisciplinar

3

Renata Mendes de Freitas
(Organizadora)

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



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 Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
 Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
 Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
 Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
 Prof. Dr. Daniel Richard Sant'Ana – Universidade de Brasília
 Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
 Prof^a Dr^a Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
 Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
 Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
 Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
 Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
 Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
 Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
 Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
 Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
 Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
 Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
 Prof^a Dr^a Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
 Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
 Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof^a Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
 Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
 Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
 Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof^a Dr^a Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
 Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
 Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
 Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
 Prof^a Dr^a Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
 Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof^a Dr^a Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
 Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
 Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
 Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
 Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
 Prof. Dr. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste
 Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Prof^a Dr^a Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
 Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
 Prof^a Dr^a Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
 Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
 Prof^a Dr^a Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
 Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

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 Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
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
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. 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 Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
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
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl 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 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

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
 Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
 Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
 Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
 Prof. Dr. Sidney Gonçalves de Lima – Universidade Federal do Piauí
 Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
 Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
 Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
 Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
 Profª Drª Edna Alencar da Silva Rivera – Instituto Federal de São Paulo
 Profª Drª Fernanda Tonelli – Instituto Federal de São Paulo,
 Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
 Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
 Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
 Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
 Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
 Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
 Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
 Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
 Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
 Prof. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais
 Prof. Me. Alessandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
 Profª Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás
 Profª Drª Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidade Federal de Lavras
 Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
 Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
 Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
 Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
 Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
 Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
 Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
 Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
 Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
 Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
 Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Prof. Me. Carlos Augusto Zilli – Instituto Federal de Santa Catarina
 Prof. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná
 Profª Drª Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
 Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
 Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
 Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
 Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
 Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
 Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
 Prof. Me. Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
 Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
 Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
 Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
 Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
 Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
 Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes – Instituto Edith Theresa Hedwing Stein
 Prof. Me. Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
 Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
 Prof. Me. Fabiano Eloy Atilio Batista – Universidade Federal de Viçosa
 Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
 Prof. Me. Francisco Odécio Sales – Instituto Federal do Ceará
 Prof. Me. Francisco Sérgio Lopes Vasconcelos Filho – Universidade Federal do Cariri
 Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
 Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
 Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
 Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
 Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
 Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
 Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
 Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
 Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
 Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
 Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
 Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
 Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
 Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
 Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
 Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFGA
 Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
 Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
 Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFRP
 Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Profª Ma. Lilian de Souza – Faculdade de Tecnologia de Itu
 Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Profª Drª Livia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
 Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
 Profª Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz
 Profª Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa
 Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Me. Luiz Renato da Silva Rocha – Faculdade de Música do Espírito Santo
 Profª Ma. Luma Sarai de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
 Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
 Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva – Governo do Estado do Espírito Santo
 Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
 Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo

Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Dr. Pedro Henrique Abreu Moura – Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais
Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Profª Drª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Rafael Cunha Ferro – Universidade Anhembi Morumbi
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília
Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Profª Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Saúde coletiva: uma abordagem multidisciplinar 3

Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Maria Alice Pinheiro
Correção: Kimberly Elisandra Gonçalves Carneiro
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadora: Renata Mendes de Freitas

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S255 Saúde coletiva: uma abordagem multidisciplinar 3 /
Organizadora Renata Mendes de Freitas. – Ponta
Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5706-988-2
DOI 10.22533/at.ed.882211604

1. Saúde. I. Freitas, Renata Mendes de (Organizadora).
II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

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

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.

APRESENTAÇÃO

A coleção “Saúde Coletiva: Uma abordagem multidisciplinar” é uma obra composta por três volumes organizados por áreas temáticas. O volume 1 traz estudos que tratam do tema Saúde Coletiva no contexto da Vigilância epidemiológica na Atenção básica. O volume 2 apresenta uma diversidade de trabalhos interdisciplinares aplicados ou relacionados com a Atenção básica; e por fim, o volume 3 contempla os estudos realizados em uma perspectiva de Ensino e Formação em Saúde para todos os profissionais da área.

A Saúde Coletiva é um campo de estudo da saúde pública, cujo objetivo é investigar as principais causas das doenças e encontrar meios de planejar e organizar os serviços de saúde. Neste sentido, a proposta do livro traz a abordagem multidisciplinar associada à inovação, tecnologia e ensino da saúde coletiva aplicada às diversas áreas da saúde.

Renata Mendes de Freitas

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

“ALQUIMIA DO APRENDER”: POSSIBILIDADES DE INTEGRAÇÃO ENSINO/SERVIÇO NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Rosangela Diniz Cavalcante
Lorrainy da Cruz Solano
Flávia Cristiane de Azevedo Machado
Suelen Ferreira de Oliveira
Alessandra Aniceto Ferreira de Figueiredo
Letícia Abreu de Carvalho
Janmille Valdivino da Silva

DOI 10.22533/at.ed.8822116041

CAPÍTULO 2..... 12

PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA: UM ESTUDO CIENCIOMÉTRICO

Brunna Ariely Lopes de Souza
Dilson Junior Prudêncio da Silva
Aparecida Samanta Lima Gonçalves
Silvério de Almeida Souza Torres
Giuliana de Fátima Gonçalves Braga
Taysa Cristina Cardoso Freitas
Marcelo Robert Amorim de Araújo
Joice Fernanda Costa Quadros
Jéssica Najara Aguiar de Oliveira
Karinne Gondim Ribeiro
Keila Santos Silva
Renê Ferreira da Silva Junior

DOI 10.22533/at.ed.8822116042

CAPÍTULO 3..... 23

ABORDANDO A SAÚDE COLETIVA NO CURSO DE LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO FÍSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lis Maria Machado Ribeiro Bezerra

DOI 10.22533/at.ed.8822116043

CAPÍTULO 4..... 31

ATUAÇÃO INTEGRADA DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE NO AMBIENTE OCUPACIONAL ATRAVÉS DO “PROJETO HÁBITOS SAUDÁVEIS”

Yassana Marvila Girondoli
Mirian Cardoso de Rezende Soares

DOI 10.22533/at.ed.8822116044

CAPÍTULO 5..... 38

CHRONIC PAIN: A LITERATURE REVIEW

Ana Beatriz Gomes Santiago
Raffaella Neves Mont'Alverne Napoleão

Amanda Holanda de Andrade
 Ana Karine Coelho Ponte
 Andressa Fernandes de Souza Mourão Feitosa
 Cádmo Silton Andrade Portella Filho
 Lissa Rosário Medeiros de Araújo
 Mariana Augusta Araújo de Amorim Medeiros
 Marina Uchôa de Alencar
 Diego Macêdo de Freitas
 Emanuella de Oliveira Coriolano
 José Carlos Araújo Fontenele
 Maria Juliane Passos
 José Jackson do Nascimento Costa

DOI 10.22533/at.ed.8822116045

CAPÍTULO 6.....46

CONCEITOS EM SAÚDE COLETIVA E MEDICINA: UMA ABORDAGEM INTEGRADA

Danilo Alvin de Paiva Gonçalves Filho
 Marco Antônio da Silva Júnior
 Ana Amélia Freitas Vilela

DOI 10.22533/at.ed.8822116046

CAPÍTULO 7.....58

DIABETES E SEUS EFEITOS NO SISTEMA CARDIOVASCULAR: BREVE REVISÃO

Ana Cláudia Carvalho de Araújo
 Ismaela Maria Ferreira de Melo
 Valéria Wanderley Teixeira
 Álvaro Aguiar Coelho Teixeira
 Érique Ricardo Alves
 Laís Caroline da Silva Santos

DOI 10.22533/at.ed.8822116047

CAPÍTULO 8.....69

DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS: OPINIÃO DE PROFESSORES SOBRE O CURRÍCULO NA ÁREA DA SAÚDE

Felippe Pedroza Lauro de Oliveira
 Gabriel Castanho Ribeiro
 Letícia Rodrigues Matos de Oliveira
 Mariane Satie Ihara
 Raissa Leal Silva
 Luci Mendes de Melo Bonini

DOI 10.22533/at.ed.8822116048

CAPÍTULO 9.....81

EDUCAÇÃO SEXUAL COMO PREVENÇÃO DE AGRAVOS: FOCO NA SAÚDE REPRODUTIVA DE JOVENS E ADOLESCENTES

Vinícius Luís da Silva
 Luana Leite dos Santos
 Júlia dos Santos Rodrigues

Thalita dos Santos Souza
João Pedro Rodrigues Soares
Maria Luiza Costa Borim
Neide Derenzo
Kely Paviani Stevanato
Heloá Costa Borim Christinelli
Célia Maria Gomes Labegalini
Élen Ferraz Teston
Maria Antonia Ramos Costa
DOI 10.22533/at.ed.8822116049

CAPÍTULO 10..... 91

ELABORAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NO ENFRENTAMENTO DO CÂNCER DE BOCA

Márcio Vinicius de Gouveia Affonso
Priscila Teixeira da Silva
Thais de Moraes Souza
Raimundo Sales de Oliveira Neto
Russell Santiago Correa
Diandra Costa Arantes
Hélder Antônio Rebelo Pontes
Flávia Sirotheau Correa Pontes
Liliane Silva do Nascimento
DOI 10.22533/at.ed.88221160410

CAPÍTULO 11..... 108

ESTADO DA ARTE SOBRE DOENÇA FALCIFORME NO PIAUÍ

André Fernando de Souza Araújo
Maria Gardênia Sousa Batista
DOI 10.22533/at.ed.88221160411

CAPÍTULO 12..... 125

FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS PARA O CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ

Newton Kepler de Oliveira
Maria Corina Amaral Viana
Aliniana da Silva Santos
DOI 10.22533/at.ed.88221160412

CAPÍTULO 13..... 127

HISTÓRIAS DE CUIDADO: REFLEXÕES FENOMENOLÓGICAS SOBRE EXPERIÊNCIAS DE CUIDADORES DE IDOSOS

Gessica Raquel Clemente Rodrigues
Ana Andréa Barbosa Maux
DOI 10.22533/at.ed.88221160413

CAPÍTULO 14..... 142

O USO DO KEFIR NO TRATAMENTO DA INTOLERÂNCIA A LACTOSE

Aryelle Lorrane da Silva Gois
Daniele Rodrigues Carvalho Caldas
Laynara Maria Das Graças Alves Lobo
Maysa Milena E Silva Almeida
Fatima Karina Costa de Araújo
Liejy Agnes dos Santos Raposo Landim
Amanda Marreiro Barbosa
Iana Brenda Silva Conceição
Ana Adélya Alves Costa

DOI 10.22533/at.ed.88221160414

CAPÍTULO 15..... 154

OS RISCOS DA UTILIZAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS DURANTE A GESTAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA

Israel Pacheco Gonçalves
Maria Antonia de Souza Santos
Patrick Pantoja Martel
Maurício José Cordeiro Souza
Edmundo de Souza Moura Filho
José Luiz Picanço da Silva
Dirley Cardoso Moreira
Rosana Oliveira do Nascimento
Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco
Rubens Alex de Oliveira Menezes

DOI 10.22533/at.ed.88221160415

CAPÍTULO 16..... 165

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

Jéssica Fernandes Lopes
Sara Cordeiro Eloia
Thatianna Silveira Dourado
Suzana Mara Cordeiro Eloia
Francisco Annielton Borges Sousa
Roseane Rocha Araújo

DOI 10.22533/at.ed.88221160416

CAPÍTULO 17..... 175

PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA FORMAÇÃO DO VÍNCULO MÃE/FILHO

Mara Marusia Martins Sampaio Campos
Kamily Emanuele Parente Aragão
Kellen Yamille dos Santos Chaves
Letícia Helene Mendes Ferreira
Maria Valdeleda Uchoa Moraes Araujo
Carina Santana de Freitas

Cristiana Maria Cabral Figueirêdo
Lucia Goersch Fontenele
Daniela Uchoa Pires
Lila Maria Mendonça Aguiar
Jamille Soares Moreira Alves
Maria Goretti Alves de Oliveira da Silveira

DOI 10.22533/at.ed.88221160417

CAPÍTULO 18..... 188

PICO DE CRESCIMENTO E O REBOTE DA ADIPOSIDADE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Daniela dos Santos
Cristianne Confessor Castilho Lopes
Eduardo Barbosa Lopes
Youssef Elias Ammar
Heliude de Quadros
Paulo Sérgio Silva
Vanessa da Silva Barros
Lucas Castilho Lopes
Marivane Lemos

DOI 10.22533/at.ed.88221160418

CAPÍTULO 19..... 196

RELATO DE EXPERIÊNCIA: EDUCAÇÃO EM SAÚDE DAS PRINCIPAIS ZONOSSES EM ESCOLAS PÚBLICAS DE TERESINA, PIAUÍ, BRASIL

Ana Gabriellen Sousa do Nascimento
Luana Oliveira de Lima
Nayara Kelen Miranda dos Santos
Wagner Martins Fontes do Rêgo
Lauro Cesar Soares Feitosa
Taciana Galba da Silva Tenório
Bruno Leandro Maranhão Diniz

DOI 10.22533/at.ed.88221160419

CAPÍTULO 20..... 199

SONHOS INTRANQUILOS: RELAÇÕES SIMBÓLICAS ENTRE A NOVELA “A METAMORFOSE” E PACIENTES DOMICILIADOS

Luiz Phelippe Santos Magalhães
Raíssa Oliveira Cordeiro
Allana Renally Cavalcante Santos de Moraes
Edenilson Cavalcante Santos

DOI 10.22533/at.ed.88221160420

CAPÍTULO 21..... 211

TOXOPLASMOSE CONGÊNITA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Jessie Paniagua Canete
Silvia Hiromi Nakashita
Carmen Silvia Martimbianco de Figueiredo

Aby Jaine da Cruz Montes Moura

DOI 10.22533/at.ed.88221160421

CAPÍTULO 22.....221

**VIVÊNCIAS E ESTÁGIOS NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
CONTRIBUIÇÕES NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

Aline Santana Figueredo

Wherveson de Araújo Ramos

Arthur André Castro da Costa

Gustavo de Almeida Santos

Thyago Leite Ramos

Matheus dos Santos Passo

Natã Silva dos Santos

Douglas Moraes Campos

Vitor Pachellet Lima Abreu

João Rodrigo Araújo da Silva

Giovana Maria Bezerra de Moraes

DOI 10.22533/at.ed.88221160422

CAPÍTULO 23.....234

COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE: O OBJETIVO DO DESENVOLVIMENTO FUTURO

Milena Luisa Schulze

Giulia Murillo Wollmann

Luciano Henrique Pinto

DOI 10.22533/at.ed.88221160423

SOBRE O ORGANIZADORA239

ÍNDICE REMISSIVO.....240

CAPÍTULO 1

“ALQUIMIA DO APRENDER”: POSSIBILIDADES DE INTEGRAÇÃO ENSINO/SERVIÇO NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 18/02/2021

Rosângela Diniz Cavalcante

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte,
Campus Caicó, Departamento de
Enfermagem, Caicó-RN
<http://lattes.cnpq.br/6892623867163111>

Lorrainy da Cruz Solano

Enfermeira da Prefeitura Municipal de Mossoró,
Mossoró-RN
<http://lattes.cnpq.br/3360481126007782>

Flávia Cristiane de Azevedo Machado

Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Departamento de Saúde Coletiva, Natal-RN
<http://lattes.cnpq.br/0790763211909338>

Suelen Ferreira de Oliveira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Departamento de Enfermagem, Natal-RN
<http://lattes.cnpq.br/7065067438025384>

Alessandra Aniceto Ferreira de Figueiredo

Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Campus Macaé, Faculdade de Medicina,
Macaé-RJ
<http://lattes.cnpq.br/0335039281653783>

Letícia Abreu de Carvalho

Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Departamento de Saúde Coletiva, Natal-RN
<http://lattes.cnpq.br/3085455492399507>

Janmille Valdivino da Silva

Instituto Federal de Educação, Ciência
e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Natal-RN
<http://lattes.cnpq.br/9273267371404449>

RESUMO: Os cursos de graduação em saúde precisam promover a aproximação da academia com o serviço, assim como, o serviço precisa se sentir parte do processo formativo e não somente nos aspectos utilitários. Para isso, é necessário encontrar novas estratégias de interação e metodologias ativas de ensino/aprendizagem que possam avançar na perspectiva de romper com os aprisionamentos e estigmas que separam o mundo do trabalho do conhecimento científico. Neste sentido, é objetivo deste capítulo pensar o processo ensino/aprendizagem como alquimia do aprender no cerne da produção dos serviços de saúde. Alquimia remete à química ou processo químico de transmutação de conhecimentos, na qual o processo ensino/aprendizagem é materializado no cotidiano e seus elementos teóricos conceituais são capazes de misturar a mágica que acende o desejo de aprender nos sujeitos envolvidos. Faz-se necessário, então, o exercício de compreensão. Para compreender o outro é preciso compreender a si mesmo. O exercício do autoconhecimento é uma necessidade interna. Partindo dessas premissas, estaremos acolhendo os sujeitos envolvidos e nos aproximando de momentos avaliativos no caminho do aprender a aprender.

PALAVRAS - CHAVE: Gestão de Serviços de Saúde. Instituições de Ensino Superior. Serviço de Saúde.

“ALCHEMY OF LEARNING”: POSSIBILITIES OF TEACHING/SERVICE INTEGRATION IN HEALTH TRAINING

ABSTRACT: Undergraduate health courses need to promote the academy's approach with the service, just as the service needs to feel part of the training process and not only in utilitarian aspects. For this, it is necessary to find new interaction strategies and active teaching/learning methodologies that can advance in breaking with the imprisonments and stigmas that separate the world of work from scientific knowledge. In this sense, this chapter's objective is to think of the teaching/learning process as an alchemy of learning at the heart of health services production. Alchemy refers to chemistry or the chemical process of transmuting knowledge. The teaching/learning process is materialized in everyday life, and its conceptual, theoretical elements can mix the magic that ignites the desire to learn in the subjects involved. It is necessary, then, the exercise of understanding. To understand the other, you will need to understand yourself. The exercise of self-knowledge is an internal necessity. Based on these premises, we will be welcoming the subjects involved and approaching evaluative moments on the path of learning to learn.

KEYWORDS: Health Services Administration. Higher Education Institutions. Health Services.

1 | INTRODUÇÃO

No mundo contemporâneo, não se pode conceber a educação e, por conseguinte, o ensino como mera transmissão de conhecimentos e saberes prontos e acabados. No desafio paradigmático pelo qual passa a sociedade, com tantas incertezas e constantes transformações, a educação precisa assumir outro papel. Maturana (1998), Asman e Sung (2003) e Moraes (2003) compreendem que educar significa criar experiências de aprendizagem e não transmitir saberes e coisas prontas e definidas. Na verdade, educar é perceber que o mundo é relacional, que a força da vida está no enlace, num processo contínuo que dura uma vida inteira, e que ocorre todo tempo e de maneira recíproca. Não se aprende se não se está inserido no processo de criar-se e recriar-se, de estar junto (com) vivendo, compartilhando com o outro, na vida e com o mundo.

Nesse contexto, os cursos de graduação em saúde precisam promover a aproximação da academia com o serviço, mas precisam agir de forma estratégica e permanente, não pontual e programática. O serviço precisa se sentir parte do processo formativo e não somente nos aspectos utilitários. Esse utilitarismo do serviço somente como campo de práticas garante a universidade como centro de poder e estigmatiza o trabalhador do serviço numa perspectiva cartesiana do saber e não saber.

Para Bossi e Paim (2010), o principal objetivo da formação em saúde coletiva é:

desenvolver as competências profissionais gerais e específicas na área, prevenindo situações que levem os alunos a aprender a pensar, ou seja, recriar o conhecimento problematizando-o; aprender a aprender, realizando a tão propalada articulação pesquisa-ensino; aprender a ser, comprometendo-se com valores e princípios vinculados à democracia, autonomia das pessoas, solidariedade, justiça, emancipação, equidade, dignidade humana, respeito

à diferença, entre outros; mobilizar e articular conhecimentos, habilidades e valores conduzindo a uma posição ético-política comprometida com a defesa da vida e da saúde enquanto direito, consoante o ideário da Reforma Sanitária, uma vez que Saúde Coletiva, enquanto campo de saberes e práxis, não pode ser compreendida em separado desse projeto de reforma social (BOSSI; PAIM, 2010, p. 2036).

O aprender em saúde precisa caminhar em direção da construção coletiva, do que liberta, garantindo autonomia do sujeito e orientando as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). É preciso, então, proporcionar aos sujeitos implicados neste processo encontros, que tornem sonhos em realidade e reacendam o desejo de aprender a aprender junto.

Neste sentido, é objetivo deste capítulo pensar o processo ensino/aprendizagem como *alquimia do aprender* no cerne da produção dos serviços de saúde. Alquimia remete à química ou processo químico de transmutação de conhecimentos, na qual o processo ensino/aprendizagem é materializado no cotidiano e seus elementos teóricos conceituais são capazes de misturar a mágica que acende o desejo de aprender nos sujeitos envolvidos.

Diante do exposto, será apresentado a seguir alguns caminhos já percorridos na busca da articulação ensino/serviço com foco na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Além disso, também serão abordadas metodologias ativas de ensino/aprendizagem que possam avançar na perspectiva de romper com os aprisionamentos e estigmas que separam o mundo do trabalho do conhecimento científico, para que, de fato, a *alquimia do aprender* faça parte da formação dos futuros trabalhadores em saúde.

2 | POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: CAMINHOS JÁ PERCORRIDOS

Em meio a tantas mudanças no ensino para saúde, têm muitas discussões que apontam para o rompimento dicotômico entre teoria/prática ou ensino/trabalho. Esse desafio nos conduz, de forma telepática a compreender as mudanças já estabelecidas.

A partir da década de 1980, foram elencadas várias iniciativas, que contribuíram ao auxílio na construção de uma nova realidade na formação, capacitação, aprimoramento e desenvolvimento de recursos humanos neste campo em nosso país. Pode-se evidenciá-las através da implantação e expansão do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), na preparação de médicos e enfermeiros para o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), na habilitação de auxiliares de enfermagem, mediante o Programa de Formação de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (PROFAE), e, ainda, na criação de uma política de Educação Permanente em Saúde e no desenvolvimento de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS), todas com o objetivo de qualificar os profissionais inseridos no SUS (MARSIGLIA, 2004).

Além destas iniciativas, também surgiram outras propostas, através das Instituições

de Ensino Superior (IES). Como exemplo, temos a reestruturação dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP), assim como a adoção de estratégias didáticas/pedagógicas inovadoras envolvendo a articulação entre ensino, serviço e gestão. Uma destas atitudes podem ser encontradas através da Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde (UNI), Integração Docente Assistencial (IDA), Vivência Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) e Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), Rede Unida (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006).

O interesse oculto dessas atividades emerge pela necessidade crescente de redirecionar não apenas a formação de novos profissionais no campo da saúde, mas se propõe a refletir práticas e ações já desenvolvidas pelos serviços, onde esses profissionais irão de fato atuar, ou seja, promover uma constante autorreflexão nas atitudes profissionais e gerenciamento das políticas de saúde. Essa proposta na reformulação da condução do ensino é um desafio árduo, já que os cenários de atenção à saúde se constituem em universos de conflitos, contradições, com interesses divergentes e convergentes entre os próprios atores que compõem o complexo mundo do trabalho em saúde.

Pinheiro e Ceccim (2006) referenciam que, para o redirecionamento da formação dos trabalhadores em saúde, é necessário haver interseção entre saúde, educação e trabalho, permeada pela integralidade, tomando como foco primordial desnudar o SUS no cotidiano dos serviços e práticas de saúde. Diante desse desafio, os autores esclarecem que são necessários dois movimentos contínuos: o primeiro estaria vinculado ao empreendimento ético/político de pensar a formação como educação permanente em saúde, utilizando o cotidiano do trabalho em ato, e os impactos desse trabalho sobre o processo saúde/doença nos perfis epidemiológicos da coletividade, como critério de contínua atuação dos cursos em relação às necessidades sociais e científicas. Já o segundo, estaria relacionado em dar ênfase à integralidade em saúde, como uma noção constitutiva e constituinte de saberes e práticas na perspectiva de superar o modelo tradicional de ensino e dos serviços centrados em procedimentos, condutas e protocolos de atenção, que negam a subjetividade e singularidade dos usuários/sujeitos inseridos nessa realidade.

As estratégias utilizadas para colocar em prática a articulação entre os campos da saúde, educação e trabalho podem ser evidenciadas em diversas iniciativas, citadas anteriormente. No entanto, as ações de recrutamento dessa interseção entre os três campos de saberes e práticas não são desenvolvidas de forma homogênea, generalista e simplificada diante dos diferentes cenários onde acontece o trabalho vivo em saúde. Fazer e acontecer a formação através do quadrilátero: atenção/gestão/ensino/controle social discutido por Ceccim e Feuerwerker (2004), é um desafio e confronto permanentes dos modos de ensinar.

Essa articulação do quadrilátero, inclusive, é geradora de desconforto nos atores e lugares no qual se materializam o ensino, serviços, gestão setorial e controle social. Esse fato se potencializa na medida em que todos os setores são instituídos e instituintes por

forças macro/micropolíticas que envolvem pensamentos e fazeres em saúde (PINHEIRO; CECCIM, 2006; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Mesmo diante dos confrontos e desafios que permeiam a integração do ensino/trabalho/gestão e participação social, os cenários vivos de saúde são extremamente significantes para os estudantes e futuros profissionais da área, tanto por serem desenvolvidas experiências reais, inseridas no processo de trabalho em saúde, como por conceberem o cotidiano como o lugar que produz sentidos e configura práxis. Neste sentido, apreender os significados das práticas de ensino, desenvolvidas em locais diversos, é mais expressivo para defender práticas eficazes do que adotar posturas e modelos idealizados e distantes dos cenários onde acontecem as ações de atenção à saúde (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), através do Parecer nº 1.133/2001, elucidam que se faz necessário encorajar o estudante ao entendimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar, inclusive referentes à experiência de âmbito profissional, considerada muito relevante para a área de saúde. Para isso, é preciso fortalecer a articulação da teoria com a prática e valorizar os campos de estágio como espaços de pesquisa e aprendizado permanentes (BRASIL, 2001; 2004).

Com esse intuito, foi desenvolvida a proposta da educação permanente pelo Ministério da Saúde (MS) através do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES). A proposta do DEGES tem como objetivo principal “a adoção da educação permanente para recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas de controle social no setor saúde” (BRASIL, 2004, p. 7).

Desde 2004, a política de educação permanente passa por várias mudanças para seu funcionamento. Para seu apoio estrutural, deu-se início ao processo de constituição dos Polos de Educação Permanente em Saúde, instâncias de articulação interinstitucional criadas para assumir o papel de dispositivos e espaços capazes de promover rodas de debates e de construção coletiva. Entre a gestão governamental de 2007 a 2010, a política de Educação Permanente (EP) instaura as Comissões Integração Ensino/Serviço (CIES) como estratégia de condução em substituição aos polos, ou seja, as mudanças permanecem acontecendo na organização da EP, ainda incipiente nos vários recantos do nosso país.

Mesmo diante de cenários nada favoráveis, a EP precisa ser compreendida como estratégia pedagógica norteadora de ações e programas que fortalecem o ideário do SUS, podendo, dessa forma, auxiliar na transformação de práticas e condutas profissionais no processo de trabalho em saúde. Nesse sentido, ela tem o papel na concretização do encontro entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, brotando da problematização no âmago de cada serviço (BRASIL, 2004).

Apesar da necessária integração entre ensino/serviço/gestão e a importância

constante da manutenção de possibilidades e diálogos, ainda é inquietante perceber a formação em saúde utilizando os serviços da rede pública de saúde apenas como campo privilegiado para desenvolvimento de atividades práticas que compõem essa formação, seja através da modalidade de estágio curricular ou de aula prática.

A inserção da universidade nesses serviços se caracteriza por um relativo distanciamento, um tratamento de certa forma cerimonioso entre os envolvidos. Isso remete também na condução das atividades acadêmicas nas arenas de atenção à saúde, a universidade tem se mostrado pouco flexível na mudança de horário e adaptação à dinâmica dos serviços de saúde. Por sua vez, os serviços de saúde e a gestão setorial, em alguns momentos, assumem o papel de resistência diante da possibilidade de autorreflexão de suas atitudes e práticas, o que geralmente é norteado por conflitos de saberes e poderes institucionalizados e arraigados.

Essa ausência do diálogo esperado gera limitações diante das possibilidades de um fazer diferenciado, que assuma concepções acerca do cuidado, dos processos e organização do trabalho, da gestão e da escuta qualificada do usuário (ALBURQUERQUE et al., 2008). A participação da universidade na rede de cuidados precisa se fixar em eixos de sinergia e simbiose constantes, inerentes ao seu modo de funcionamento e natureza de suas ações.

Mediante essas colocações, uma inquietação persiste em nosso pensamento: será que a universidade, a gestão e os serviços de saúde estariam preparados para romper com sua hegemonia espacial? Seria possível realmente exercitar a simbiose nas práticas de saúde, sejam elas de cunho pedagógico ou técnico/assistencial, se entregando à alteridade e ao devir? Qual o nosso compromisso diante desse desafio?

Para a condução dessa porosidade entre os envolvidos, a polifonia e o diálogo devem estar presentes, permitindo a possibilidade de retrocessos e avanços permanentes no âmbito concreto da assistência em saúde. Nesse encontro de vozes e opiniões diversas, o pacto firmado de convivência e as relações horizontais, baseadas no respeito à alteridade, são imprescindíveis para permitir a simbiose e a condução da orquestra polissêmica dos sujeitos/instituições inseridos. Isto é um convite ao devir, ao refazer a história, ao reaprender o ser, embriagados de subjetividade, de humanescência e solidariedade. Como aposta Merhy (2005, p.173), a educação permanente só poderá ter força em si, ser posta em prática se “atingir a alma do operar ético/político do trabalhador e dos coletivos na construção do cuidado”.

O desafio da educação permanente, como lembra Ceccim (2004, p.167), é “ambicioso e necessário”, principalmente na conjuntura na qual encontra-se arraigada a cultura e o desenvolvimento socioeconômico brasileiro, envolvida por sentimentos de disputa, poder e exclusão. É com esse desejo, ou seja, de reinventar possibilidades que fortaleçam a interação serviço/ensino/comunidade/gestão e sem negar os percalços desse caminhar tortuoso, que iremos abordar algumas estratégias plausíveis do processo ensino/

aprendizagem.

3 I “ALQUIMIA DO APRENDER”: CAMINHOS POSSÍVEIS...

As vivências adquiridas na formação dos trabalhadores de saúde, bem como a formação acadêmica profissional, devem instigar uma profunda reflexão acerca do hiato ainda presente entre o espaço de construção de conhecimento e o trabalho desenvolvido nos serviços de saúde. Diante dessa problemática, a *alquimia do aprender* deveria ser a essência da formação em saúde e não estar aprisionada a estratégias programáticas das disciplinas acadêmicas, que, muitas vezes, estão distantes do mundo real do trabalho em saúde e dos seus inúmeros desafios.

Araújo e Sastre (2009) discutem que, para enfrentar este desafio social e educacional, não basta boa vontade dos professores e responsáveis pela formação superior. Trata-se de considerar o ensino um entorno específico criado pelos professores para que os estudantes pensem e se percebam no processo de apropriação do conhecimento e em seu próprio desenvolvimento como aprendizes.

O fator primordial que constatamos é a falta de articulação das atividades desenvolvidas em sala de aula com o fazer diretamente relacionado aos serviços, dificultando a compreensão dos estudantes na indissociabilidade do pensar/saber ao fazer/produzir em saúde. Nesse contexto, a formação dos profissionais tem permanecido alheia à organização estrutural dos serviços e as ações voltadas à reestruturação do cuidado tem se mostrado, ainda, impermeáveis ao debate entre todos os agentes responsáveis pela formação em saúde.

No processo ensino/aprendizagem ligado ao modelo tradicional, o papel do professor é estabelecer tudo que o estudante deve aprender, transmitir informações consideradas relevantes, que não estejam necessariamente baseadas na realidade de saúde e dos serviços, e avaliar a capacidade dos estudantes, através da retenção e/ou reprodução acrítica das informações apresentadas em aulas expositivas e pouco reflexivas na prática (FEUERWERKER; LIMA, 2002).

Nesse sentido, como destaca Guizardi et al. (2006),

O cotidiano do ensino não é problematizado como possibilidade de atualização da prática profissional que se deseja questionar com a diversificação de cenários de aprendizagem. Isso nos defronta com o risco de que, nessa interação, a universidade permaneça como referência do saber legítimo e autoritário, o que restringiria o olhar sobre os sistemas de saúde como espaços também legítimos de produção de saberes, práticas inovadoras na construção da integralidade da atenção (GUIZARDI et al., 2006, p. 159).

O SUS, como política pública de saúde, requer o novo dialogando com as experiências vividas ao longo desses 25 anos de existência: conceito ampliado de saúde,

modelo de atenção à saúde, paradigma sanitário, sonhos, desejos, andar a vida. A proposta da formação é dar vida ao novo, modelando o ensino/aprendizagem em sintonia com o SUS, enquanto política pública voltada para as reais necessidades de saúde da população brasileira, que deve acolher as singularidades dos contextos locais sem perder de vista o global.

Tal necessidade emerge a partir de lacunas no processo de formação dos trabalhadores da saúde, sobretudo no que se refere ao abismo da educação em saúde ofertada aos profissionais inseridos no processo de trabalho. Surge como paisagem mental a fragmentação de saberes e fazeres, vivenciadas em nossas práticas profissionais, dicotomizando teoria e prática, corpo e alma, doença e saúde, etc. Esses pressupostos dificultam a integração ensino/serviço e tem como alicerce o paradigma cartesiano que ignora o contexto sócio, político, cultural e econômico que estamos inseridos.

Além disso, impõe um cenário educacional frio e mecânico que reproduz as necessidades capitalistas como única verdade, transubstanciando um ideário individualista, competitivo e excludente. Um exemplo desse fato é o modo como a avaliação é posta como uma ferramenta de opressão meritocrática que não atende às reais necessidades do processo ensino/aprendizagem, expressadas pelos educandos.

Nesse caminho cabe a pergunta: os profissionais, se não são formados para as demandas do SUS, estão formados para atuar onde?

O atual modelo hegemônico de formação em saúde desafia as notas do SUS, política pública e grande projeto político em defesa da saúde pública. Assim, o SUS convoca as instituições formadoras a mudarem suas práticas pedagógicas, numa tentativa de se aproximarem da realidade social e de instigarem seus corpos docentes e discentes a tecerem novas redes de conhecimento (MITRE et al, 2008). Faz-se necessário estabelecer novas relações de compromisso e responsabilidade entre as instituições formadoras e o SUS.

Desse modo, a discussão da politização do cuidado deve ser materializada nos espaços formadores, seja acadêmico ou no próprio espaço laboral, envolvendo os sujeitos do processo ensino/aprendizagem e construindo significados e práticas com orientação social.

O quadrilátero da formação ensino/serviço/gestão/controle social deve ser um norte para contemplar os sujeitos em questão, sempre lembrando que cada uma dessas faces libera e controla fluxos específicos, dispõe de interlocutores específicos e configura espaços/tempo com diferentes motivações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). É preciso pensar em uma pedagogia que integra o saber sensível, popular, a poesia, a música, as artes, ciência que dialoga.

O processo de mudança da educação traz inúmeros desafios, entre os quais: romper com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional; formar profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado - a

relação entre humanos (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004). Pensar assim nos conduz a refletir a educação como prática social sentida em corpos vivos, alimentada por sonhos, desejos, angústias, conflitos, entre outros.

As Metodologias Ativas (MA) do processo ensino/aprendizagem podem contribuir para este processo, sendo materializadas através da Problemática ou da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), dentre outras. A proposta das MA's nos convida a tecer novos fios de conhecimento em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Saúde: aprender a aprender, aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e o aprender a ser (MITRE et al., 2008, p. 2135); bem como da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde.

Cenários que vivenciam metodologias ativas são alimentados pela ideia de “desenvolver seu potencial de aprendizagem, ou, em outras palavras, desenvolver neles a competência de aprender a aprender” (ARAÚJO; SASTRE, 2009, p. 159)

Pensar o processo de formação a partir dessas premissas é aceitar contextos de incertezas e complexidades como horizontes reais. Tendo sempre diante dos olhos e dentro do coração o respeito à autonomia. Parece ser o melhor modo para a compreensão, por parte do binômio docente/discente, do processo de produção, expressão e apreensão do conhecimento, de uma perspectiva de transformação da realidade, afinal conhecer é transformar (MITRE et al, 2008).

Como bem destacaram Araújo e Sastre (2009, p. 208), “a tendência é fazer sempre o mesmo, o desafio é formar pessoas inventivas que tomem a inovação como responsabilidade própria”, indo na contramão da formação mecânica utilitarista e atrelada a lógica produtivista, que distancia, cada dia mais, os docentes da prática pedagógica, forçando um perfil cientificista.

Paulo Freire (2000) defende que como professor crítico devemos ser um aventureiro responsável, predisposto à mudança, à aceitação do diferente. Além disso, devemos sempre refletir que o educador é diferente do professor e temos sempre que nos perguntar: como, porque e quando se aprende? Como se vive e se sente a aprendizagem? Quais as suas consequências sobre a vida?

O novo surge não como um modismo ou um neologismo, mas como uma necessidade vital de resignificar saberes e fazeres pedagógicos em saúde que alinhem a formação às demandas do SUS. As MA's certamente não são um messias que virão nos salvar de todas as mazelas, mas aponta um caminho onde o ato de ler e aprender, o processo ensino/aprendizagem possa ser um gozo de prazer.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O discurso de que a universidade está distante dos serviços e da saúde da população coloca a escola no centro da mudança da formação. Entretanto, a interação escola-serviço-

comunidade requer mudança cultural nas três esferas, tornando a tarefa mais complexa. Essa interação é ainda mais tensionada se forem consideradas as dinâmicas, as resistências e as disputas internas de cada instituição (universidade, serviço, comunidade), bem como diante das condições precarizadas de trabalho nos serviços e também sua organização, ainda fortemente cristalizada no modelo biomédico.

As pressões e os conflitos dessa interação escola-serviço refletem o contexto de disputas e interesses sociais e econômicos inseridos na sociedade. O discurso da integração ensino-serviço, encampada pela reorientação da formação em saúde, propõe uma parceria entre as duas instituições - universidade e serviço de saúde – que não é simples. Longe disso, pois além de se tratar de duas instituições diferentes, a universidade também tem seus vínculos com o setor privado, assim como o mercado de trabalho.

Nesse caminho, a *alquimia do aprender* ganha significados, sentidos que vão além do memorizar conceitos, leis, diretrizes e outros. É o ressignificar do aprender a vida e com a vida, para a existência pessoal e profissional, mas principalmente, que possa atravessar o viver individual, assumindo um novo olhar para o coletivo.

Faz-se necessário, então, o exercício de compreensão. Para compreender o outro é preciso compreender a si mesmo. O exercício do autoconhecimento é uma necessidade interna. Partindo dessas premissas, estaremos acolhendo os sujeitos envolvidos e nos aproximando de momentos avaliativos no caminho do aprender a aprender.

REFERÊNCIAS

- ALBURQUERQUE, Verônica Santos et al. **A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde.** Revista Brasileira de Educação médica. V.32, n.3, p.356-362, 2008.
- ARAÚJO, Ulisses F.; SASTRE, Genoveva. (Orgs.). **Aprendizagem baseada em problemas no ensino superior.** 1. ed. São Paulo: Summus, 2009. v. 1. 236 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- CECCIM, Ricardo Burg. **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário.** Interface-Comunicação, Saúde, Educação, Porto Alegre, v. 9, n. 16, p.161-177, set./fev., 2004/2005.
- CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** PHYSIS: Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.41-65, jan./jun. 2004.

CYRINO, Eliana Goldfarb; TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. **Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde:** a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, mai./jun., 2004.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; LIMA, Valeria Vernaschi de. **Os paradigmas da atenção à saúde e da formação de recursos humanos.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Política de recursos humanos em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 169-178.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da indignação:** cartas pedagógicas a outros escritos. São Paulo: UNESP, 2000.

GUIZARDI, Francini Lube et al. **A formação de profissionais orientada para a integralidade e relações político-institucionais na saúde:** uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de. (Orgs). Ensinar em saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2. Ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ:ABRASCO, 2006. p.153-177.

MARSIGLIA,

MATURANA, Humberto. **Emoções e linguagem na educação e na política.** Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1998.

MERHY, Emerson Elias. **O desafio que a educação permanente tem em si:** pedagogia da implicação. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, p.172-174, set. 2004/fev. 2005.

MITRE, Sandra Minardi et al. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde:** debates atuais. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, Dec. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Feb. 2021.

MORAES, Maria Cândida. **Educar na biologia do amor e da solidariedade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de. (Orgs). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** 2. Ed. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ:CEPESQ:ABRASCO, 2006.

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg. **Experienciação, formação, conhecimento e cuidado:** articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de. (Orgs). Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2. Ed. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ:CEPESQ:ABRASCO, 2006. p.13-33.

CAPÍTULO 2

PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA: UM ESTUDO CIENCIOMÉTRICO

Data de aceite: 01/04/2021

Data da submissão: 06/03/2021

Brunna Ariely Lopes de Souza

Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna
curso de graduação em enfermagem
Montes Claros – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/9103369641127224>

Dilson Junior Prudêncio da Silva

Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna
curso de graduação em enfermagem
Montes Claros – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/6643505376919525>

Aparecida Samanta Lima Gonçalves

Faculdades de Saúde Santo Agostinho
Montes Claros – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/7087896860205994>

Silvério de Almeida Souza Torres

Universidade Estadual de Montes Claros
departamento de odontologia
Montes Claros – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/2855767978464499>

Giuliana de Fátima Gonçalves Braga

Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais
Montes Claros – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/9419838938713566>

Taysa Cristina Cardoso Freitas

Faculdades de Saúde Santo Agostinho
Montes Claros – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/0277963404606486>

Marcelo Robert Amorim de Araújo

Centro Universitário de Volta Redonda

Montes Claros – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/0226686803823211>

Joice Fernanda Costa Quadros

Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna
curso de graduação em enfermagem
Montes Claros – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/4666987378014328>

Jéssica Najara Aguiar de Oliveira

Faculdades de Saúde Santo Agostinho
Montes Claros – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/4238944940708260>

Karinne Gondim Ribeiro

Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais
Montes Claros – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/8520475256898889>

Keila Santos Silva

Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais
curso de graduação em enfermagem
Montes Claros – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/9136881906230107>

Renê Ferreira da Silva Junior

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia de Santa Catarina, departamento de
saúde e serviços.
Joinville – Santa Catarina.
<http://lattes.cnpq.br/1033568209575828>

RESUMO: Introdução: a publicação da Política Nacional da Pessoa Idosa foi uma conquista em relação aos direitos da pessoa idosa, dessa forma, estudos que propõe avaliá-la são importantes. Objetivo: conhecer o nível da produção científica voltada à Política Nacional da Pessoa Idosa, após

mais de uma década de sua criação. Método: o presente estudo cienciométrico usa como base de dados a literatura nacional e internacional sobre a Política Nacional da Pessoa Idosa, publicados nas bases de dados Scielo, Pubmed e Bdenf. A pesquisa foi realizada durante os meses de junho a setembro de 2020, utilizando a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Após a busca inicial e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão selecionou-se 22 publicações relacionadas diretamente à temática. Resultados: os anos de 2010, 2009 e 2017 obtiveram respectivamente o maior número de publicações, as temáticas políticas em saúde do idoso, a avaliação geriátrica, a promoção de saúde do idoso e as políticas públicas do idoso foram as mais abordadas. Os estados do Rio de Janeiro e São Paulo se destacaram como os estados com maior número de publicações. As classificações Qualis/Capes demonstram que foram identificados os Qualis A2, B1, B2, B3 e B4, sendo a grande parte delas B1 e B4. Com relação aos níveis de evidência, as publicações são, em sua maioria, do nível quatro. Conclusão: o nível da produção científica voltada à Política Nacional da Pessoa Idosa se apresentou incipiente, embora tais produções possam contribuir para aplicação do conhecimento técnico e científico no cuidado à pessoa idosa.

PALAVRAS - CHAVE: Políticas Públicas. Saúde do Idoso. Saúde Pública.

SCIENTIFIC PRODUCTION ON THE NATIONAL HEALTH POLICY OF ELDERLY PERSON: A SCIENCIOMETRIC STUDY

ABSTRACT: Introduction: the publication of the National Policy for the Elderly was an achievement in relation to the rights of the elderly, therefore, studies that propose to evaluate it are important. Objective: to know the level of scientific production focused on the National Policy for the Elderly, after more than a decade of its creation. Method: the present scientometric study uses as a database the national and international literature on the National Policy for the Elderly, published in the Scielo, Pubmed and Bdenf databases. The research was carried out from June to September 2020, using the National Elderly Health Policy. After the initial search and application of the inclusion and exclusion criteria, 22 publications related directly to the theme were selected. Results: the years 2010, 2009 and 2017 obtained, respectively, the largest number of publications, political themes in the health of the elderly, geriatric evaluation, health promotion for the elderly and public policies for the elderly were the most addressed. The states of Rio de Janeiro and São Paulo stood out as the states with the highest number of publications. Qualis / Capes classifications demonstrate that Qualis A2, B1, B2, B3 and B4 have been identified, the great majority of them being B1 and B4. Regarding the levels of evidence, the publications are mostly at level four. Conclusion: the level of scientific production aimed at the National Policy for the Elderly was incipient, although such productions may contribute to the application of technical and scientific knowledge in the care of the elderly.

KEYWORDS: Health of the Elderly. Public Policies. Public Health.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento é caracterizado pela modificação na estrutura etária da população, o que acarreta em um crescimento relacionado às pessoas de uma determinada idade, a qual é caracterizada como o início da velhice. No Brasil, o indivíduo é considerado idoso

a partir de 60 anos. Dentro deste grupo de idosos, há o termo velhice avançada, que é destinado às pessoas com mais de 80 anos, sendo que as mesmas vêm sofrendo um aumento considerável nos últimos anos, ocasionando assim, a população que mais cresce, sendo atualmente mais de 12% da população idosa (BRASIL, 2006).

É estimado para o ano de 2050 um contingente maior de pessoas idosas do que crianças abaixo de 15 anos de idade. No ano de 2050 existirão cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no planeta (BRASIL, 2006). A população brasileira está em ritmo acelerado de envelhecimento, devido ao fato de que há um grande aumento da expectativa de vida associada com a queda da taxa de natalidade (DAMASCENO; SOUSA, 2016).

No tocante aos direitos dos idosos verifica-se que esses direitos solidificaram-se a partir da publicação da Política Nacional do Idoso promulgada no ano de 1994, que assegura os direitos da pessoa idosa. Por meio desta lei compreendeu-se que o idoso possuía autonomia e direitos de integração, participação na sociedade e direito à saúde nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

No ano de 1999 foi publicada a Política Nacional de Saúde do Idoso que estabeleceu que os órgãos do Ministério da Saúde deveriam propiciar a construção ou adaptação de planos, projetos e ações em conformidade com a Portaria Ministerial número 1.395/99. Outro marco foi a publicação do Estatuto do Idoso que garantiu o atendimento integral, universal e igualitário em todas as áreas da Saúde Pública (BRASIL, 2006).

Em relação à saúde do idoso, o Governo Federal criou programas voltados à terceira idade, como vacinação, cirurgias de catarata e distribuição de medicamentos, porém, no Brasil, apenas o estado de Minas Gerais segue as ações previstas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (SILVA; FROTA; AGUIAR, 2015). As principais características da PNSPI, aprovadas pela portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, são voltadas ao envelhecimento ativo e saudável, com ações destinadas ao social e incentivo aos estudos na área geriátrica (BRASIL, 2017).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa fundamenta-se na integralidade da atenção, o que permite o conhecimento acerca das particularidades do idoso. Nesse contexto, torna-se uma ferramenta importante para o governo e para a sociedade, pois é com ela que o Estado consegue regular condutas, e é com a PNSPI que se assegura os direitos em saúde dos idosos (DUARTE; MOREIRA, 2016).

Nesse contexto, ressalta-se que as intervenções em saúde para os idosos descritas na literatura científica se restringem, em muitos casos, ao manejo e à prevenção de danos das doenças crônicas, limitando as discussões e impossibilitando avanços nos campos sociais, políticos, culturais, de gênero, dentre outros.

Considerando o quadro demográfico do Brasil, é importante conhecer acerca dos aspectos científicos sobre o tema no cenário nacional e internacional. Assim, o objetivo do estudo foi verificar o nível do conhecimento e sistematização da produção científica

vinculada à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa após sua implementação e fomentar a discussão sobre a organização do cuidado ofertado à pessoa idosa.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo cienciométrico conduzido entre os meses de junho a setembro de 2020. A ciencimetria teve início no século 20, por meio da junção de documentos científicos da sociologia da ciência e da história social da ciência, com o objetivo de pesquisar a ação científica como fenômeno humano, social e por meio de parâmetros e indicadores fundamentados em critérios matemáticos. Tem como agente de suas análises a produção, principalmente de artigos, o fluxo e o consumo da produção científica, atentando-se com a dinâmica da ciência, qual a sua finalidade científica e qual a influência desse produto (PARRA; COUTINHO; PESSANO, 2019).

Estudos cienciométricos como este se caracterizam como um campo atual da ciência, sendo estabelecida como um estudo da medição e quantificação do avanço científico (PARRA; COUTINHO; PESSANO, 2019). Apresentam pontos positivos, os quais devem ser considerados, pois estão além de estatísticas quantitativas. Por conta de suas direções teórico metodológicas, entende-se que as pesquisas cienciométricas conseguem ter êxitos, podendo se integrar às outras pesquisas de determinada área pesquisada (RAZERA, 2016).

O cenário do estudo foram as bases de dados secundários *United States National Library of Medicine* (PubMed), acessada pelo site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, no *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), disponível na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) pelo site <http://www.bireme.br> e na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), disponível na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) pelo site <http://www.bireme.br>.

Avaliaram-se todos os artigos nacionais e internacionais publicados após a publicação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), sendo critério para amostragem final.

Os critérios de elegibilidade para seleção dos artigos foram artigos publicados após a publicação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, compreendidos no corte temporal entre 2006 a 2019, disponíveis na íntegra e nos idiomas inglês ou português. Excluiu-se os artigos com tema central relacionados à epidemiologia de doenças, estudos de caso, pesquisas nas áreas das ciências básicas, entre outros que não se enquadram nas temáticas da PNSPI.

Foi utilizado um instrumento elaborado pelos autores com as seguintes informações: dados de identificação do artigo (título, autores, nome do periódico, ano de publicação, volume e número), tipo de estudo, local de estudo, objetivo do estudo, eixo temático, classificação Qualis/Capes, periódico de publicação, nível de evidência, desfechos, dentre outros.

A seleção das publicações foi realizada de forma independente pelos pesquisadores. As divergências foram solucionadas com o uso do instrumento anteriormente descrito. Os artigos foram identificados, selecionados e classificados por meio da análise dos títulos e resumo. Após a seleção extraiu-se as informações por meio do instrumento que guiou a elaboração das figuras e análise dos dados. Os dados foram tabulados e organizados em planilhas do programa *Microsoft Excel* 2010.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a busca nas bases de dados, foram encontradas inicialmente 144 publicações científicas, sendo 17 na base de dados *Scientific Eletronic Library Online – SciELO*, 94 na Biblioteca Virtual de Saúde - BVS e 33 artigos na Base de Dados de Enfermagem – BDENF. Após a leitura dos títulos e resumos excluiu-se os artigos duplicados e os que não atenderam aos critérios de inclusão, resultando em 22 artigos.

A Figura 1 representa o quantitativo de artigos publicados por ano desde a publicação da PNSPI, ou seja, o número de artigos publicados de 2006 a 2019 que se relacionam com o tema da política de alguma forma. A Figura 2 representa a classificação temática, na qual notou-se um número maior de publicações sobre Políticas em Saúde do Idoso, seguido de Promoção de Saúde do idoso, Avaliação Geriátrica e Políticas Públicas do Idoso.

Os locais de origem das publicações estão representados na Figura 3. Os grandes centros urbanos, Rio de Janeiro e São Paulo, obtiveram os maiores números de publicações que tratam acerca da PNSPI.

Em relação ao Qualis/Capes, a Figura 4 demonstra que foram identificadas apenas as classificações A2, B1, B2, B3 e B4, sendo a grande parte delas B1 e B4.

Em relação aos Níveis de Evidência, os artigos são, em sua maioria, estudos com delineamento não-experimental como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos de caso, seguido de opinião de autoridades respeitáveis, baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas, ou seja, níveis 4 e 6, respectivamente.

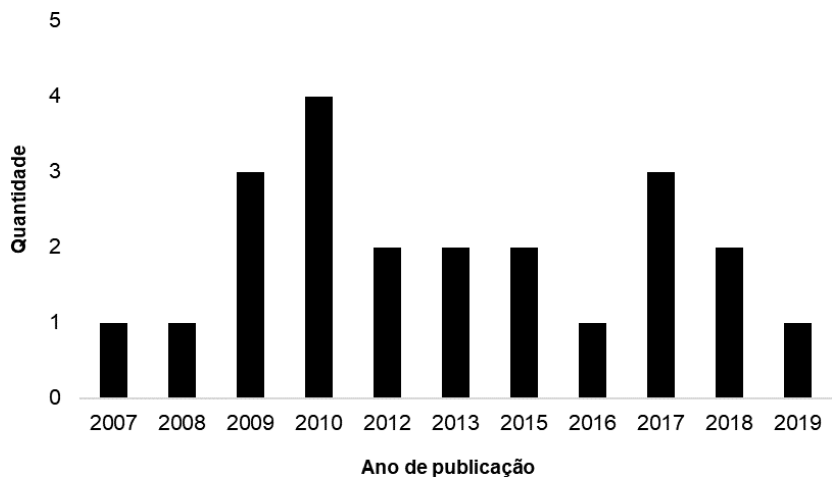


Figura 1 - Número de artigos publicados nas bases de dados PubMed, SciELO e Bdenf sobre a PNSPI após a implantação no ano de 2006 até 2019.

Fonte: os autores.

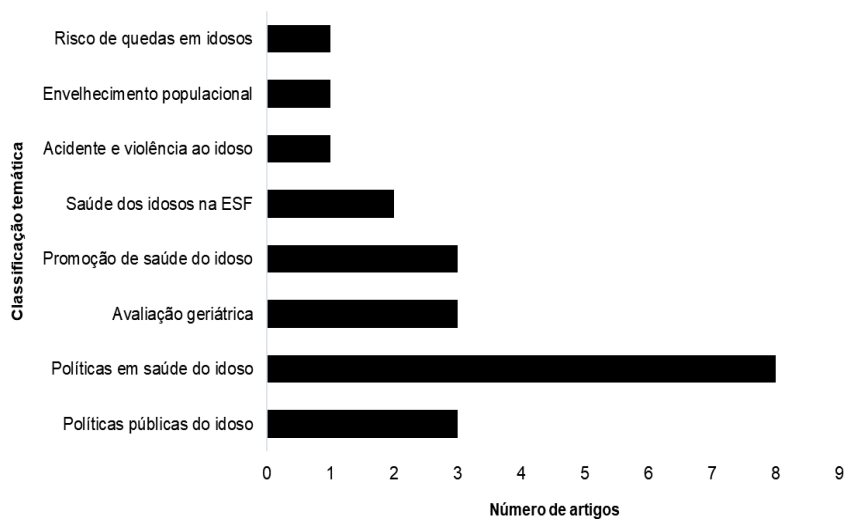


Figura 2 - Periódicos científicos com maior porcentagem de artigos publicados sobre a PNSPI após implantação no ano de 2006 até 2020.

Fonte: os autores.

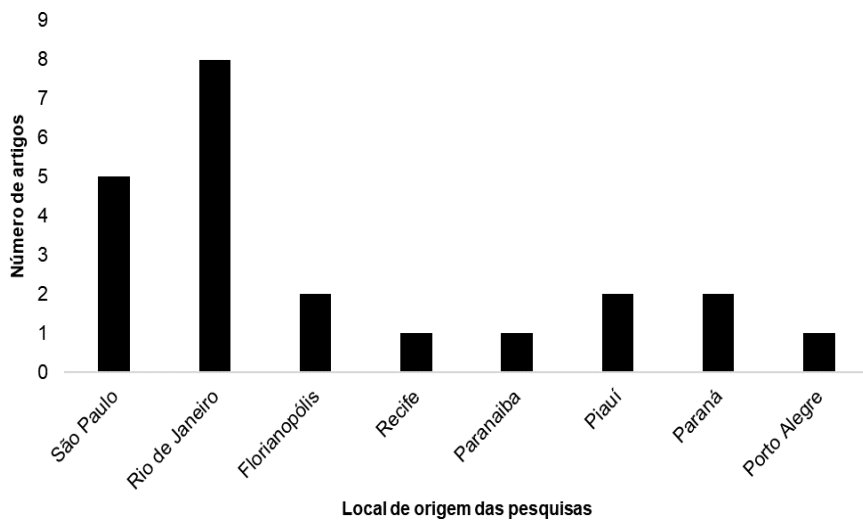


Figura 3 - Número de artigos publicados no período de 2006 a 2020 sobre a PNSPI classificados quanto ao local de origem das publicações.

Fonte: os autores.

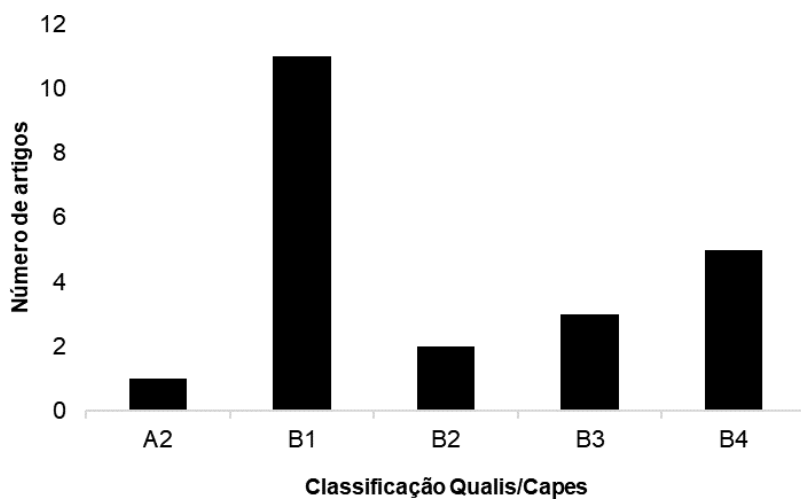


Figura 4 - Levantamento do estrato Qualis/Capes dos periódicos científicos com publicações no período de 2006 a 2020 sobre a PNSPI.

Fonte: os autores.

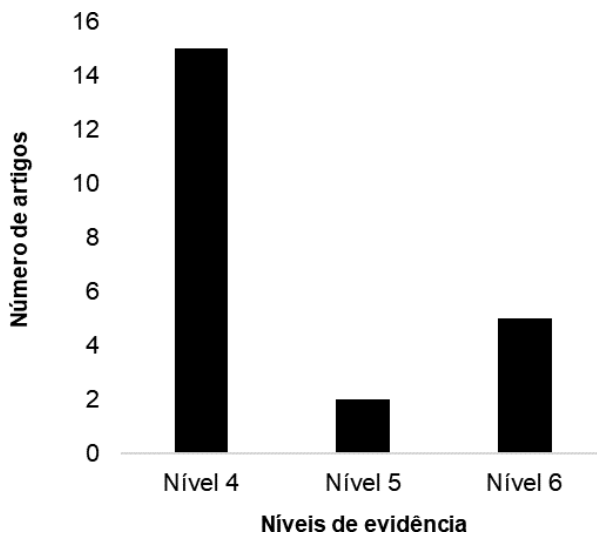


Figura 5 - Níveis de evidência nos periódicos científicos com publicações no período de 2006 a 2020 sobre a PNSPI.

Fonte: os autores.

A constituição da República Federativa do Brasil promulgada no ano de 1988, no *caput* do seu artigo 230, concebeu o direito do idoso ao *status* de direito fundamental, o qual deve ser protegido pelo Estado, sociedade e também pela família (BRASIL, 1988). Embora envelhecer seja uma conquista, essa perspectiva não é compartilhada por todos, tratando a velhice como um “problema da sociedade”, em que o velho é inativo e dependente e em razão dessa visão em muitos casos as políticas públicas direcionadas a saúde do idoso, não garantem uma proteção adequada às pessoas idosas (POLTRONIERI; COSTA; SOARES, 2015).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovado pela Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, completou 13 anos em 2019, criada pela necessidade de uma política atualizada que atendesse a demanda de pessoas idosas, visa à elaboração ou a readequação de seus programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 2006). O estudo identificou algumas características referentes às pesquisas científicas sobre a PNSPI publicadas desde a sua criação até 2019.

Baseado na crescente necessidade de serviços de saúde para a população idosa deve-se pensar em políticas que proporcionem a saúde durante a vida (FERNANDES; SOARES, 2012). Estudos com temáticas políticas podem contribuir para o fortalecimento e conhecimento da população, conscientizando-os da necessidade de exigirem políticas eficientes e gestores que realmente contribuam para o estilo de vida saudável da população idosa, principalmente aquelas que não dispõem de acesso à saúde e as de baixa renda,

proporcionando facilidade de acesso e estilo de vida saudável.

O envelhecimento é um processo natural do corpo humano, ocorrendo mudanças físicas irreversíveis (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Para atrasar essas perdas, no âmbito dos serviços de saúde, tem destaque algumas estratégias que ajudam a estimular funções corpóreas, uma vez que o declínio é grande e a maioria está sujeita a quedas e demências (DÁTILLO, 2015). Segundo a PNSPI, a porta de entrada da população idosa aos serviços de saúde é a Atenção Básica com a Saúde da Família, tendo referencial em serviços especializados de média e alta complexidade. A finalidade dessa política é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos (BRASIL, 2006).

Contudo, observa-se um número pequeno de artigos publicados ao longo dos 13 anos sobre o tema, uma vez que as publicações que abordam sobre outros processos do envelhecimento são, em sua maioria, crescentes em relação às publicações científicas. Das publicações analisadas, apenas um artigo tem em seu título a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; os outros abordam temáticas diversas que, em sua maioria, apenas citam a PNSPI, e não intensificaram o contexto histórico de políticas públicas no Brasil.

O número de pesquisas sobre a PNSPI foi relativamente baixo se comparado com pesquisas relacionadas a doenças clínicas no idoso. Têm como destaque os anos de 2010, com 04 (18,18%) publicações e 2009 e 2017, com 03 publicações, respectivamente (13,63%).

Nos primeiros anos após a aprovação da PNSPI, houve publicações voltadas para a atenção à Saúde da Pessoa Idosa, com relação aos temas como o cuidado com o idoso, a maneira como lidar com a saúde mental e a rede de apoio da comunidade junto à Unidade de Atenção Básica à Saúde.

A análise dos artigos aponta que o tema Políticas em Saúde do Idoso foi o que teve maior número de pesquisas, com 08 artigos publicados (36,36%), seguido de Avaliação Geriátrica, Promoção de Saúde do Idoso e Políticas Públicas do Idoso com 03 artigos cada um (13,63%); os demais temas estavam abaixo desses dados.

As Políticas em Saúde do Idoso são aquelas em que o Governo Federal estabelece programas voltados à terceira idade, como vacinação, cirurgias de catarata e distribuição de medicamentos, ou seja, são as ações previstas na Política Nacional (SILVA; FROTA; AGUIAR, 2015).

A PNSPI visa abranger um envelhecimento saudável, acompanhado de uma boa qualidade de vida. E para que isso aconteça, é preciso superar vários desafios que geram uma sobrecarga nos serviços de saúde, além da falta de estrutura para um bom atendimento e suporte qualificado para os idosos e seus familiares e a superação da insuficiência de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com entendimento sobre velhice e saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006).

Assim, pode-se considerar que o processo de envelhecimento e a elevação do número de idosos na população brasileira são irreversíveis, achado que exige trabalhos

sociais para a educação da população e familiares no sentido de conviverem com uma sociedade cada vez mais longeva. É frequente, nos dias atuais, pessoas chegarem aos noventa anos, o que necessita que esses indivíduos possuam qualidade de vida (DAMASCENO; SOUSA, 2016).

Nesse sentido, os dados demográficos retratam a necessidade iminente dos atores políticos e gestores brasileiros observarem o panorama dessa transição, e, conjuntamente com a sociedade, em um breve período de tempo, discutirem as políticas públicas direcionadas à saúde do idoso. As quais, devem ser implementadas em todas as esferas sociais, por técnicos e profissionais que cuidam da população idosa, sobretudo, os da área da enfermagem (MOREIRA et al., 2016), visto o papel de destaque que assumem na assistência a essa população.

4 | CONCLUSÃO

O nível da produção científica voltada à Política Nacional da Pessoa Idosa se apresentou incipiente, embora tais produções possam contribuir para aplicação do conhecimento técnico e científico no cuidado à pessoa idosa. A exploração limitada acerca da temática poderia comprometer a reflexão e evolução acerca dos direitos da pessoa idosa; o envelhecimento saudável e ativo; a educação permanente dos profissionais de saúde no SUS na área da saúde da pessoa idosa; políticas públicas a pessoa idosa, além de aspectos sobre gênero e envelhecimento, cuidados em saúde, dentre outros.

Assim, considerando o perfil demográfico do Brasil, é importante estimular o desenvolvimento de estudos acerca da temática para o enfrentamento das desigualdades no campo da saúde da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12, 44 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf> Acesso em: 12 de set. de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento/ Saúde da Pessoa Idosa: Prevenção e Promoção à Saúde Integral** – Brasília, 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa>>. Acesso em: 17 de set. de 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, de 05 de outubro de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 20 de set. 2020.

DAMASCENO, C. K. C. S.; SOUSA, C. M. M. Análise sobre as políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 3, p. 185-190, 2016. Disponível em: <<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/985>> Acesso em: 20 de set. 2020.

DÁTILO, G. M. P. A. **Envelhecimento Humano: Diferentes Olhares**. Ana Paula Cordeiro (orgs.). – Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015. Disponível em: < https://www.marilia.unesp.br/Home/Publicacoes/envelhecimento-humano_ebook.pdf>. Acesso em 16 de set de 2020.

DUARTE, C. A. B; MOREIRA, L. E. Política nacional de saúde da pessoa idosa: integralidade e fragilidade em biopolíticas do envelhecimento. **Revista do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento**, v. 21, n. 1, p. 149-170, 2016. Disponível em: < <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/54631>>. Acesso em 27 de set de 2020.

FERNANDES, M. T. O; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, 2012. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600029>>. Acesso em: 02 de set. de 2020.

MOREIRA, W. C. *et al*. Análise sobre as políticas públicas de enfrentamento a violência contra o idoso no Brasil. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 4, p. 680-685, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/bde-29699>. Acesso em: 25 de set. De 2020.

OLIVEIRA, J. M. *et al*. Alterações físico-sociais decorrentes do envelhecimento na perspectiva de idosos institucionalizados. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n. 4, p. 197-214, 2015. Disponível em < <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/30095> >. Acesso em 16 de set de 2020.

PARRA, M. R; COUTINHO, R. X; PESSANO, E. F. C. Um breve olhar sobre a cienciometria: origem, evolução, tendências e sua contribuição para o ensino de ciências. **Revista Contexto & Educação**, v. 34, n. 107, p.126-141, 2019. Disponível em: < <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoeducacao/article/view/7267> >Acesso em: 17 de set. de 2020.

POLTRONIERI, C. F.; COSTA, J. S.; SOARES, N. **Públicas à pessoa idosa: uma breve discussão da proteção social**, Londrina, 2015. Disponível em: < http://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso/anais/Trabalhos/eixo1/oral/35_politicas_publicas....pdf>. Acesso em 17 de março de 2019.

RAZERA, J. C. C. Contribuições da cienciometria para a área brasileira de educação em ciências. **Ciência & Educação**, v. 22, n. 3, p. 557-560, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-73132016000300557>. Acesso em 03 de set de 2020.

SILVA, C. S; FROTA, K. P. P; AGUIAR, A. N. Políticas públicas de saúde voltadas a pessoa idosa. In: **VII JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS**, 7., 2015, São Luís. Anais, São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2015, p. 1-12. Disponível em < <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo8/politicas-publicas-de-saude-voltadas-a-pessoa-idosa.pdf>>. Acesso em 17 de set de 2020.

CAPÍTULO 3

ABORDANDO A SAÚDE COLETIVA NO CURSO DE LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO FÍSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/04/2021

Lis Maria Machado Ribeiro Bezerra

Mestra em Educação Física
Universidade Federal do Vale do São Francisco
UNIVASF, Petrolina, PE, Brasil.

RESUMO: O objetivo foi relatar experiências e impressões sobre a disciplina Práticas Corporais e Saúde Coletiva do curso de Licenciatura Plena em Educação Física da Universidade Regional do Cariri. A ofertada é no 8 semestre, tem carga horária de 72 horas aula, dividida em teórica/prática na rede de assistência à saúde (RAS). A partir da concepção do debate relativo à inserção do Profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde (SUS). Percebemos os conteúdos da área específica, práticas corporais e atividade física, se espalhando no serviço público de saúde, no nível da atenção primária, secundária e terciária. Na dinâmica da disciplina são apresentadas todas as referências bibliográficas (Educação Física e Saúde Coletiva, Práticas Corporais, Educação Física e Saúde Coletiva, Cenas e Artefatos, Tratado de Saúde Coletiva, documentos e resoluções que respaldam o arcabouço estrutural) a prática de atividades que são trabalhadas nas aulas busca-se inovações a partir dos procedimentos de ensino adotados, entre os quais a discussão de artigos e casos de pacientes, o relato e síntese das experiências dos alunos como usuários do SUS, exercícios que simulam apoio matricial.

A práxis pedagógica docente como também viabilizam a atuação do profissional dentro da estratégia de saúde da família, especificamente no núcleo de apoio à saúde da família, onde os acadêmicos podem confrontar a teoria com a vivência prática, fortalecendo assim o processo de ensino aprendizagem. Espera-se que o relato auxilie na reflexão daqueles que trabalham com temáticas semelhantes e que os cursos de Educação Física se sensibilizem para a importância da discussão destes conteúdos na formação inicial, e a importância da atuação desse profissional na saúde pública.

PALAVRAS - CHAVE: Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Prática profissional; Instituições acadêmicas; Recursos Humanos.

ABSTRACT: Introduction: The purpose of this text was to report some experiences and impressions about the discipline “Body Practices and Collective Health” that I teach for the Physical Education degree course at the Regional University of Cariri. This course is offered in the eighth semester and has a workload of 72 hours. From the conception of the debate regarding the insertion of physical education in the Unified Health System (SUS) as we increasingly perceive the contents of the specific area, say bodily practices, spreading in the public health service, in the primary care level, in the space of basic health units. In the dynamics of the discipline, all bibliographic references are presented (Physical Education and Collective Health, Body Practices, Physical Education and Collective Health, Scenes and Artifacts, Collective Health Treaty) the practice of some activities that are worked on in the classes in which innovations

are sought. from the teaching procedures adopted, including the discussion of articles, texts, the report and synthesis of the students' experiences as users of the Unified Health System, an exercise that simulates a matrix support activity and classes in which students watch some documentaries (followed by the discussion). The classes are divided between theory and practice within the family health strategy, specifically in the family health support center, where academics can confront theory with practical experience, thus strengthening the teaching-learning process. It is hoped that this report will help to reflect on those who work with similar themes and that the courses degree in Physical Education become aware of the importance of discussing these contents in initial training, as well as the importance of the performance of this professional in public health.

KEYWORDS: Health Unic System; Primary Health Care; Professional practice; Academic institutions; Human Resources.

INTRODUÇÃO

Em um cenário de mudanças onde as conjunturas da saúde e educação passam por constantes ajustes, as instituições de Ensino Superior (IES) ao lado dos seus membros (docentes e discentes) criam espaços de articulação para efetivar o processo de ensino aprendizagem, favorecendo assim uma qualidade na composição de seus futuros egressos. Nesse mesmo contexto torna-se notório o processo de desenvolvimento do mercado de trabalho que cada vez mais exige um perfil diferenciado do profissional e que ao mesmo tempo busca mudanças para melhoria da sociedade.

Tal realidade faz com que as IES, repensem suas propostas pedagógicas e se reorganizem para interligar as transformações dos seus referenciais teórico metodológico os quais devem pautar-se em uma estruturação interprofissional e multidisciplinar favorecendo uma educação, crítica, reflexiva, autêntica a ponto de suprir as necessidades dos discentes e docentes em prol da construção e emancipação de uma sociedade e saúde mais equilibrada e justa (Bondia, 2002).

Em 2018 foi aprovada a portaria 1.349/18 que institui diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, a aprovação dessa lei veio ao encontro da reestruturação do projeto político pedagógico do curso de Educação Física da Universidade Regional do Cariri – URCA que no uso de suas atribuições, e respeitando o atual cenário de mudanças sociais, educacionais e na saúde, resolveu mudar a disciplina de Práticas Corporais e Saúde Coletiva da função de optativa para obrigatória.

Diante do exposto o Art. 10 diz “O licenciado em Educação Física terá formação humanista, técnica, crítica, reflexiva e ética qualificadora de intervenção profissional fundamentada no rigor científico, na reflexão filosófica e na conduta ética no magistério, ou seja, na docência do componente curricular Educação Física, tendo como referência a legislação própria do Conselho de Educação para a área”.

Com base nesses pressupostos esse relato de experiência apresenta as experiências

e impressões sobre a disciplina “Práticas Corporais e Saúde Coletiva” que é ofertada para o curso de Licenciatura plena em Educação Física da Universidade Regional do Cariri.

Assim então, o presente estudo tem por objetivo: socializar a experiência docente quanto à práxis pedagógica na disciplina de Práticas Corporais e saúde coletiva.

METODOLOGIA

Para este estudo, os autores se propuseram realizar um estudo na modalidade relato de experiência, de cunho descritivo e qualitativo (Pereira et al, 2018). Ademais, este relato de experiência contou com as vivências dos autores enquanto docentes e, também, como educadores no ensino da Graduação em Educação Física.

Utilizou-se do mesmo modo a literatura científica para subsidiar a discussão e a análise crítica, contemplando livros e artigos científicos, obtidos em bases de dados *on line* como a PUBMED, SCIELO, LILACS, e BVS, buscando referências que tivessem aderência ao tema.

Na seleção dos manuscritos, foram contemplados aos artigos disponíveis na íntegra que abordassem o tema: formação em educação física; práticas corporais em saúde e saúde coletiva; ensino interprofissional; ensino multidisciplinar, publicados entre o período de 2018, por ser o ano da publicação das DCN e, estendeu-se até 2020, data da última oferta da disciplina no curso de licenciatura plena de Educação Física da URCA. Na busca, definiram-se como descritores: Docentes, Educação Física, Saúde Pública, Formação, Capacitação Profissional, que foram pesquisados através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Medical Subject Headings (MeSH), realizada em janeiro a março de 2020. No entanto, ressalta-se que não foi realizada uma revisão integrativa ou sistemática já que o foco central desse estudo se baseia na socialização da experiência docente em um campo prático de regência de classe.

Buscou-se contextualizar a relação entre a teoria e a prática dos sujeitos neste processo (docente/discente), cientes que, o universo acadêmico é permeado por uma contextualização histórica social levando em conta os saberes e afazeres docentes no desenvolvimento da formação inicial.

Com o propósito de sermos o mais objetivo possível neste relato de experiência, o texto foi sistematizado em três partes: ementa da disciplina; fundamentação teórica e prática; finalização da disciplina.




RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ementa e Programa da Disciplina

A disciplina apresenta Estudo de temáticas que articulam a produção do conhecimento nas áreas da Epidemiologia, Saúde Coletiva, O Movimento Sanitário Brasileiro e o Sistema

Único de Saúde. As Práticas Corporais no campo da Saúde Coletiva, especialmente no contexto da atenção primária em saúde. Ênfase nos aspectos conceituais (atividade física, praticas corporais, exercício, aptidão física, corpo, saúde, prevenção, cura, terapêutica e promoção), com base nas ciências humanas e sociais; a dimensão das políticas públicas; e, a formação; a partir da literatura e das experiências que têm sido desenvolvidas com as práticas corporais no SUS. Atuação do Professor de Educação Física como membro da Equipe de Saúde. Relações deste conhecimento com o campo de trabalho, com ênfase no ambiente escolar e implementação e a execução de ações coletivas no âmbito do cuidado coletivo e da gestão do Sistema Único de Saúde.

O programa da disciplina aborda três unidades, as mesmas sendo divididas da seguinte maneira.

 <p>Conceituação básica sobre Saúde Coletiva e Práticas Corporais; Histórico e Percurso da Saúde Pública Brasileira; O movimento sanitário e o Sistema Único de Saúde Políticas públicas e o trabalho em saúde Modelos médicos assistenciais brasileiros, Movimentos sociais, Conferências históricas na saúde pública brasileira</p>	 <p>As práticas corporais no campo da Saúde Coletiva, especialmente no contexto da atenção primária em saúde; Ênfase nos aspectos conceituais (atividade física, praticas corporais, exercício, aptidão física, corpo, saúde, prevenção, cura, terapêutica e promoção), com base nas ciências humanas e sociais. Apresentação e discussão dos princípios que fundamentam o conceito de práticas corporais em relação ao trabalho em saúde: cuidado, integralidade, transversalidade e autonomia; Política Nacional de Promoção da Saúde; Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e Política Nacional de Humanização; Experiências do grupo no serviço;</p>	 <p>Perspectiva do serviço: trabalho com as práticas corporais na cidade do Crato (mapeamento, quais práticas e por quem são desenvolvidas; quais são os objetivos, as dificuldades e necessidades de profissionais e gerentes). Perspectiva dos participantes/usuários. Formação em saúde: dilemas e desafios. Atuação do Professor de Educação Física como membro da Equipe de Saúde: formação direcionada à atuação com as práticas corporais. Política Nacional da Atenção Básica; Descentralização e Municipalização da saúde; Bases Legais do SUS; (Artigo); Contexto atual da saúde no Brasil Família X Comunidade X Saúde; Programas desenvolvidos na Saúde Pública; Pesquisa em Saúde e Metodologia Qualitativa</p>
--	---	--

A metodologia da mesma é pautada nos conteúdos desenvolvidos na disciplina ministrado através de aulas expositivas baseados na literatura de livros e sua aplicação através de aulas práticas, com atuação direta do professor e dos alunos através da execução do conteúdo entre a turma. Sendo através de observação dos alunos em ambientes de saúde (UBS, NASF, CAPS, CRAS, RAS) da região e cursos externos, ocorrendo também a realização de seminários teórico-práticos com a participação ativa dos acadêmicos. Além

de pesquisas e trabalhos em grupos, rodas de conversas, sala de situação nas UBS, aulas práticas, entre outras atividades científicas.

A forma de avaliação consiste em atividades que proporcione o desenvolvimento da pesquisa perante o aluno, instigando o mesmo a busca pelo conhecimento e aprimorarão em prática através de trabalho em grupo e/ou de seminário; planejamento de programa de práticas corporais para o SUS; como também projetos de extensão junto à comunidade, fortalecendo o tripé ensino-pesquisa-extensão, os pilares das instituições de ensino superior. A avaliação prática ocorrer também através de exercícios práticos conforme o andamento das aulas e são devidamente combinados anteriormente com os discentes.

Conforme a pesquisa de Madel. T. Luz (2007) “Educação física e saúde coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde” o autor buscou sentidos e significados atribuídos por profissionais e praticantes às atividades corporais com relação à saúde.

De acordo com Loch MR et al (2020) defendem a urgência da discussão sobre maior participação do campo da Saúde Coletiva nos cursos de formação em Educação Física (EF). Entre os motivos que justificam essa “urgência” destacamos: - A EF necessita para além de uma formação pautada nos efeitos clínicos da atividade física nas doenças, ampliar sua reflexão sobre elementos da gestão em saúde e determinantes socioambientais e políticos de saúde. Essa é uma demanda atual e apontada, entre outros documentos, pela Resolução do Conselho Nacional da Educação que reforça o campo da saúde como um eixo de formação para os novos currículos em formação em EF.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E PRÁTICA

A realidade da fundamentação teórica e prática que envolve a disciplina resultou, ainda que de forma pontual, no aumento da demanda de profissionais de Educação Física para atuarem junto aos serviços públicos de saúde, corroborando, concomitantemente, a fragilidade da formação dos graduandos quanto à saúde coletiva, bem como a precisão de capacitação de profissionais para integrarem as equipes multiprofissionais, particularmente no tocante à atenção básica (Pasquim HM.2010). Desse modo, com base nos documentos oficiais que definem as diretrizes para a promoção da saúde no Brasil, o objetivo desta fundamentação epidemiológica no processo de formação inicial torna imprescindível para a sociedade a medida que esses profissionais ocupam os espaços públicos e atuam na melhoria e resoluções de demandas de saúde.

A ofertada da disciplina ocorre no oitavo semestre e tem carga horária de 72 horas aula, sendo 36 horas/aula de base fundamental teórica e 36 horas/aula de prática na rede de assistência à saúde (RAS). Apresentando atividades que são pautadas no desenvolvimento de estratégias de atividades físicas voltados aos usuários do sistema de saúde brasileiro (SUS), bem como propondo uma reflexão acerca dos rumos da implantação

destas iniciativas, com o intuito de fornecer subsídios aos profissionais de educação física que atuam ou pensam em atuar na área da saúde pública brasileira.

Segundo Valente (2010), é necessário articular a teoria e a prática sem fragmentação, tornando o conhecimento integrado e interdisciplinar. Contudo, para que haja essa transformação, faz-se necessário uma mobilização com ação docente integrada, procurando fazer um trabalho em conjunto com os outros profissionais da área da saúde, de maneira a orientar as estratégias a serem utilizadas segundo os delineamentos do curso de graduação em educação física.

A prática acontece em toda a rede de assistência à saúde, possibilitando ao discentes um leque de experiências na atenção primária de saúde. Vale ressaltar que a região do Cariri apresenta uma forte rede de assistência à saúde, como também a Universidade regional do Cariri – Urca apresentar um alicerce de estruturação para a formação em saúde, com os programas PET- Saúde/Interprofissional e a residência multiprofissional em saúde coletiva, sendo assim mais um espaço para capacitação e conhecimento profissional de discentes em educação física.

Verifica-se que o toda entrada no campo prático, traz consigo um pouco de incerteza uma vez que é o grande momento de poder colocar em prática tudo aquilo que se foi apreendido dentro da sala de aula, desta forma o direcionamento e a orientação trabalhada no processo de ensino aprendizagem torna-se a base do conhecimento para autoconfiança de atuação.

Conforme Morin, Ciurana & Motta (2003), pode-se extrair pontos a serem evidenciados quanto a utilização de estratégias de ensino-aprendizagem, como: poder de incentivar e manter os discentes envolvidos nas atividades propostas; direcionar as estratégias a focar no que deve ser compartilhado com os discentes; ser capaz de promover capacidades de pensamento crítico-reflexivo dos discentes; ativar processos metacognitivos nos discentes, proporcionando a correlação com áreas de conhecimento afins, para sua formação pessoal e profissional e ser capaz de criar alternativas para avaliação das futuras práticas a serem utilizadas.

Estas atividades associadas à atividades físicas dos pacientes permitiram analisar o quanto a área de atuação do profissional de educação física na saúde coletiva pode ser ampla e rica, dessa maneira a preceptoria em educação física estimula esse desenvolvimento.

FINALIZAÇÃO DA DISCIPLINA DE PRÁTICAS CORPORAIS E SAÚDE COLETIVA

A certeza era uma só, ao longo do processo de ensino aprendizagem e das situações de desafios frente aos problemas de saúde, a necessidade de uma disciplina que favorece esse processo de atuação frente a transformação de saúde e social tornou-se evidente quanto a ampliação do olhar para à saúde. Essa conversa fundamental deve ser

configurada desde do primeiro momento de experiência do discente no curso de formação. Frente à compreensão de que a integralização do conhecimento se dá por meio de uma série de interlocuções que permeiam a complexidade do ensino-aprendizagem.

No entanto, o currículo é uma instância reprodutora de valores que são trabalhados nos cursos de graduação, apesar que na modernidade o conhecimento tem sido fragmentado, sob a justificativa da necessidade de aprofundamento das especificidades de cada área. Ocasionalmente uma discrepância com as conduções do processo de ensino – serviço nos cenários de atuação dos profissionais da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É conveniente lembrar que a formação institucionalizada, focada neste trabalho, não é a única possibilidade de contato do estudante com o conhecimento das Práticas Corporais e Saúde Coletiva, tampouco que ele acontece preso necessariamente a disciplinas com o mesmo nome. A contribuição desse conhecimento para o crescimento pessoal e profissional dos participantes envolvidos nesta disciplina reflete sobre a prática profissional frente a diversidade de atuação do profissional de educação física que não seja apenas a mera prescrição de um exercício ou o acompanhamento.

Ademais, acredita-se que, esta socialização deste relato de experiência possa ser uma oportunidade para a reflexão desse debate constante e urgente frente a saúde coletiva nos cursos de educação física, com também para os futuros egressos.

Assim, o presente relato de experiência pretende oportunizar as experiências docentes em meio a disciplina de Práticas Corporais e Saúde Coletiva no curso de graduação em Educação Física proporcionado pela instituição, ampliando as possibilidades de atuação do discentes na esfera da saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Bondia, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, (19), 20-28.
2. Conselho Nacional de Educação (CNE). Resolução nº 6, de 18 de dezembro de 2018. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de graduação em Educação Física e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2018.
3. Costa FF. Novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Educação Física: oportunidades de aproximações com o SUS? *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2019; 24:e0067.
4. Loch MR et al. A urgência da Saúde Coletiva na formação em Educação Física: lições com o COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9):3511-3516, 2020.
5. Madel. T. Luz. Educação física e saúde coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde (2007).

6. Morin, E., Ciurana, E.R., & Motta, R. D. (2003). Educar na era planetária: o pensamento complexo como método de aprendizagem no erro e na incerteza humana. São Paulo: Cortez, Brasília: UNESCO.
7. Nogueira JAD, Bosi MLM. Saúde Coletiva e Educação Física: distanciamentos e interfaces. *Cien Saude Colet* 2017; 22(6):1913-1922.
8. Pasquim, H.M. (2010). A Saúde Coletiva nos cursos de graduação em Educação Física. *Saúde e Sociedade*, 19(1), 193-200.
9. Pereira, A.S. et al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. [e-book]. Santa Maria. Ed. UAB/NTE/UFSM. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1 Acesso em: 05 Abril 2020.
10. RESOLUÇÃO CONFEF nº 046/2002. Dispõe sobre a Intervenção do Profissional de Educação Física e respectivas competências e define os seus campos de atuação profissional.
11. CARVALHO, Y.M. Promoção da Saúde, Práticas Corporais e Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde da Família** (Brasília), v.VII, 2006, p.33-45. CARVALHO, Y.M.;

CAPÍTULO 4

ATUAÇÃO INTEGRADA DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE NO AMBIENTE OCUPACIONAL ATRAVÉS DO “PROJETO HÁBITOS SAUDÁVEIS”

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 04/01/2021

Yassana Marvila Girondoli

Instituto Federal do Espírito Santo - IFES
Vitória – Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/1376477501386211>

Mirian Cardoso de Rezende Soares

Instituto Federal do Espírito Santo - IFES
Vitória – Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/8720836313421224>

Carla Igreja Campos Rosseto

Instituto Federal do Espírito Santo - IFES
Vitória – Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/144922273711564>

Sandra Gonçalves Pereira

Instituto Federal do Espírito Santo - IFES
Vitória – Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/2049316603833444>

Marcus Vinícius Queiroz Rocha

Instituto Federal do Espírito Santo - IFES
Vitória – Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/4231542428157714>

RESUMO: O ambiente de trabalho consiste num espaço importante para o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças. Nesse contexto, a equipe multiprofissional de saúde da Coordenadoria de Atenção à Saúde do Servidor do IFES desenvolveu o Projeto Hábitos Saudáveis, cujo objetivo foi proporcionar aos servidores

um contato mais próximo com a equipe de saúde da Instituição, discutir temas diversos em saúde numa abordagem mais integrada, incentivar mudanças no estilo de vida a partir da educação em saúde e definição de metas individuais alcançáveis, visando a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho. O projeto ocorreu em 2017, através de encontros coletivos e atendimentos individuais, com apresentação e discussão de temas sobre: alimentação saudável, saúde mental, atividade física, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, doenças crônicas não-transmissíveis e autocuidado em saúde. Participaram 12 servidores de diferentes campi do IFES, com idade entre 28 e 55 anos. Verificou-se: i) maior conscientização em adotar um estilo de vida mais saudável; ii) compreensão sobre os possíveis fatores de riscos que levam ao desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis, bem como as formas de prevenção e/ou controle das mesmas; iii) motivação dos servidores para iniciar mudanças em seus hábitos de vida; iv) maior aproximação e procura dos servidores pelo serviço de saúde do IFES; v) melhora da qualidade dos alimentos ofertados em confraternizações mensais realizadas na Instituição. Portanto, as ações promovidas pela equipe multiprofissional de saúde de forma integrada influenciaram positivamente os servidores a buscarem hábitos de vida mais saudáveis, evidenciando a importância de se utilizar o espaço de trabalho como recurso para desenvolver atividades educativas e transformadoras que visem a melhoria da qualidade de vida do trabalhador.

PALAVRAS - CHAVE: Saúde do trabalhador,

saúde pública, promoção da saúde, educação em saúde.

INTEGRATED PERFORMANCE OF A MULTIPROFESSIONAL HEALTH TEAM IN THE OCCUPATIONAL ENVIRONMENT THROUGH THE “HEALTHY HABITS PROJECT”

ABSTRACT: The workplace is an important space to develop health promotion and disease prevention activities. In this context, the multiprofessional health team of IFES's Server Health Care Coordination developed the Healthy Habits Project, whose objective was provide to employees a closer contact with the institution's health team, to discuss different health topics in a more integrated approach, encourage changes in lifestyle based on health education and definition of achievable individual goals, aiming to promote health and quality of life at work. The project was carried out in 2017, through collective meetings and individual consultations, with presentation and discussion about: healthy eating, mental health, physical activity, consumption of alcoholic beverages, smoking, chronic non-communicable diseases and self-care in health. There were 12 workers from different IFES location, aged between 28 and 55 years old. It was observed: i) greater awareness of adopting a healthier lifestyle; ii) understanding of the possible risk factors that lead to development of chronic non-communicable diseases, as well as ways of preventing and / or controlling them; iii) motivation of workers to start changes in their life habits; iv) greater approximation and demand for IFES's health service; v) improving of food's quality offered in monthly gatherings held at the Institution. Therefore, actions promoted by the multi-professional health team in an integrated manner positively influenced the employees to seek healthier lifestyle habits, showing the importance of using the work space as a resource to develop educational and transformative activities to aimed improving worker's life quality.

KEYWORDS: Occupational health, public health, health promotion, health education.

1 | INTRODUÇÃO

O ambiente de trabalho é considerado um dos contextos prioritários para a promoção da saúde no século XXI a nível físico, mental, econômico e social dos trabalhadores. A Organização Internacional do Trabalho (OIT), dentre outras organizações como a Agência Europeia para a Segurança no Trabalho (EU-OSHA) e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento (OCDE) estão vigilantes quanto às questões voltadas aos riscos psicossociais, a saúde mental e o bem-estar no trabalho (ABREU; BORGES; QUEIRÓS, 2019; CARVALHO; SOARES, 2019; EVANGELISTA et al., 2019).

Nesse contexto, a implementação de programas de Promoção da Saúde no Local de Trabalho (PSLT) tem ganhado adesão e importância, considerando a sobrecarga multifatorial a que os trabalhadores são submetidos diariamente. No âmbito da saúde, a PSLT contribui para o avanço do conhecimento, consciência do risco de doenças, melhoria no estado de saúde dos trabalhadores e redução da incidência de agravos e os custos com a saúde (CARVALHO; SOARES, 2019). Além disso, tais programas têm o potencial para melhorar comportamentos de saúde a nível individual e permitir mudanças estruturais a nível organizacional para proporcionar um ambiente e uma força de trabalho saudáveis

(ABREU; BORGES; QUEIRÓS, 2019).

Destaca-se o papel das equipes multiprofissionais de saúde em uma organização como agentes capazes de viabilizar o processo de promoção da saúde no ambiente de trabalho, através do reconhecimento dos determinantes sociais de saúde (fatores econômicos, culturais, psicológicos, comportamentais e sociais) (OGATA, 2018). Sabe-se que tais profissionais de saúde devem trabalhar de forma integrada, com enfoque interdisciplinar, buscando agregar seus conhecimentos técnicos numa abordagem dinâmica, integrar o sistema de saúde, estimular o autocuidado e contribuir com esforços no campo qualidade de vida e saúde do trabalhador (OGATA, 2018; SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

Diante do exposto, o Projeto Hábitos Saudáveis teve por objetivo proporcionar aos servidores do IFES um contato mais próximo com a equipe multiprofissional de saúde, discutir temas diversos em saúde numa abordagem mais integrada, incentivar mudanças no estilo de vida dos servidores a partir da educação em saúde e definição de metas individuais alcançáveis, visando a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de natureza descritiva referente à atividade de promoção da saúde denominada “Projeto Hábitos Saudáveis”, um projeto de intervenção realizado entre abril e agosto de 2017, no Instituto Federal do Espírito Santo (IFES). Tal projeto foi elaborado e executado pela equipe multiprofissional de saúde que atua na Coordenadoria de Atenção à Saúde do Servidor (CASS) da referida Instituição de Ensino. Contou com a atuação da nutricionista, enfermeira, psicóloga, assistente social e médico do trabalho, todos pertencentes à CASS. Além disso, houve a colaboração de uma educadora física do quadro de docentes do IFES para a realização de uma das palestras.

Realizaram-se 7 encontros coletivos, com intervalo de aproximadamente 20 dias entre eles, em que foram apresentados e discutidos por cada especialidade técnica temas relevantes em saúde que incentivassem a adoção de hábitos saudáveis pelos servidores. No primeiro encontro coletivo conduzido pela enfermeira, foi feita uma explicação minuciosa sobre o projeto e como o mesmo seria conduzido pela equipe multiprofissional. Também foi entregue aos participantes um cartão individual para registro dos parâmetros de saúde mensurados, bem como metas individuais que cada um almejava alcançar até o final do projeto.

Os cinco encontros seguintes trataram de temas específicos em saúde: i) alimentação saudável e dietas da moda (nutricionista); ii) saúde mental e emocional (psicóloga); iii) importância da atividade física para a saúde (educadora física); iv) consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo (assistente social); v) doenças crônicas não-transmissíveis e autocuidado em saúde (médico do trabalho). Também foram realizados atendimentos individuais em saúde com cada especialidade técnica da equipe multiprofissional no

decorrer do projeto, como forma de atender e acolher as demandas individuais de cada participante. Os encontros coletivos foram realizados no auditório do IFES campus Vitória e os atendimentos individuais foram realizados nas salas de atendimentos da CASS-Reitoria, ambos durante o horário de trabalho dos servidores.

No último encontro coletivo, os participantes avaliaram o projeto através de um questionário semiestruturado, sendo um momento de trocas, em que os mesmos puderam compartilhar suas expectativas, experiências, dificuldades e motivação no decorrer do projeto, sugerir melhorias para as futuras ações em saúde da equipe multiprofissional e dialogar sobre os resultados alcançados conforme as metas individuais estipuladas. Ao final do encontro, foi realizada uma confraternização com todos os participantes do projeto a partir de um lanche caseiro compartilhado e preparado pelos próprios servidores.

Vale ressaltar que no primeiro e último encontro, os servidores passaram por uma triagem em saúde com a enfermeira e nutricionista da equipe: mensuração do peso corporal através de uma balança plataforma digital com capacidade para 200kg; mensuração do perímetro de cintura por meio de fita métrica flexível e inelástica de 200cm, aferição da pressão arterial por meio de esfigmomanômetro aneroide com braçadeira em Nylon e estetoscópio; e glicemia capilar pós-prandial com medidor de glicose G-Tech. Tal triagem teve por objetivo identificar alguma situação específica de saúde no início do projeto para encaminhamentos necessários, além de permitir um comparativo pelos próprios participantes em relação a seus parâmetros de saúde avaliados no início e ao final do projeto (peso, perímetro de cintura, pressão arterial e glicemia), os quais foram anotados em seus cartões individuais.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, inscreveram-se no projeto 16 servidores. Contudo, houve a participação efetiva de 12 servidores (5 homens e 7 mulheres) de diferentes *campi* do IFES (Campus Vitória, Aracruz, Linhares e Reitoria), com idade entre 28 e 55 anos.

Observou-se, no decorrer do projeto, significativa evolução e desenvolvimento do senso crítico e participativo dos servidores, bem como a sociabilização e interação nos encontros, abertura para o diálogo e comunicação. Além disso, verificou-se mudanças benéficas no comportamento dos servidores e busca por melhorias em sua saúde:

- i) Maior conscientização por parte dos servidores em adotar um estilo de vida mais saudável, dentro de cada meta individual traçada no início do projeto;
- ii) Compreensão por parte dos servidores sobre os possíveis fatores de riscos que levam ao desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis, bem como as estratégias de prevenção e/ou controle das mesmas;
- iii) Motivação dos servidores para iniciar mudanças em seus hábitos de vida;
- iv) Despertar para um problema de saúde já apresentado pelo servidor e, que em

alguns casos, ainda não tinha sido diagnosticado (diabetes e hipertensão arterial) até a triagem feita durante o projeto;

v) Maior aproximação dos servidores com a serviço de saúde do IFES e aumento pela procura de atendimento nutricionais, de enfermagem e psicologia;

vi) Engajamento de 10 participantes interessados em alcançar melhores resultados em saúde no “Programa de acolhimento dos servidores com excesso de peso, dislipidemia, diabetes mellitus e hipertensão arterial”, ofertado pela CASS;

vii) Melhora da qualidade dos alimentos ofertados em confraternizações mensais realizadas na Instituição, com aumento de frutas, sucos naturais, cereais integrais, patês caseiros e redução de salgados fritos, bolos cremosos e refrigerantes.

No último encontro, durante a avaliação coletiva do projeto, alguns servidores também relataram sua satisfação em participar dessa ação em saúde, colocando-se reflexivos quanto às mudanças comportamentais já alcançadas durante o projeto e aquelas necessárias para a adoção de hábitos de vida mais saudáveis:

“Gostamos muito do projeto e, por esse motivo, seria interessante dar continuidade com as palestras no ano que vem e ampliar para mais campi”.

“Devo repensar como alcançar meus objetivos, tendo em vista os acontecimentos durante o ano que me tiraram do foco dos hábitos saudáveis”.

“Estamos muito gratos pelos momentos de conscientização e orientação”.

“Passei a ter mais organização com a minha alimentação, tanto para comprar, preparar e consumir a comida”.

“Apesar de não ter alcançado minha meta de redução de peso corporal (chegar a 80kg), consegui implementar mudanças em meus hábitos alimentares que contribuíram com a perda de alguns quilos e melhora da saúde e bem-estar”.

“Os encontros foram ótimos para nos ajudar em situações em que o convívio social dificulta as escolhas alimentares. Aqueles momentos de confraternização entre amigos e familiares que podem nos atrapalhar a alcançar a perda de peso desejável, agora podem acontecer sem que eu cometa exageros”.

Conforme Carvalho e Soares (2019), mudar o estilo de vida é uma tarefa desafiadora e que requer empenho do próprio indivíduo. Trata-se de um processo complexo, muitas vezes acompanhado de resistência por parte daqueles que necessitam e/ou percebem os benefícios para a saúde e qualidade de vida em adotar hábitos mais saudáveis. Contudo, a educação em saúde é uma estratégia fundamental para conduzir os sujeitos a essas mudanças, seja com a finalidade de promoção da saúde e/ou prevenção de risco ou agravos.

Os resultados de uma revisão integrativa identificaram que a maioria dos programas de Promoção da Saúde nos Locais de Trabalho (PSLT) teve como alvo a gestão da doença, a gestão dos estilos de vida e a prevenção das doenças crônicas. Também foi observado que, independentemente das características das intervenções, a maioria delas teve resultados positivos, o que reforça a importância das PSLT para a melhoria da saúde e da qualidade de vida dos trabalhadores (ABREU; BORGES; QUEIRÓS, 2019).

Corroborando com um estudo desenvolvido no Instituto Federal do Rio Grande do Norte (IFRN), O Projeto Hábitos Saudáveis, desenvolvido no IFES, também proporcionou um espaço de diálogo e de sociabilidade entre os servidores, onde foi possível compartilhar saberes sobre alimentação saudável, processos de saúde e doença, saúde mental e emocional, autocuidado, atividade física e lazer, bem como a compreensão da influência de tais fatores na qualidade de vida dos servidores pertencentes à referida Instituição de Ensino (NUNES, 2019).

Vale ressaltar que, embora os trabalhadores não possam ser forçados a mudar seu comportamento no âmbito da saúde, os mesmos podem ser encorajados e incentivados a buscar melhorias em seus hábitos e estilo de vida através da disponibilidade de um ambiente ocupacional de apoio e de educação em saúde. Assim, espera-se que os efeitos da PSLT se manifestem tanto a nível físico, mental e social desse grupo (ABREU; BORGES; QUEIRÓS, 2019)

4 | CONCLUSÃO

As ações promovidas pela equipe multiprofissional de saúde, de forma integrada, influenciaram positivamente os servidores a buscarem mudanças comportamentais para hábitos de vida mais saudáveis. Ações como o Projeto Hábitos Saudáveis conscientizam os indivíduos a serem agentes de sua própria saúde e, ao mesmo tempo, fomenta o apoio biopsicossociocultural das instituições públicas e/ou organizações empresariais para com seus trabalhadores.

Evidencia-se a importância de se utilizar o espaço de trabalho como recurso para desenvolver atividades educativas em saúde e transformadoras que visem a melhoria da qualidade de vida. Portanto, é necessário fortalecer a atuação e integração das equipes multiprofissionais de saúde no ambiente ocupacional, como estratégia expandida de promover saúde à coletividade.

REFERÊNCIAS

ABREU, M.; BORGES, E.; QUEIRÓS, C. Eficácia dos programas de promoção de saúde nos locais de trabalho: Revisão integrativa. **Revista Rol. de Enfermaria**. v. 43, n. 1, p. 322-334, 2020.

CARVALHO, M. P.; SOARES, M. C. F. Programa de promoção da saúde: uma proposta para o trabalhador portuário no sul do Brasil. **Revista Interdisciplinar em Promoção da Saúde**, Santa Cruz do Sul: v. 2, n. 1, jan. 2019. ISSN 2595-3664. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/13292/8356>. Acesso em: 23 de dezembro de 2020.

EVANGELISTA, R. A. *et al.* Programas de promoção de saúde ocupacional implementados em professores de Instituições de Ensino Superior. **Enfermaria Actual de Costa Rica**, San José: n.37, p. 263-272, dec. 2019. Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682019000200263&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 de dezembro de 2020.

NUNES, R. A. Promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho e para além dele – Dimensões instrumentais e vivências educativas no IFRN (Brasil). **Tese de Doutorado em Ciências da Educação (Especialidade em Sociologia da Educação)**, Universidade do Minho Instituto de Educação, 2019. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/64428?mode=full>. Acesso em: 28 de dezembro de 2020.

OGATA, A. J. N. Promoção da saúde no ambiente de trabalho. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. v. 16, p. 41-42, 2018. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v16s1a22.pdf>. Acesso em: 23 de dezembro de 2020.

SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v. 15, supl. 1, p. 1685-1698, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700080&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 de dezembro de 2020.

CAPÍTULO 5

CHRONIC PAIN: A LITERATURE REVIEW

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 06/03/2021

Ana Beatriz Gomes Santiago

Discente do Curso de Medicina do Centro
Universitário INTA
Sobral - CE
<http://lattes.cnpq.br/1640213132975521>

Raffaella Neves Mont'Alverne Napoleão

Discente do Curso de Medicina do Centro
Universitário Christus
Fortaleza - CE
<http://lattes.cnpq.br/9112153547687467>

Amanda Holanda de Andrade

Discente do Curso de Medicina do Centro
Universitário INTA
Sobral - CE
<http://lattes.cnpq.br/1765107347835955>

Ana Karine Coelho Ponte

Discente do Curso de Medicina do Centro
Universitário INTA
Sobral - CE
<http://lattes.cnpq.br/0895666314950099>

Andressa Fernandes de Souza Mourão Feitosa

Discente do Curso de Medicina da
Universidade Federal do Ceará UFC
Fortaleza – CE
<http://lattes.cnpq.br/0741661366713876>

Cádmio Silton Andrade Portella Filho

Discente do Curso de Medicina do Centro
Universitário INTA
Sobral - CE

<http://lattes.cnpq.br/9003683735365189>

Lissa Rosário Medeiros de Araújo

Discente do Curso de Medicina do Centro
Universitário INTA
Sobral - CE
<http://lattes.cnpq.br/3918378644894530>

Mariana Augusta Araújo de Amorim Medeiros

Discente do Curso de Medicina do Centro
Universitário INTA
Sobral - CE
<http://lattes.cnpq.br/1888203564463138>

Marina Uchôa de Alencar

Discente do Curso de Medicina do Centro
Universitário INTA
Sobral - CE
<http://lattes.cnpq.br/6971243105246138>

Diego Macêdo de Freitas

Discente do Curso de Medicina do Centro
Universitário INTA
Sobral – CE
<http://lattes.cnpq.br/>

Emanuella de Oliveira Coriolano

Discente do Curso de Medicina do Centro
Universitário INTA
Sobral – CE
<http://lattes.cnpq.br/>

José Carlos Araújo Fontenele

Docente do Curso de Medicina do Centro
Universitário INTA
Sobral - CE
<http://lattes.cnpq.br/0968218143394657>

ABSTRACT: Introduction: According to the International Association for the Study of Pain (IASP); Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with real or potential tissue damage, described in terms of such damage. According to Guyton and Hall, 2017 the pain can be triggered by several types of stimuli that are classified as painful mechanical, thermal and chemical. **Objectives:** Understand the epidemiology, pathophysiology and prevalence of chronic pain. **Methodology:** Literature review, using as descriptors: Chronic Pain, Analgesia, Self-medication, Primary Health Care. **Results and discussion:** Chronic pain is recognized worldwide as a serious health problem, since about 10% of the world's population suffers from chronic pain, being one of the most common demands for seeking medical care. The central pain sensitization mechanism is initiated by the transmission of harmful stimuli, which pass through the spinal cord and are not a passive process. Intramedullary circuits are capable of altering stimuli and generating different responses, and the sum of all these actions is the final result that will reach the cortex. (Woolf C. et al., 2018). Some factors studied can be triggers for the development of chronic pain, such as depression, physical and functional disability, dependence, social withdrawal, changes in sexuality, changes in family dynamics, economic imbalance, hopelessness, feeling of death and others (MUNER and SALES, 2020). **Conclusion:** Chronic pain is a public health problem that causes personal and social damage, being a frequent reason for self-medication with over-the-counter analgesics for individuals who suffer from some type of pain. Epidemiological studies of chronic pain in Brazil and the rest of the world are scarce and its prevalence remains poorly understood, even in developed countries.

KEYWORDS: Chronic pain. Analgesia. Self-medication.

DOR CRÔNICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

RESUMO: Introdução: De acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP); dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano real ou potencial ao tecido, descrita em termos de tal dano. De conformidade com Guyton e Hall, 2017 a dor pode ser desencadeada por diversos tipos de estímulos que são classificados como estímulos dolorosos mecânicos, térmicos e químicos. **Objetivos:** Conhecer a epidemiologia, fisiopatologia e prevalência da dor crônica **Metodologia:** Revisão bibliográfica, utilizando como descritores: Dor Crônica, Analgesia, Automedicação, Atenção Primária à Saúde. **Resultados e discussão:** A dor crônica é reconhecida mundialmente como um grave problema de saúde, pois cerca de 10% da população mundial sofre de dor crônica, sendo uma das demandas mais comuns para procura de atendimento médico. O mecanismo de

sensibilização da dor central é iniciado a partir da transmissão dos estímulos nocivo, que passam pela medula espinhal e não é um processo passivo. Os circuitos intramedulares são capazes de alterar estímulos e gerar diferentes respostas, e o fator somativo de todas essas ações é o resultado final que chegará ao córtex. (Woolf C. et al., 2018). Alguns fatores estudados podem ser gatilhos para o desenvolvimento de dor crônica, tais como depressão, incapacidade física e funcional, dependência, afastamento social, mudanças na sexualidade, alterações na dinâmica familiar, desequilíbrio econômico, desesperança, sentimento de morte e outros (MUNER and SALES, 2020) **Conclusão:** A dor crônica é um problema de saúde pública que acarreta prejuízos pessoais e sociais, sendo motivo frequente para automedicação com analgésicos de venda livre de indivíduos que sofrem com algum tipo de dor. Estudos epidemiológicos de dor crônica no Brasil e no resto do mundo são escassos e a sua prevalência permanece pouco compreendida, mesmo em países desenvolvidos.

PALAVRAS - CHAVE: Dor Crônica. Analgesia. Automedicação.

DEFINITION OF PAIN

According to the International Association for the Study of Pain (IASP); Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage. According to Guyton and Hall (2017), pain can be triggered by several types of stimuli that are classified as painful mechanical, thermal and chemical stimuli.

To understand pain, we must first understand what nociception is. There are four basic nociception processes: transduction, conduction, modulation and perception. Faced with a harmful stimulus or tissue damage, a series of neurotransmitters are released, known collectively as “inflammatory soup”, substances responsible for causing pain. The nociceptive signals after reaching the spinal cord travel through the spinothalamic tracts until they reach the thalamus and other nuclei of the limbic system, where emotional responses are involved and can be modulated by a series of emotional mechanisms, finally reaching the somatosensory cortex, where the phenomenon is finally integrated as pain (GARCIA-ANDREU, 2017)

Furthermore, it is worth emphasizing that pain and nociception are synonymous. While nociception (from the Latin “nocere”, means to hurt or nociceptive sensation) involves the coding and processing of stimuli (physical, chemical, thermal) that result in pain, through a complex cascade of events from the periphery to the upper structures of the Central Nervous System (CNS), pain cannot be determined exclusively by the activity of sensory neurons, it is always a personal experience, influenced to varying degrees, by several factors (RAJA et al., 2020).

Many scholars recognize that pain-causing stimuli can damage tissues, so they refer to pain as an experience associated with actual or potential tissue damage, felt in one part or parts of the body. However, it is also defined that pain is always an unpleasant event and, therefore, it is also an emotional experience.

However, many people report pain, even in the absence of any tissue damage or any pathophysiological cause, in the same way as the painful experience caused by tissue damage. Thus, this type of report, which has psychological causes as the most frequent cause, is also accepted as pain. This avoids linking the pain to the stimulus. It is also corrected that, pain is always a psychological state, although we can appreciate that it usually has a close physical cause (IASP, 2020).

As Garcia-andreu (2017) cites, this definition emphasizes that not only is the physiological process of stimulation of nociceptors involved, but it also encompasses an important affective component. This is what makes pain such a complex, personal and non-transferable phenomenon. And it has been part of our lives from the moment we were born, even before.

PAIN CLASSIFICATION

Pain is classified into two main types: rapid pain and slow pain. Rapid pain is also described by several alternative names, such as point pain, needle pain, acute pain and electrical pain. Rapid spot pain is not felt in the deepest tissues of the body. The quick punctual painful signals are triggered by mechanical or thermal stimuli. They are transmitted by the peripheral nerves to the spinal cord through A-delta fibers, with speed between 6 and 30 m / s (GUYTON AND HALL, 2017).

According to the same author, slow pain also has several names, such as burning pain, persistent pain, pulsating pain, nauseating pain and chronic pain. This type of pain is usually associated with tissue destruction. Slow pain can lead to prolonged and almost unbearable suffering and can occur on the skin and in almost any deep organ or tissue. Painful signs of chronic slow pain are triggered mainly by painful chemical stimuli, but sometimes by persistent mechanical or thermal stimuli. This chronic slow pain is transmitted to the spinal cord by type C fibers, with speeds between 0.5 and 2 m / s.

Due to this double innervation system for pain, the sudden painful stimulus, in general, causes a “double” painful sensation: rapid punctual pain that is transmitted to the brain via the Ad fiber path, followed in 1 second or more by a slow pain transmitted through the C-fiber path. Point pain quickly warns the person about danger and therefore plays an important role in the individual’s immediate reaction to move away from the painful stimulus. Slow pain tends to increase over time. This sensation ultimately produces intolerable pain and keeps the person trying to alleviate the cause of the pain. Fast punctual pain can be located much more accurately in different parts of the body than chronic slow pain (GUYTON AND HALL, 2017).

Acute pain has an important alert role and chronic pain is a global public health problem. In the hospital environment, pain can be due to the disease itself, diagnostic processes or therapeutic interventions and can be a source of stress for patients, which can

prolong hospitalization or induce other morbidities, increasing treatment costs (SALVETTI et al., 2020).

Acute pain has an important biological value for preserving the integrity of the individual, as it is a symptom that alerts to the occurrence of injuries to the body; chronic pain, on the other hand, does not have this characteristic. Because it causes absenteeism, temporary or permanent disability, morbidity and high costs to the health system, pain has been considered a public health problem. The IASP clarifies that the best starting point in the differentiation between chronic and acute pain is three months of the disease occurring, but for research purposes it suggests a period of six months (BARBOSA, VIEIRA and GARCIA, 2018).

It is estimated that the prevalence of chronic pain in the world is around 10.1 to 55.5%, with an average of 35.5%. In Brazil, although there are not many epidemiological studies, some studies confirm an incidence similar to that estimated by the IASP. In Spain, a telephone survey of 5,000 households found a prevalence of chronic pain of 23.4% of the general population. In Norway, 24.4% of 4,000 Norwegians interviewed answered that they had chronic pain, 65% of whom indicated that they had experienced pain for more than 5 years (BARBOSA, VIEIRA and GARCIA, 2018).

MECHANISM OF PAIN

For a better understanding of this event, it is essential to understand what nociception is. There are four basic nociception processes: transduction, conduction, modulation and perception. Faced with a harmful stimulus or tissue damage, a series of neurotransmitters are released, known collectively as “inflammatory soup”, substances responsible for causing pain. The nociceptive signals after reaching the spinal cord travel through the spinothalamic tracts until they reach the thalamus and other nuclei of the limbic system, where emotional responses are involved and can be modulated by a series of emotional mechanisms, finally reaching the somatosensory cortex, where the phenomenon is finally integrated as pain (ANDREU, 2017).

The mechanism of pain transmission, its pathophysiology, is activated through two known means, which involve peripheral and central sensitization. Starting with the peripheral mechanism, it is worth noting that the entire transmission process begins when the painful phenomenon becomes action potentials, initiated in the peripheral nerve fibers, and moves to the central nervous system (ARENDT-NIELSEN et al., 2018).

The specific receptors for pain are located at the endings of nerve fibers A δ and C, and when activated, they undergo changes in their membrane, allowing the triggering of action potentials, causing pain activation (BARAKAT, HAMDY and ELBADR, 2018). It should also be noted that A δ fibers are known to be responsible for the rapid transmission of pain, due to their myelination, unlike C fibers, which transmit it slowly, as they do not have

the presence of the myelin sheath. Both are classified into subtypes A δ 1, A δ 2, C1 and C2 (LOEWENSTEIN, 1971; SEYMOUR, 2019).

When the stimulus causes tissue damage, an inflammatory process is triggered, followed by repair. This persistence of aggression causes changes in the peripheral nervous system and sensitization of nerve fibers, leading to hyperalgesia and increased levels of cAMP and calcium in nociceptors. This phenomenon occurs due to the activation of inflammation mediators, which, consequently, promote the activity of neurons, exacerbating stimuli, making them supra-thresholds, thus, decreasing the activation of nociceptors (Ferreira, 1995; CARVALHO et al., 2020). In a brief synthesis, tissue aggression culminates in the accumulation of arachidonic acid metabolites. The production of prostaglandins and leukotrienes - inflammatory substances - leads to the process of degranulation of mast cells, causing the direct activation of nerve fibers, macrophages and lymphocytes. Mediators are then released, such as potassium, serotonin, substance P, histamine and kinins, which result in changes in vascular permeability, local blood flow and production of the classic inflammatory signs of flushing, heat, pain, tumor and functional impotence. The peripheral sensitization process begins with a consequent exacerbation of the response to the painful stimulus (AIDA, 1999; DE SOUSA et al., 2019;).

In turn, the central pain sensitization mechanism starts with the transmission of harmful stimuli, which pass through the spinal cord and are not a passive process. Intramedullary circuits are capable of altering stimuli and generating different responses, and the summing factor of all these actions is the final result that will reach the cortex (WOOLF et al., 2018). Central sensitization implies changes in peripheral impulses, with adaptations, such as the impulses that are repeated in C fibers, which tend to make the signals from spinal neurons amplified, reaching the brain (YANG et al., 2019). After tissue aggression, neurotransmitters are released, such as substance P, somatostatin, peptide genetically related to calcitonin, neurokinin-A, glutamate and aspartate. It is also noteworthy that these peripheral lesions induce plasticity in supraspinal structures through mechanisms that involve specific types of glutamate receptors. After the release of excitatory neurotransmitters, caused by the action potential that exceeded the threshold. These excitatory substances, such as glutamate and aspartate, located in the dorsal horn of the spinal cord, produce depolarization at NMDA receptors. Thus, the conductivity of calcium is increased, consequently, the response to pain (WOOLF et al., 2018).

PAIN RISK GROUP

Currently, chronic pain is more prominent because it affects mainly the young academic population in the health area. According to a study carried out at the University of Taubaté, located in São Paulo, in 2017, with medical students from the referred institution, 141 of the 395 (35.69%) academics interviewed referred to chronic pain, emphasizing that

the percentage increases with the passage of time. semesters. Freshmen, for example, have a rate of only 28.3%, while students in the 5th period report 62.5%. Substantially, another study carried out by the Federal University of Goiás stands out, involving only students in the field of nursing and the percentage was even higher than the finding of medical students mentioned above.

It is also worth noting that the female population is the most affected today. Chronic pain in women represents 61.4% ($p = 0.0001$) in relation to men (KRELING, 2006; STEINGRÍMSDÓTTIR, et al., 2017). Thus, some recent research has tried to justify this statement with the prerogative that the female reproductive cycle can interfere with the perception of pain, making women more sensitized (BERKLEY, 1997). Socially, there is also a justification that tries to explain the majority of women in relation to men, since women can present more tasks and more responsibilities, taking care of children, domestic chores and work. However, this assumption becomes invalid from the moment that it considers the woman having the obligation to carry out domestic chores and take care of the children alone. Currently, this is a subject that is widely discussed in society as a whole and there is no obligation for women in the year 2020 to provide such services.

Some factors studied can be triggers for the development of chronic pain, such as depression, physical and functional disability, dependence, social withdrawal, changes in sexuality, changes in family dynamics, economic imbalance, hopelessness, feeling of death and others (MUNER and SALES, 2020), as it is a type of pain that connects with the limbic system, making the pain process more purely emotional and sensitized, drastically affecting the quality of life of individuals, causing both physical and psychological suffering.

The prevalence of chronic pain remains poorly understood, even in developed countries, where several epidemiological studies have been conducted. performed. In Brazil, chronic pain is the main cause of demand in outpatient pain care, reflecting the data from the World Health Organization (WHO) that about 10% of adults are diagnosed with chronic pain each year.

Aware of this, it is known that more detailed studies will be necessary to contribute effectively to the establishment of social policies, health and objectives for the prevention and adequate treatment of pain.

REFERENCES

1. ARENDT-NIELSEN, Lars et al. Assessment and manifestation of central sensitisation across different chronic pain conditions. **European Journal of Pain**, v. 22, n. 2, p. 216-241, 2018.
2. BARAKAT, Ahmed; HAMDY, Mostafa M.; ELBADR, Mohamed M. Uses of fluoxetine in nociceptive pain management: A literature overview. **European journal of pharmacology**, v. 829, p. 12-25, 2018.

3. BARBOSA, Fernanda Martins; VIEIRA, Érica Brandão de Moraes; GARCIA, João Batista Santos. Crenças e atitudes em pacientes com dor lombar crônica. **BrJP**, São Paulo, v. 1, n. 2, pág. 116-121, junho de 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2595-31922018000200116&lng=en&nrm=iso>. acesso em 08 de março de 2021. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180023>.
4. CARVALHO, Wilson Andrade; LEMÔNICA, Lino. Mecanismos celulares e moleculares da dor inflamatória. Modulação periférica e avanços terapêuticos. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 48, n. 2, p. 137-158, 2020.
5. DE SOUSA, Ellen Karine Saraiva et al. Uso da cetamina na analgesia preemptiva como forma de alívio da dor no pós-operatório imediato/Use of ketamine in preemptive analgesia as a form of pain relief in the immediate postoperative period. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 13, n. 45, p. 533-556, 2019.
6. GARCIA-ANDREU, Jorge. Tratamento básico da dor aguda e crônica. **Um ninho. Mex.**, Cidade do México, v. 29, Supl. 1 p. 77-85, 2017. Disponível em <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712017000400077&lng=es&nrm=iso>. Acessado em 08 de março de 2021.
7. GUYTON, A.C. e Hall J.E.– **Tratado de Fisiologia Médica**. Editora Elsevier. 13ª ed., 2017.
8. MUNER, Luana Comito; DO NASCIMENTO SALES, Wislânia Moraes. A DOR AMENIZADA. **Revista Cathedral**, v. 2, n. 1, 2020.
9. RAJA, S.N. et al The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, v. 00, p. 1-7, 2020.
10. SALVETTI, Marina de Góes et al. Impacto da dor aguda e adequação analgésica em pacientes hospitalizados. **BrJP**, São Paulo, v. 3, n. 4, pág. 333-336, dezembro de 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2595-31922020000400333&lng=en&nrm=iso>. acesso em 26 de fevereiro de 2021. Epub 08 de janeiro de 2021. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200188>.
11. SEYMOUR, Ben. Pain: a precision signal for reinforcement learning and control. **Neuron**, v. 101, n. 6, p. 1029-1041, 2019.
12. STEINGRÍMSDÓTTIR, Ólöf Anna et al. Defining chronic pain in epidemiological studies: a systematic review and meta-analysis. **Pain**, v. 158, n. 11, p. 2092-2107, 2017.
13. WOOLF, Clifford J. Pain amplification—A perspective on the how, why, when, and where of central sensitization. **Journal of Applied Biobehavioral Research**, v. 23, n. 2, p. e12124, 2018.
14. YANG, Jun-Song et al. Posterior unlocking of facet joints under endoscopy followed by anterior decompression, reduction, and fixation of old subaxial cervical facet dislocations: a technical note. **World neurosurgery**, v. 130, p. 179-186, 2019.

CAPÍTULO 6

CONCEITOS EM SAÚDE COLETIVA E MEDICINA: UMA ABORDAGEM INTEGRADA

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 04/01/2021

Danilo Alvin de Paiva Gonçalves Filho

Universidade Federal de Jataí, Curso de
Medicina, Jataí – GO
<http://lattes.cnpq.br/2827085563718121>

Marco Antônio da Silva Júnior

Universidade Federal de Jataí, Curso de
Medicina, Jataí-GO
<http://lattes.cnpq.br/9110488031622337>

Ana Amélia Freitas Vilela

Universidade Federal de Jataí, Curso de
Medicina, Jataí-GO
<http://lattes.cnpq.br/1448314956692749>

RESUMO: Até a década de 70, a maior parte do país residia em áreas consideradas rurais, havendo uma mudança nesse cenário somente após o processo de transição urbana que se potencializou pela industrialização do país. Para uma melhor compreensão do que é área urbana e rural, conceituaremos cada um segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No âmbito da Saúde Coletiva, a gestão em saúde na Atenção Básica se faz de modo a elencar como o gerenciamento nesse nível de atenção pode contribuir para que os pacientes recebam uma assistência adequada e de qualidade. Assim, é importante que se reconheça como a Rede de Atenção à Saúde (RAS), que tem a Atenção Primária como ponto central,

organiza-se. Epidemia e endemia são conceitos da área da Epidemiologia e Saúde Coletiva que são frequentemente confundidos por possuírem semelhanças tanto em suas grafias como também em seus conceitos. No entanto, a compreensão e distinção de cada um deles é de fundamental importância para o entendimento do quadro de saúde da população e para o benefício do mesmo. O conceito de Vigilância em Saúde (VS) é muito abrangente e complexo, indo muito além do sentido somente de “vigiar” algo. A VS foi criada no intuito de unir todos os tipos de vigilância, promovendo uma articulação entre elas e favorecendo a atuação de cada uma, visto que todas devem trabalhar em conjunto para serem efetivas. Portanto, a VS é muito mais do que uma simples soma dos tipos de vigilâncias existentes. Dentre os tipos de vigilância, destaca-se a Vigilância Sanitária, a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Ambiental.

PALAVRAS - CHAVE: Saúde Pública; Epidemiologia; Educação em Saúde.

CONCEPTS IN PUBLIC HEALTH AND MEDICINE: AN INTEGRATED APPROACH

ABSTRACT: Until the 1970s, most of the country resided in areas considered rural, with a change in this scenario only after the urban transition process that was strengthened by the country's industrialization. For a better understanding of what is urban and rural area, we will conceptualize each one according to the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). In the scope of Collective Health, health management in Primary Care is done in order to list how management at this level of care can contribute so that patients

receive adequate and quality care. Thus, it is important to recognize how the Health Care Network (RAS), which has Primary Care as its central point, is organized. Epidemics and endemics are concepts in the field of Epidemiology and Collective Health that are often confused because they have similarities both in their spellings and in their concepts. However, the understanding and distinction of each one of them is of fundamental importance for the understanding of the population's health condition and for the benefit of it. The concept of Health Surveillance (VS) is very comprehensive and complex, going far beyond the meaning of just "watching" something. VS was created in order to unite all types of surveillance, promoting an articulation between them and favoring the performance of each one, since all must work together to be effective. Therefore, VS is much more than just a few of the types of surveillance available. Among the types of surveillance, Health Surveillance, Epidemiological Surveillance and Environmental Surveillance stand out.

KEYWORDS: Public Health; Epidemiology; Health Education.

11 SAÚDE NO AMBIENTE RURAL

O Brasil, historicamente, possui um elo de ligação muito forte com a cultura do meio rural. Até a década de 70, a maior parte do país residia em áreas consideradas rurais, havendo uma mudança nesse cenário somente após o processo de transição urbana que se potencializou pela industrialização do país. Para uma melhor compreensão do que é área urbana e rural, conceituaremos cada um segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). É considerado urbano toda sede de município, distritos ou áreas urbanas isoladas. Já o conceito de rural engloba todo o restante não enquadrado em área urbana.

O setor agropecuário, que está muito relacionado ao meio rural, é, ainda hoje, um dos principais componentes do nosso Produto Interno Bruto (PIB) e a porcentagem de moradores em áreas rurais é de 36%. Tudo isso demonstra a importância que devemos dar aos moradores dessas áreas, que são, muitas vezes, esquecidos e discriminados devido ao isolamento social vivido por eles e por terem sua cultura associada erroneamente à ignorância somente por não possuírem as mesmas oportunidades de acesso às informações.

Devido a todas as diferenças envolvidas entre a zona rural e a urbana, o atendimento à saúde também deve possuir diferenças, atendendo as particularidades de cada lugar. Daremos foco, nesse capítulo, ao atendimento na zona rural, destacando as semelhanças e diferenças que possui com o atendimento em áreas urbanas e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais que trabalham nesses locais.

A zona rural é caracterizada como um local aonde a informação chega mais dificilmente, devido ao menor acesso aos meios de comunicação e principalmente a internet. Além disso o deslocamento também é dificultado devido as longas distâncias e aos meios de transporte utilizados. Apesar de já observamos uma mudança nesse cenário devido ao processo de globalização, essas dificuldades ainda são muito presentes nos dias de hoje. Essas características fazem com que a assistência a um usuário residente na zona

rural seja diferenciada.

O atendimento a saúde da família deve ser realizado de forma longitudinal, assim como na zona urbana, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) rural mesmo com as dificuldades de locomoção até a unidade. Para isso, sempre que a família procurar um atendimento, seja qual for o motivo, deve-se haver uma abordagem completa sobre o estado de saúde de toda a família, aproveitando todas as oportunidades para uma avaliação por uma equipe multidisciplinar, se possível, ressaltando a importância de avaliações periódicas.

Em uma UBS rural, os recursos geralmente são escassos, com uma menor quantidade de serviços e insumos disponíveis, o que limita, de certa forma, a capacidade de resolução do médico e sua equipe. No entanto, apesar dessas limitações, o objetivo nesse tipo de Unidade é justamente o atendimento primário e longitudinal que já foi discutido, encaminhando o paciente, quando necessário, para um centro especializado.

Outro aspecto que deve ser destacado, é a orientação aos pacientes frente as várias práticas culturais de medicina alternativa, como o uso de chás e raízes. Esse tipo de atitude é frequente no meio rural, já que envolve a cultura das pessoas que vivem lá. O papel da equipe de saúde, portanto, deve ser o de valorizar essa cultura do paciente, sem restringir ou discriminar o mesmo por esses hábitos.

2 | GESTÃO EM SAÚDE E SUA IMPORTÂNCIA NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

No âmbito da Saúde Coletiva, a gestão em saúde na Atenção Básica se faz de modo a elencar como o gerenciamento nesse nível de atenção pode contribuir para que os pacientes recebam uma assistência adequada e de qualidade. Assim, é importante que se reconheça como a Rede de Atenção à Saúde (RAS), que tem a Atenção Primária como ponto central, organiza-se. Diante disso, tem-se a Atenção Básica de Saúde (ABS), que se refere ao primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) e envolve a promoção da saúde, a prevenção de agravos, além do tratamento e da reabilitação; outros níveis de atenção são o de média e alta complexidade, sendo que os três podem ser organizados pelo sistema de referência.

Com isso, em se tratando de ABS, cabe ao gestor integrar ao cotidiano os princípios da Atenção Primária, a saber, orientação comunitária e familiar, primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação, tendo a longitudinalidade grande relevância. Isso baseia no fato de que esse princípio norteia o vínculo do usuário com a unidade de saúde e o profissional, de modo a proporcionar um acompanhamento mais efetivo, assim como uma maior adesão ao tratamento.

Dessa forma, uma gestão realizada de forma correta e que respeite aos princípios da Atenção Básica deve ser capaz de proporcionar à paciente o devido acompanhamento

de sua condição clínica. Por isso, deve-se lançar mão principalmente da longitudinalidade no sentido de garantir o retorno às consultas e, assim, contribuir para que o uso do medicamento seja adequado e regular. Nesse sentido, é importante também a orientação familiar, visto que a equipe da atenção básica deve estar atenta aos problemas de ajustamento familiar referidos. Portanto, vê-se que o gerenciamento dessa equipe deve ser humanizado e holístico, refutando-se o modelo biomédico do cuidado, de modo a garantir o melhor cuidado à paciente, sem, contudo, abdicar de fatores objetivos a serem atingidos.

Para garantir uma gestão eficaz e eficiente, é fundamental que se escolha um modelo de planejamento que melhor se adeque às diferentes situações, tendo como exemplo a teoria do Planejamento Estratégico Situacional (PES), de Carlos Matus. Esse método consiste em quatro momentos, a saber, explicativo (análise da realidade; identificação, descrição e priorização dos problemas; identificação das causas e consequências; determinação dos nós críticos; construção da imagem-modelo), normativo (definição da situação ideal e do plano de intervenção sobre os nós críticos), estratégico (verificação da viabilidade do plano nas diferentes dimensões que abrangem o problema e definição de novas estratégias) e tático operacional (transformação dos passos anteriores em ações concretas; monitoramento das ações e possíveis ajustes).

Esse planejamento citado é importante para que haja um melhor aproveitamento de recursos e de tempo, tanto que é um componente das diretrizes do Pacto de Gestão do SUS, dentro do Pacto pela Saúde 2006, tendo como objetivo principal assegurar os princípios do SUS e a sua correta aplicação nas diferentes realidades administrativas.

Dessa forma, é por meio de uma correta gestão dos insumos que os pacientes poderão usufruir dos recursos que a Atenção Básica pode oferecer, como é o caso dos medicamentos, por exemplo o atenolol. Este é amplamente utilizado no tratamento e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica, que, no Brasil, atinge 32,5% dos adultos, contribuindo direta ou indiretamente, com cerca de 50% das mortes por doenças cardiovasculares. Por isso, este medicamento consta na Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, uma política pública assegurada pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica, de 2004, que visa manter e qualificar serviços e recursos humanos, assim como promover a descentralização das ações da Assistência Farmacêutica.

Portanto, esse serviço ofertado à população somente será efetivo e consonante com os princípios do SUS caso haja uma devida qualificação do gerenciamento desses mecanismos de assistência, ressaltando-se, mais uma vez, o papel da gestão em saúde.

Então, um aspecto que deve ser ressaltado é como ocorrerá o monitoramento dos pacientes, ou seja, como será feito o correto acompanhamento dos mesmos. Diante disso, de acordo com o Caderno 35 de Atenção Básica- Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, de 2014, é preciso que haja a programação de consultas para acompanhamento da doença, bem como o atendimento à paciente pela demanda

espontânea, devido a possíveis agudizações de sua condição, fazendo-se o uso correto do acolhimento, que pode ser efetuado por qualquer profissional da unidade de saúde. Ainda, para se reconhecer as necessidades da paciente, é preciso que seja feita a estratificação de riscos, sendo considerados leves, moderados ou altos. Isso se deve ao fato de, por exemplo, hipertensos com baixo e médio risco cardiovascular beneficiarem-se de ações de promoção, prevenção e autocuidado, enquanto aqueles com alto risco necessitam de maior cuidado clínico.

Assim, o monitoramento dos pacientes pode ser feito a partir de programas da Atenção Básica, como o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. O cadastro e o acompanhamento são realizados por meio do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), criado em 2002. Esse plano tem como estratégias a promoção de reuniões mensais com ações educativas, bem como o incentivo à prática de atividades físicas, além de atuar na rede ambulatorial do SUS, gerando informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular para os pacientes cadastrados. Com isso, é de suma importância para orientar gestores na adoção de estratégias de intervenção, bem como para conhecer as necessidades populacionais do território acerca da hipertensão arterial e do diabetes mellitus.

3 | ENDEMIAS E EPIDEMIAS

Epidemia e endemia são conceitos da área da Epidemiologia e Saúde Coletiva que são frequentemente confundidos por possuírem semelhanças tanto em suas grafias como também em seus conceitos. No entanto, a compreensão e distinção de cada um deles é de fundamental importância para o entendimento do quadro de saúde da população e para o benefício do mesmo.

A palavra “endemia” vem de *Endemeion* e tem origem na Grécia Antiga com Hipócrates, onde possuía significado de “residir”, representando as doenças que eram constantes na comunidade. Endemia, portanto, representa as doenças que obedecem a um padrão histórico que é calculado a partir da média da incidência, ou seja, dos casos novos, nos últimos 10 anos. A partir dessa média, calcula-se, também, o desvio padrão, definindo o limite superior endêmico ou limite superior máximo (média de incidência + 2 desvios padrão) e o limite inferior endêmico ou limite inferior mínimo (média de incidência - 2 desvios padrão), possibilitando a criação de um diagrama de controle (exemplo na figura 1) para o acompanhamento de uma determinada doença ou agravo.

É importante considerar a sazonalidade e a localização, pois a incidência de ocorrência de determinada doença pode ser considerada endemia em uma região e epidemia em outra. Um exemplo é a malária, a qual é endêmica na região Norte brasileira e se tivermos a notificação da mesma incidência em outras regiões brasileiras, será

uma considerada uma epidemia. O conhecimento desse processo é importante para a interpretação do total de casos de uma doença ou de novos casos e de como será o manejo dessa situação.

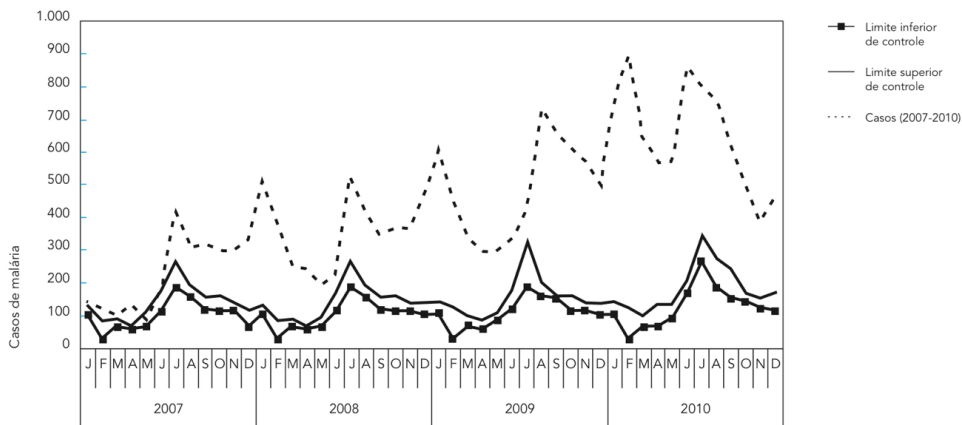


Figura 1: Diagrama de controle de casos de malária. Município de Goianésia do Pará, Pará, Brasil, 2007 a 2010. (FONTE: BRAZ, RM *et al*).

A palavra “epidemia” possui origem do grego *Epidemeion* e possui significado de “visitar”, ou seja, representava aquelas doenças que ocorrerem com menos frequência na população. Assim, epidemia representa aquelas doenças ou agravos que ocorrem acima da média histórica naquela área em um determinado momento, possuindo, por isso, um caráter transitório. Para ser considerado uma epidemia, o número de casos de uma determinada ocorrência precisa superar o limite epidêmico, também conhecido como limite endêmico superior. Quanto mais precocemente for constatada uma epidemia, mais rápido ela será contida e, com isso, os danos a saúde da população serão reduzidos. Além disso, outro conceito também relacionado com o tema é o da pandemia, que corresponde a uma epidemia que atinge vários países e continentes. Atualmente vivemos uma epidemia de obesidade mundial, o que mostra que o processo endêmico e epidêmico deixou de ser caracterizado apenas de doenças infecciosas e passou a ser a monitorar as doenças crônicas não transmissíveis. Esse processo foi caracterizado como transição epidemiológica, onde o número de casos de doenças infecciosas reduziu e aumentou as doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, câncer e obesidade.

Uma situação geral de epidemia pode ser graficamente representada por uma curva epidêmica (exemplo na figura 2). Essa curva possui três partes: progressão, regressão e egressão. A progressão representa a parte ascendente da curva, terminando no ponto de maior incidência da doença, o qual é chamado de pico epidêmico. Neste ponto observa-se

que o aumento do número de casos da doença. A regressão é a parte em que o processo epidêmico reduz, isto é, o número de casos ou notificações confirmadas começa a diminuir evoluindo para a normalização (endemia) ou erradicação. Por fim, a egressão inicia no surgimento dos primeiros casos da doença (endemia) e termina quando o número de casos novos for nulo (erradicação).

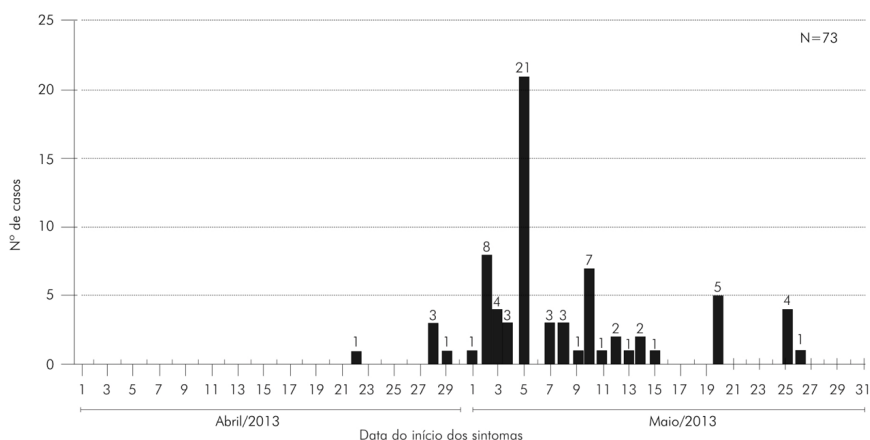


Figura 2: Curva epidêmica de 73 casos sintomáticos de toxoplasmose confirmados no Município de Ponta das Pedras, Estado do Pará, Brasil, identificados no período de 24 de junho a 13 de julho de 2013. (FONTE: LABTOXO/IEC/SVS/MS)

As endemias e epidemias dependem de muitos fatores, que envolvem condicionantes biológicos (ex: mutações genéticas), psicossociais (ex: estresse), culturais (ex: ingestão de peixe cru), econômicos (ex: miséria) e ecológicos (ex: poluição atmosférica). A compreensão desses condicionantes é necessária para o entendimento de como surgiu aquela endemia ou epidemia e como contê-la. Conhecer os condicionantes e fatores de risco envolvidos com essa doença auxilia o planejamento de ações que visem reduzir os casos dessa doença, como o incentivo ao hábito de evitar o acúmulo de água em possíveis reservatórios do mosquito. Além disso, o enfrentamento dessas epidemias e endemias envolve ações da Vigilância em Saúde.

Em relação à coqueluche e o sarampo, doenças comuns na infância, destaca-se a importância da cobertura vacinal para a prevenção de epidemias. Essas doenças são transmitidas por via aérea e que tem como principal forma de prevenção as vacinas que fazem parte do calendário vacinal da criança. A adequada cobertura vacinal é imprescindível para a contenção de possíveis epidemias pois indivíduos suscetíveis a uma determinada doença favorecem o aparecimento e propagação da mesma. A vigilância Sanitária é uma vertente das ações de vigilância no âmbito do Sistema Único de Saúde, contemplando aspectos político-institucionais e operativo. O Programa Nacional de Imunizações do

Ministério da Saúde (PNI), um programa monitorado pela Vigilância Sanitária, é responsável pela imunização de crianças e adultos com o intuito de controlar e posteriormente erradicar o surgimento de doenças infecciosas. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em parceria com o PNI monitora a ocorrência de eventos adversos associados ao uso das vacinas registradas em território brasileiro. Todas os municípios da unidade federativa recebem vacinas proporcionais ao número de habitantes registrados no município e nas Unidades Básicas de Saúde, por isso é importante o acompanhamento das famílias pelos agentes comunitários de saúde, uma vez que este poderá notificar o número de famílias na área de atuação.

O sarampo é um dos principais exemplos utilizados quando falamos em prevenção através de vacinas. Antigamente, quando não havia vacina para essa doença, a mortalidade infantil por sarampo era alta, reduzindo a níveis mínimos após a implementação da vacina no calendário vacinal infantil. No entanto, no ano de 2018 o Brasil vive uma situação de risco em relação a uma nova epidemia de sarampo. Esse risco ocorre devido a imigração de pessoas vindas de países onde essa doença é ainda presente e devido a uma menor cobertura vacinal nos últimos anos relacionada ao movimento antivacina.

Diante do exposto, nota-se a importância do conhecimento de fatores sociodemográficos para a contextualização do aparecimento de novas epidemias.

4 | VIGILÂNCIA SANITÁRIA E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

O conceito de Vigilância em Saúde (VS) é muito abrangente e complexo, indo muito além do sentido somente de “vigiar” algo. A VS foi criada no intuito de unir todos os tipos de vigilância, promovendo uma articulação entre elas e favorecendo a atuação de cada uma, visto que todas devem trabalhar em conjunto para serem efetivas. Portanto, a VS é muito mais do que uma simples soma dos tipos de vigilâncias existentes. Dentre os tipos de vigilância, destaca-se a Vigilância Sanitária, a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Ambiental.



Vigilância em Saúde

A vigilância sanitária atua em ambientes que interferem direta ou indiretamente no estado de saúde da população. O órgão responsável pela atuação dessa vigilância é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), criada em 1999 e que possui papel no controle sanitário de todo o percurso de um bem ou de serviços que são oferecidos ao consumidor. Isso significa que ela se responsabiliza pela fiscalização e monitorização desde o local e do modo de produção de um produto ou serviço até como ele é fornecido a comunidade, incluindo o controle de portos, aeroportos e fronteiras.

Mesmo possuindo uma função tão abrangente assim, muitas pessoas não possuem o conhecimento dela, pois sua atuação se dá “por trás dos panos”, apesar de ser essencial para o controle de danos e de riscos e auxiliando na garantia a saúde da população. Assim, é necessário o conhecimento dos locais de atuação e função dessa vigilância para uma melhor compreensão dos processos envolvidos nos fornecimentos dos produtos e serviços que chegam até nós.

A vigilância epidemiológica, por sua vez, é definida pela Lei Orgânica 8.080 de 19 de setembro de 1990 como “um conjunto de atividades que proporciona a obtenção de informações fundamentais para o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores que determinam e condicionam o processo saúde-doença, em nível individual ou coletivo, com objetivo de se recomendar e adotar de forma oportuna as medidas de prevenção e controle dos agravos”. Esse é um conceito ampliado de vigilância epidemiológica, já que antigamente ela era restrita ao controle de doenças transmissíveis e após essa definição ampliou-se sua ação para as doenças não transmissíveis e a outros agravos como violência e acidentes.

Essa vigilância atua através de um sistema de informações que as reúne através das notificações nos serviços de saúde e investigação de casos. Assim, a vigilância epidemiológica se baseia em “informação para ação”, uma vez que ela usa os dados que possui para traçar ações e planejar políticas públicas que atuem na redução do número de doenças e com isso melhoria do estado de saúde da comunidade. A imagem 3 mostra um exemplo de campanha para a prevenção das arboviroses que foi realizada com ajuda da vigilância epidemiológica de um município para impedir o surgimento de uma possível epidemia.



Figura 3: Campanha de combate ao mosquito *Aedes aegypti* promovida pela Prefeitura Municipal de Pirassununga, São Paulo, Brasil.

Além disso, a vigilância epidemiológica age através dos agentes de combate a endemias (ACE) que vão nas casas das pessoas fazendo uma atuação *in loco* para a fiscalização e combate de possíveis focos de reservatórios de certas doenças. Ressalta-se a distinção entre os ACE e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que atuam junto à ESF. Ambos os agentes atuam indo nas casas dos moradores da comunidade, porém, apesar de suas ações se complementarem, possuem algumas funções distintas. A ação do ACE já foi discutida e a do ACS é de fazer uma busca ativa de novos casos e identificação de pessoas doentes. Portanto, conclui-se que a ação das vigilâncias deve ser integrada com os outros serviços de saúde de modo a potencializar e melhorar a ação de cada um. Por exemplo, tanto o ACE quanto o ACS agem na educação em saúde e mobilização da comunidade para promoção e prevenção de doenças.

Por fim, destaca-se que a ação das vigilâncias deve ser integrada e descentralizada para os municípios, uma vez que é necessário o planejamento de ações conforme a necessidade de cada território. A Secretaria de Vigilância em Saúde foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde com o objetivo desses objetivos, dividindo as responsabilidades entre as esferas de governo. A União ficou responsável pelo repasse financeiro, o Estado pela fiscalização e assessoria aos municípios e o Município ficou responsável pelo planejamento e execução das ações. Ainda há muitos desafios quanto a integralização das ações de todas as vigilâncias e quanto a dificuldade em estabelecer as atribuições de cada esfera. No entanto, o país vai em busca de muitas melhorias, como por exemplo a criação do Pacto pela Saúde e o Vigisus que fortalecem o conceito de Vigilância em Saúde.

REFERÊNCIAS

1. VIANA, MPS. A Estratégia da Saúde da Família em área rural no Estado do Rio de Janeiro: Relato de experiência – Nova Friburgo, Rio de Janeiro, 2016.
2. FERREIRA, PPL. Atenção Básica em Saúde na Zona Rural do Município de Dona Eusébia-MG – Juíz de Fora, Minas Gerais, 2014.
3. ALVES, JED. A transição urbana no Brasil. APARTE: Inclusão Social em Debate. UFRJ, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/art_64_transicao_urbana_07nov09.pdf . Acesso em 25/07/2018.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Competência para o trabalho em uma unidade básica de saúde sob a Estratégia de Saúde da Família: médico e enfermeiro**. Brasília, 2006.
5. STARFIELD, B. Qualidade dos serviços de atenção primária de saúde. In: STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde do Brasil, 2004.
6. RAMOS, L.H.D.; GRIGOLETTO, M.V.D. **Gestão de serviços de saúde**. 1ª Ed. São Paulo. 2012.
7. ARTMANN, E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – UFMG**. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2153.pdf>>. Acesso em 26 jul. 2018.
8. CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A.; **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2010.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 399, 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
10. SCALA, L.C, MAGALHÃES, L.B, MACHADO, A. **Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica**. In: MOREIRA, S.M, PAOLA, A.V; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª. ed. São Paulo: Manole; 2015. p. 780-5.
11. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1 n. 96, 20 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença**. Brasília, 2014.
13. SILVA, J.V.M, et.al. **Hypertension and Diabetes Mellitus Program evaluation on user's view**. Rev Bras Enferm. 2015.

14. LUANA, EJA., e SILVA JR., JB. Doenças transmissíveis, endemias, epidemias e pandemias. Em FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. Pp. 123-176. Disponível em <http://books.scielo.org>.
15. MORAIS, Rafaela dos Anjos Pinheiro Bogoevich et al. Surto de toxoplasmose aguda no Município de Ponta de Pedras, Arquipélago do Marajó, Estado do Pará, Brasil: características clínicas, laboratoriais e epidemiológicas. **Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua**, v. 7, n. esp, p. 143-152, dez. 2016. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232016000500143&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232016000500016>.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades**. Módulo 4: vigilância em saúde pública / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde ; Ministério da Saúde, 2010. 52 p.: il. 7 volumes.
17. ANDRADE, Ana Paula Regina Coelho. **Endemias e epidemias: Tuberculose e Hanseníase** – Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2012.
18. BARATA, Rita Barradas. Cem anos de endemias e epidemias. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 333-345, 2000. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 26 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200008>
19. BRAZ, Rui Moreira; DUARTE, Elisabeth Carmen; TAUIL, Pedro Luiz. Caracterização das epidemias de malária nos municípios da Amazônia Brasileira em 2010. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 935-944, May 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500011&lng=en&nrm=iso>. access on 27 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500011>.
20. OLIVEIRA, Cátia Martins de; CRUZ, Marly Marques. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255-267, Mar. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100255&lng=en&nrm=iso>. access on 26 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040385>.
21. ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 4, p. 2215-2228, 2010.
22. COSTA, E. A.; FERNANDES, T. M.; PIMENTA, T. S. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976-1999). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 995-1004, 2008.
23. CARVALHO, E. F. et al. Avaliação da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.5, supl. 1, p. 53-62, 2005.
24. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Inovações e Desafios: Vigilância em Saúde: Gestão 2001-2013** – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAPÍTULO 7

DIABETES E SEUS EFEITOS NO SISTEMA CARDIOVASCULAR: BREVE REVISÃO

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 08/03/2021

Ana Cláudia Carvalho de Araújo

Universidade Federal Rural de Pernambuco,
Departamento de Morfologia e Fisiologia
Animal
Recife-PE
<http://lattes.cnpq.br/9480535998642741>

Ismaela Maria Ferreira de Melo

Universidade Federal Rural de Pernambuco,
Departamento de Morfologia e Fisiologia
Animal
Recife-PE
Orcid: 0000-0002-4150-1923

Valéria Wanderley Teixeira

Universidade Federal Rural de Pernambuco,
Departamento de Morfologia e Fisiologia
Animal
Recife-PE
Orcid: 0000-0001-9533-5476

Álvaro Aguiar Coelho Teixeira

Universidade Federal Rural de Pernambuco,
Departamento de Morfologia e Fisiologia
Animal
Recife-PE
Orcid: 0000-0001-5940-9220

Érique Ricardo Alves

Universidade Federal Rural de Pernambuco,
Departamento de Morfologia e Fisiologia
Animal
Recife-PE
Orcid: 0000-0002-7925-9212

Laís Caroline da Silva Santos

Universidade Federal Rural de Pernambuco,
Departamento de Morfologia e Fisiologia
Animal
Recife-PE
<http://lattes.cnpq.br/1405150136250676>

RESUMO: Tanto no Brasil como no mundo o Diabetes Mellitus é um dos mais graves problemas de saúde pública uma vez que apresenta alta prevalência e por se destacar como importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. A Doença Arterial Coronariana (DAC), também conhecida como aterosclerose coronariana é uma das principais responsáveis pela morbimortalidade entre os diabéticos, uma vez que a alta da glicose e da insulina somadas com resistência à insulina promovem alterações celulares em todas as etapas do processo de formação do ateroma. Sendo assim, este trabalho teve por objetivo elaborar uma revisão de literatura para demonstrar os efeitos do diabetes sobre o sistema cardiovascular e sobre a formação da placa aterosclerótica. Para isso, foi feita uma revisão de literatura realizada entre os meses de fevereiro e março de 2021, no qual foram coletados dados a partir de estudos acadêmicos já existentes, artigos em jornais de grande circulação e boletins de empresas e agências públicas. Os artigos científicos foram selecionados através do banco de dados do Scielo, Google acadêmico, Science direct e Pubmed. O resultados mostraram que o principal desafio de novos trabalhos é encontrar um modo de retardar ou estabilizar aterosclerose

em humanos, principalmente em pacientes diabéticos independente do tipo. No entanto, a maioria dos trabalhos relataram que a melhor forma de evitar a aterosclerose principalmente em pacientes diabéticos é através da prática de exercícios físicos e de uma alimentação saudável. Assim concluímos que mais estudos são necessários sobre os efeitos do diabetes na aterogênese, sobretudo no que se refere a seu desenvolvimento nesses pacientes.

PALAVRAS - CHAVE: Ateroma; Coração; Diabetes; Disfunção cardíaca;

DIABETES AND ITS EFFECTS ON THE CARDIOVASCULAR SYSTEM: BRIEF REVIEW

ABSTRACT: Both in Brazil and in the world, Diabetes Mellitus is one of the most serious public health problems since it has a high prevalence and stands out as an important risk factor for the development of cardiovascular diseases. Coronary Artery Disease (CAD), also known as coronary atherosclerosis, is one of the main factors responsible for morbidity and mortality among diabetics, since high glucose and insulin combined with insulin resistance promote cellular changes in all stages of the formation process atheroma. Therefore, this study aimed to elaborate a literature review to demonstrate the effects of diabetes on the cardiovascular system and on the formation of atherosclerotic plaque. To this end, a literature review was carried out between February and March 2021, in which data were collected from existing academic studies, articles in widely circulated newspapers and bulletins from companies and public agencies. Scientific articles were selected through the Scielo database, Google scholar, Science direct and Pubmed. The results showed that the main challenge of new studies is to find a way to delay or stabilize atherosclerosis in humans, especially in diabetic patients, regardless of type. However, most studies have reported that the best way to prevent atherosclerosis, especially in diabetic patients, is through physical exercise and healthy eating. Thus, we conclude that more studies are needed on the effects of diabetes on atherogenesis, especially with regard to its development in these patients.

KEYWORDS: Atheroma; Heart; Diabetes; Cardiac dysfunction

1 | MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa constitui-se de uma revisão de literatura realizada entre os meses de fevereiro e março de 2021, no qual foram coletados dados a partir de estudos acadêmicos já existentes, artigos em jornais de grande circulação e boletins de empresas e agências públicas. Os artigos científicos foram selecionados através do banco de dados do Scielo, Google acadêmico, Science direct e Pubmed. A busca nos bancos de dados foi realizada utilizando as terminologias utilizadas pelos descritores em medicina e ciências biológicas em português e inglês.

2 | INTRODUÇÃO

Estudos relatam que aproximadamente 1.5 milhões de pessoas no mundo morrem em decorrência da Diabetes Mellitus (DM), havendo a previsão de que seja a sétima causa

de mortes em 2030 (OMS, 2016). A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) estima que no Brasil há mais de 16,5 milhões de pessoas portadoras da diabetes, representando aproximadamente 6,9% da população brasileira, sendo o quarto país no mundo em número de caso de adultos portadores (SBD, 2019; IDF, 2019). Aproximadamente 90% dos diabéticos são do tipo 2, ocorrendo geralmente em adultos, no entanto sua incidência vem aumentando entre crianças e adolescente devido ao aumento dos níveis de obesidade, sedentarismo e dieta pobre em nutrientes (IDF, 2017).

Tanto no Brasil como no mundo o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é um dos mais graves problemas de saúde pública uma vez que apresenta alta prevalência e por se destacar como importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (PEREIRA, 2011). A Doença Arterial Coronariana (DAC), também conhecida como aterosclerose coronariana é uma das principais responsáveis pela morbimortalidade entre os diabéticos, uma vez que a alta da glicose e da insulina somadas com resistência à insulina promovem alterações celulares em todas as etapas do processo de formação do ateroma (JUUTILAINEN et al., 2005; WHITELEY et al., 2005). Sendo assim, este trabalho teve por objetivo elaborar uma revisão de literatura para demonstrar os efeitos do diabetes sobre o sistema cardiovascular e sobre a formação da placa aterosclerótica.

3 | DIABETES E SISTEMA CARDIOVASCULAR

Em pacientes diabéticos o risco de desenvolvimento de doenças cardiovascular (DC) é de duas a três vezes maior do que em pacientes não diabéticos, sendo esta a principal causa de morte prematura entre portadores desta doença (HENNING, 2018; SARWAR, 2010). Pacientes diabéticos que não têm histórico de infarte do miocárdio apresentam as mesmas chances de desenvolver síndromes coronarianas que pacientes não diabéticos que sofreram infarte do miocárdio (HENNING, 2018). Aumentos nas concentrações de LDL, diminuição das concentrações de HDL, hipertensão, tabagismo e sedentarismo ampliam o risco de DC em diabéticos (TURNER *et.al.*, 1998). Além disso, a inatividade física aumenta em 2,81 vezes o risco de morte por doença cardiovascular em diabéticos quando comparados a pacientes que não são portadores dessa doença (MOE *et. al.*, 2013).

A doença cardiovascular é uma das maiores complicações que ocorrem em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1 (DM1), havendo uma maior incidência de doença cardíaca coronária (DCC), doença cerebrovascular e doença arterial periférica, sendo a ocorrência de cada uma delas baseadas na duração do diabetes, idade, sexo e raça/etnia (LIND *et. al.*, 2011; SOEDAMAH-MUTHU *et. al.*, 2006). Na população portadora de (DM1) a DCC apresenta maior incidência entre jovens adultos (28-38 anos), sendo a principal causa de mortes (SECREST *et.al.*, 2010). Já a doença cerebrovascular apresenta menor incidência nessa população, enquanto que doença arterial periférica é a primordial causa de amputações não traumática (MOOS *et. al.*, 1999).

Pacientes portadores de DM2 demonstram um risco de duas a seis vezes maior para o desenvolvimento de problemas cardiovasculares, uma vez que esta vem apresentando um crescimento exponencial em decorrência do aumento na proporção da idade da população e obesidade, como resultado do consumo de alimentos ultra processados e sedentarismo (GLOVACI *et. al.* 2019). Além disso, a demora no surgimento dos sintomas nos primeiros anos de evolução da doença também contribui para o aparecimento de DC, uma vez que os sinais passam despercebidos resultando em complicações do diabetes mesmo antes do diagnóstico ser realizado (IDF, 2017).

Ácidos graxos livres (AGL) são as principais fonte de energia dos cardiomiócitos saudáveis em um coração normal, havendo pouca dependência do metabolismo da glicose, em especial após a realização de exercícios físicos, quando há um prejuízo na oxidação de glicose e piruvato (NEUBAUER, 2007). Além disso, a resistência à insulina provoca um aumento da lipólise no tecido adiposo fazendo com que haja grande liberação de ácidos graxos, que somada a diminuição de entrada de glicose na célula, faz com que haja um excesso de transporte do mesmo para o cardiomiócito (MEHTA *et. al.*, 2020). Há um grande consumo de oxigênio para que os (AGL) sejam metabolizados, ou seja, qualquer redução nos níveis de oxigênio prejudica o metabolismo de ácidos graxos livres, fazendo com que esses se acumulem dentro da célula, o que gera um excesso de triglicerídeos intracelular (NEUBAUER, 2007; NISHIKAWA; ARAKI, 2007).

O aumento intracelular de ácidos graxos livres prejudica a estrutura e o funcionamento do cardiomiócito, comprometendo a cadeia respiratória mitocondrial, gerando espécies reativa de oxigênio (EROs) (MEHTA *et. al.*, 2020). O aumento das EROs provoca modificações na estrutura e funcionamento da célula, levando ao dano celular, apoptose e necrose, que tem como resultado um estado de inflamação crônica (MEHTA *et. al.*, 2020). A ocorrência de todos estes eventos promove a remodelação do colágeno, levando a fibrose, que tem como consequência a disfunção cardíaca (HEEREBEEK *et. al.*, 2008; NISHIKAWA; ARAKI, 2007). Além disso, a piora da resistência à insulina leva a uma hiperglicemia permanente, que resulta em glicação proteica que gera uma acumulação de produtos finais de glicação e leva a alterações morfológicas nos cardiomiócitos, tais como mudança da elasticidade destas células e das paredes dos vasos (MEHTA *et. al.*, 2020).

4 | ATHEROSCLEROSE

A aterosclerose é uma das principais responsáveis pela doença isquêmica do coração e derrame, sendo a causa da morte de 1 em cada 10 pessoas no ano de 2010 (LOZANO *et. al.*, 2012). Esta se caracteriza como uma inflamação crônica que ocorre devido a deposição de lipídios em placas de grandes e médias artérias, que podem se romper ou sofrer erosão, levando a formação do trombo e consequentemente ao dano isquêmico ao tecido (GISTERÅ; HANSSON, 2017).

A elevação dos níveis de colesterol no sangue é um dos principais fatores de risco cardiovascular, sendo o único para o desenvolvimento da aterosclerose, no entanto, esta pode ser acelerada por outros fatores tais como hipertensão, diabetes, tabagismo, ser do gênero masculino (GISTERÅ; HANSSON, 2017). Estes fatores provavelmente atuam aumentando a aterogenicidade da proteína de baixa densidade (LDL) ou fazendo com que a parede arterial se torne mais susceptível, como por exemplo, a permeabilidade, glicação ou inflamação (GISTERÅ; HANSSON, 2017).

A aterosclerose é uma doença que atinge artérias de médio e grande calibre e se caracteriza como uma doença imunoinflamatória crônica e fibroproliferativa (LIBBY, 2002; HANSSON, 2005). Os principais componentes envolvidos na aterosclerose são as células endoteliais, os leucócitos, e as células musculares lisas da túnica íntima (FALK, 2006). A lesão aterosclerótica se inicia através de um vazamento no endotélio ativado e disfuncional, podendo este desaparecer em algumas áreas de lesão avançada (FALK, 2006). Através deste vazamento partículas de lipoproteína passam para o espaço subendotelial, onde sofrem modificações e tornam-se citotóxicas, proinflamatórias, quimiotáticas e aterogênicas (FALK, 2006). Além disso, as células endoteliais passam a produzir óxido nítrico em excesso, via óxido nítrico sintetase, e a expressar moléculas de adesão, tais como molécula de adesão de células vasculares – 1 (VCAM-1) e molécula de adesão intracelular – 1 (ICAM-1), tornando o endotélio mais aterogênico e inflamado (FALK, 2006; GLASS, C. K.; WITZTUM, 2001).

Durante a aterogênese há várias repostas celulares, sendo o recrutamento de leucócitos uma das primeiras com a persistência desta, resposta há a progressão da doença. Estas células não só aderem, mas também migram através do endotélio, estas são atraídas por fatores quimiotáticos produzidos por células endoteliais, macrófagos e células musculares lisas, sendo os mais importantes o LDL oxidado e proteína quimiotática do monócito - 1 (MPC – 1) (FALK, 2006). Os monócitos se diferenciam em macrófagos, que ao englobar lipoproteínas aterogênicas tornam-se células espumosas (FALK, 2006). Estas, à medida que internalizam grandes quantidades de lipoproteínas aterogênicas morrem por apoptose e necrose levando a formação de placa com núcleo rico em lipídios, macio e desestabilizado (FALK, 2006). Conforme a formação da placa vai progredindo ocorre uma resposta fibroproliferativa mediada por células musculares lisas presentes na íntima (FALK, 2006). Estas células têm como função reparar e cicatrizar o tecido danificado, no entanto, como o estímulo aterogênico persiste por anos, esta resposta é volumosa, o que leva a redução do lúmen da artéria e consequentemente do fluxo sanguíneo podendo causar uma isquemia (KRAGEL *et. al.*, 1989). Porém, esta confere uma proteção contra a ruptura da placa que pode levar a trombose (FALK, 2006).

O desenvolvimento da aterosclerose se inicia através da ação de peroxidases, mieloperoxidases e espécies reativas de oxigênio (EROs), que levam a formação de LDL oxidado, dando início a resposta inflamatória (HANSSON; HERMANSSON, 2011) . O

acúmulo subendotelial de lipoproteínas leva à regulação positiva de moléculas de adesão na superfície endotelial e ao recrutamento de monócitos para a lesão em formação, estes migram para o tecido e se diferenciam macrófagos, que através da contínua fagocitose de lipoproteínas se transformam em células espumosas (CYBULSKY; GIMBRONE, 1991; NAKASHIMA *et. al.*, 1998). As células espumosas ficam presas na íntima da artéria tendo sua capacidade de migração comprometida, desta forma estas acabam morrendo e formando cristais de colesterol, com isso ocorre a liberação de IL-1 β , que estimula as células musculares lisas a produzir IL-6 que somada a IL-1 β irão exercer efeitos pró-inflamatórios (PARK *et. al.*, 2009; GISTERÅ; HANSSON, 2017). À proporção que a placa cresce, se torna mais complexa e passa a apresentar raios de gordura, que se desenvolvem em lesões fibro-gordurosas (GISTERÅ; HANSSON, 2017). Ademais, passa a apresentar um núcleo necrótico coberto por capa fibrosa, e caso esta seja muito delgada pode não suportar a força da pressão sanguínea e levar a formação de fissuras na borda e sua ruptura, podendo levar a ocorrência de trombose coronariana (GISTERÅ; HANSSON, 2017).

A ruptura da placa está relacionada com suas características morfológicas, onde uma placa instável se caracteriza por apresentar um núcleo necrótico, rico em gordura e células inflamatórias, envolto por uma capa fibrosa delgada e contendo poucas células musculares lisas e colágeno (CARDINOT, 2008). A ruptura em geral ocorre na região entre a placa e a parede do vaso onde não há alterações (CARDINOT, 2008). Quando isso ocorre nas artérias coronárias sucede a chamada síndrome coronária aguda, levando ao infarto agudo do miocárdio ou angina instável, e quando ocorre nas artérias cerebrais leva ao acidente vascular cerebral ou episódios isquêmicos transitórios (FISHBEIN, 2010). Já a placa estável apresenta uma maior quantidade de células musculares lisas e deposição de colágeno, por isso apresenta uma capa fibrosa espessa, com uma menor quantidade de gordura e células inflamatória e sua presença na artéria pode levar a uma angina estável crônica (CARDINOT, 2008).

5 | ATEROSCLEROSE E DIABETES

Aterosclerose é uma das principais preocupações a nível macrovascular em pacientes diabéticos, uma vez que diversos fatores específicos do diabetes podem contribuir para seu desenvolvimento (DOKKEN, 2008). Entre eles, a dislipidemia, que está presente em 97% desses pacientes (FAGOT-CAMPAGNA *et. al.*, 2000). Além disso, há um aumento dos triglicerídeos, diminuição do colesterol HDL e anormalidades na estrutura das lipoproteínas (DOKKEN, 2008).

Partículas menores de LDL são mais aterogênicas, o que permite que atravessem a parede arterial com mais facilidade e se agreguem mais fortemente a esta (DOKKEN, 2008). Ademais, partículas menores LDL são mais facilmente oxidadas, tornando-as pró-aterogênicas, uma vez que após a oxidação estas adquirem novas propriedades, sendo

reconhecidas pelo organismo como partículas estranhas, o que leva a atração de leucócitos que ao englobarem estas partículas se diferenciam em células espumosas que estimulam a proliferação de mais leucócitos, células endoteliais e células musculares lisas, sendo estes os passos para formação da placa aterosclerótica (DOKKEN, 2008; CHAN, 1998). Somado a isso, pacientes diabéticos podem apresentar partículas de LDL glicada, cuja formação ocorre do mesmo jeito que a hemoglobina glicada, o que torna o LDL mais aterogênico, bem como alonga seu tempo de meia vida (NAPOLI *et. al.*, 1997).

O sangue dos diabéticos apresenta um alto nível de triglicerídeos em decorrência da ação da insulina na regulação do fluxo de lipídios (DOKKEN, 2008). Esta ativa a enzima lipoproteína lipase, que atua na captação de ácidos graxos no tecido adiposo, e também faz a supressão da enzima lipase, havendo assim, uma redução na liberação de ácidos graxos na circulação (SHEN, 1991). O aumento dos triglicerídeos pode levar a um aumento na produção de partículas menores LDL e a uma diminuição do transporte do colesterol HDL para o fígado (DUELL *et. al.*, 1991). Tanto a deficiência quanto a resistência à insulina podem levar a dislipidemia que é acompanhada pelo aumento da oxidação, da glicolização e enriquecimento de triglicerídeos de lipoproteínas (DOKKEN, 2008).

Outro fator que também pode contribuir para o surgimento da aterosclerose em diabéticos é a disfunção endotelial, que pode levar a uma desregulação do tônus do vaso sanguíneo, ativação das plaquetas, adesão dos leucócitos, trombogênese e produção de mediadores inflamatórios (DOKKEN, 2008). A formação da placa ocorre preferencialmente em artérias onde há uma perturbação do fluxo sanguíneo e uma vez que a hiperglicemia também provoca alterações nas forças hemodinâmicas ocorre uma desregulação do óxido nítrico (NO) que resulta em alterações morfológicas e de densidade das células endoteliais (LA SALA *et. al.*, 2019). Além disso, a hiperglicemia gera estresse oxidativo, que leva a formação de espécies reativas de oxigênio (EROs), estas reduzem o funcionamento da barreira endotelial, o que contribui para deposição de lipoproteínas e a modificações na oxidação das partículas LDL na parede do vaso (PATEL *et. al.*, 2000; GALLE *et. al.*, 2006; LA SALA *et. al.*, 2019).

A patologia da aterosclerose difere entre paciente diabéticos e não diabéticos, bem como entre o diabetes tipo 1 e 2 (DOKKEN, 2008). Um estudo de Moreno e colaboradores (2000) demonstrou que há diferenças entre as lesões ateroscleróticas de pacientes diabéticos e não diabéticos, onde nos primeiros há um maior carregamento de lipídios, macrófagos e trombos. Porém, estudo sobre aterosclerose em pacientes portadores de diabetes tipo 1 são escassos (DOKKEN, 2008). Valsania e colaboradores (1991) realizaram um estudo angiográfico com 32 pacientes diabéticos tipo 1 e 31 não diabéticos, ambos compatíveis em idade e sintomas, e demonstraram que os pacientes (DM1) apresentavam lesões ateroscleróticas com estenoses mais severas e mais extensivas. Já outro estudo realizado por Burke *et. al.* (2004) mostrou que as lesões ateroscleróticas são mais leves em portadores de diabetes tipo 1 quando comparados aos com diabetes tipo 2. Em estudos

de autópsia em diabéticos tipo 1 foram observadas placas menos rígidas e mais fibrosas (MAUTNER *et. al.*, 1992). Já outro estudo utilizando tomografia computadorizada mostrou que portadores de (DM2) apresentaram lesões mais obstrutivas e não calcificadas que os com diabetes tipo 1 (DJABERI *et. al.*, 2009).

6 | CONCLUSÃO

Desta forma, concluímos que são necessários mais estudos sobre os efeitos da diabetes na aterogênese principalmente ao que se refere ao seu desenvolvimento em pacientes portadores da diabetes 1 e do tipo 2, uma vez que há poucos trabalhos e onde a maioria é através de exames de imagem. O principal desafio de novos trabalhos é encontrar um modo de retardar ou estabilizar aterosclerose em humanos, principalmente em pacientes diabéticos independente do tipo. No entanto, a maioria dos trabalhos relataram que a melhor forma de evitar a aterosclerose principalmente em pacientes diabéticos é através da prática de exercícios físicos e de uma alimentação saudável.

REFERÊNCIAS

BURKE, A. P.; KOLODIE, F. D.; ZIESKE, A.; FOWLER, D. R.; WEBER, D. K.; VARGHESE, P. J.; FARB, A.; VIRMANI, R. Morphologic findings of coronary atherosclerotic plaques in diabetics: a postmortem study. **Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology**, n. 24, p. 1266–1271, 2004.

CHAN, A. C. Vitamin E and atherosclerosis. **Journal of Nutrition**, n. 128, p. 1593–1596, 1998.

CARDINOT, T. M. **Efeito do treinamento físico aeróbico na prevenção e terapêutica da doença aterosclerótica em modelo experimental de aterosclerose**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008.

CYBULSKY, M. I.; GIMBRONE, M. A. Jr. Endothelial expression of a mononuclear leukocyte adhesion molecule during atherogenesis. **Science**, n. 251, p. 788–791, 1991.

DJABERI, R.; SCHUIJF, J. D.; BOERSMA, E.; KROFT, L. J.; PEREIRA, A. M.; ROMIJN, J. A.; SCHOLTE, A. J.; JUKEMA, J. W.; BAX, J. J. Differences in atherosclerotic plaque burden and morphology between type 1 and 2 diabetes as assessed by multislice computed tomography. **Diabetes Care**, n. 32, p. 1507–1512, 2009.

DOKKEN, B. B. The Pathophysiology of Cardiovascular Disease and Diabetes: Beyond Blood Pressure and Lipids. **Diabetes Spectrum**, v. 21, n. 3, p. 160-165, 2008.

DUELL, P. B.; ORAM, J.; BIERMAN, E. L. Nonenzymatic glycosylation of HDL and impaired HDL-receptor-mediated cholesterol efflux. **Diabetes**, n. 40, p. 377–384, 1991.

FAGOT-CAMPAGNA, A.; ROLKA, D. B.; BECKLES, G. L.; GREGG, E. W.; NARAYAN, K. M. Prevalence of lipid abnormalities, awareness, and treatment in US adults with diabetes [Abstract]. **Diabetes**, n. 49, 2000.

FALK, E. Pathogenesis of Atherosclerosis. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 47, n. 8, p. 7-12, 2006.

FISHBEIN, M. C. The vulnerable and unstable atherosclerotic plaque. **Cardiovascular Pathology**, v. 19, n.1, p. 6-11, 2010.

GALLE, J.; HANSEN-HAGGE, T.; WANNER, C.; SEIBOLD, S. "Impact of oxidized low density lipoprotein on vascular cells," **Atherosclerosis**, v. 185, n. 2, p. 219–226, 2006.

GISTERÅ, A.; HANSSON, G. K.. The immunology of atherosclerosis. **Nature reviews nephrology**, v. 13, p. 368 – 380, 2017.

GLASS, C. K.; WITZTUM, J. L. Atherosclerosis. The road ahead. **Cell**, n. 104, pág. 503–16, 2001.

GLOVACI, D.; FAN, W.; WONG, N. D. Epidemiology of Diabetes Mellitus and Cardiovascular Disease. **Current Cardiology Reports**, v.21, n. 21, 2019.

HANSSON, G. K. Inflammation, atherosclerosis, and coronary arterydisease. **New England Journal of Medicine**, n. 352, p. 1685–95, 2005.

HANSSON, G. K.; HERMANSSON, A. The immune system in atherosclerosis. **Nature Immunology**, n. 12, p. 204–212, 2011.

HEEREBEEK, V. .; HAMDANI, N.; HANDOKO, M. L, et al. Diastolic stiffness of the failing diabetic heart. Importance of fibrosis, advanced glycation end products, and myocyte resting tension. **Circulation**, n. 117, p. 43–51,2008.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes Atlas**, Nona edição, 2019. Disponível em: www.diabetesatlas.org. Acesso em: 27/02/2021.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF diabetes atlas**. Oitava edição, 2017. Disponível em: <http://www.diabetesatlas.org>. Acesso em: 28/02/2021.

JUUTILAINEN, A; LEHTO, S; RONNEMAA, T; PYÖRÄLÄ, K; LAAKSO, M . Type 2 diabetes as a "coronary heart disease equivalent": an 18-year prospective population-based study in Finnish subjects. **Diabetes Care**, v. 28, s. 12, p. 2901-2907, 2005.

KRAGEL, A. H.; REDDY, S. G.; WITTES, J. T.; ROBERTS, W. C. Morphometricanalysis of the composition of atherosclerotic plaques in the four majorepicardial coronary arteries in acute myocardial infarction and insudden coronary death. **Circulation**, n. 80, p. 1747–56, 1989.

LA SALA, L.; PRATTICHIZZO, P.; CERIELLO, A. The link between diabetes and atherosclerosis. **European Journal of Preventive Cardiology**, v. 26, n. 2S, p. 15–24, 2019.

LIBBY, P. Inflammation in atherosclerosis. **Nature**, n. 420, p. 868–74, 2002.

LIND, M.; BOUNIAS, I.; OLSSON, M.; GUDBJÖRNSDOTTIR, S.; SVENSSON, A. M.; ROSENGREN, A. Glycaemic control and incidence of heart failure in 20,985 patients with type 1 diabetes: an observational study. **Lancet**, v. 378, p.140–146, 2011.

LOZANO, R. et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, v. 380, p. 2095–2128, 2012.

MAUTNER, S. L.; LIN, F.; ROBERTS, W. C. Composition of atherosclerotic plaques in the epicardial coronary arteries in juvenile (type I) diabetes mellitus. **The American Journal of Cardiology**, n. 70, p. 1264–1268, 1992.

MEHTA, A.; BHATTACHARYA, S.; ESTEP, J.; FAIMAN, C. Diabetes and Heart Failure A Marriage of Inconvenience. **Clinics in Geriatric Medicine**, n. 36, p. 447–455, 2020.

MOE, B.; EILERTSEN, E.; NILSEN, T. The combined effect of leisure-time physical activity and diabetes on cardiovascular mortality: the Nord-Trøndelag Health (HUNT) cohort study, Norway. **Diabetes Care**, v. 36, n.3, p. 690–695, 2013.

MORENO, P. R.; MURCIA, A. M.; PALACIOS, I. F.; LEON, M. N.; BERNARDI, V. H.; FUSTER, V.; FALLON, J. T. Coronary composition and macrophage infiltration in atherectomy specimens from patients with diabetes mellitus. **Circulation**, n.102, p. 2180–2184, 2000.

MOSS, S. E.; KLEIN, R.; KLEIN, B. E. The 14-year incidence of lower-extremity amputations in a diabetic population: the Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy. **Diabetes Care**, N. 22, pág. 951–959, 1999.

NAKASHIMA, Y.; RAINES, E. W.; PLUMP, A. S.; BRESLOW, J. L.; Ross, R. Upregulation of VCAM-1 and ICAM-1 at atherosclerosis-prone sites on the endothelium in the ApoE-deficient mouse. **Arterioscler. Thromb. Vascular Biology**, n. 18, p. 842–851, 1998.

NAPOLI, C.; TRIGGIANI, M.; PALUMBO, G.; CONDORELLI, M.; CHIARIELLO, M.; AMBROSIO, G. Glycosylation enhances oxygen radical-induced modifications and decreases acetylhydrolase activity of human low density lipoprotein. **Basic Research in Cardiology**, n. 92, p. 96–105, 1997.

NEUBAUER, S. The failing heart—an engine out of fuel. **New England Journal of Medicine**, v. 356, p.1140–1151, 2007.

NISHIKAWA, T.; ARAKI, E. Impact of mitochondrial ROS production in the pathogenesis of diabetes mellitus and its complications. **Antioxidants & Redox Signaling**, v. 9, p. 34–53, 2007.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Global report on diabetes**. Suíça, 2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf?ua=1. Acesso em: 27/02/2021.

PARK, Y. M.; FEBBRAIO, M.; SILVERSTEIN, R. L. CD36 modulates migration of mouse and human macrophages in response to oxidized LDL and may contribute to macrophage trapping in the arterial intima. **Journal of Clinical Investigation**, n. 119, p. 136–145, 2009.

PATEL, R. P.; MOELLERING, D.; MURPHY-ULLRICH, J.; JO, H.; BECKMAN, J. S.; DARLEY-USMAR, V. M. "Cell signaling by reactive nitrogen and oxygen species in atherosclerosis," **Free Radical Biology and Medicine**, v. 28, n. 12, p. 1780–1794, 2000.

PEREIRA, R. A relação entre Dislipidemia e Diabetes Mellitus tipo 2. **Cadernos UniFOA**, Edição 17, Rio de Janeiro, Dezembro 2011.

HENNING, R. J. Type-2 diabetes mellitus and cardiovascular disease. **Future Cardiology**, v. 14, n. 6, p. 491-509, 2018.

SARWAR, N.; GAO, P.; SESHASAI, S. R.; GOBIN, R.; KAPTOGE, S.; DI ANGELANTONIO, E. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. **Lancet**, n. 375, p. 2215–2222, 2010.

SDB (Sociedade Brasileira de Diabetes). **O que é diabetes**. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/noticias/690-no-brasil-ha-mais-de-16-5-milhoes-de-pessoas-com-a-doenca-e-metade-desconhece-o-diagnostico>. Acesso em: 27/02/2021.

SECREST, A. M.; BECKER, D. J.; KELSEY, S. F.; LAPORTE, R. E.; ORCHARD, T. J. Cause-specific mortality trends in a large population-based cohort with long-standing childhood-onset type 1 diabetes. **Diabetes**, n. 59, p. 3216–3222, 2010.

SHEN, G. X. Lipid disorders in diabetes mellitus and current management. *Curr Pharm Analysis* 3:17–24, 2007 14Duell PB, Oram JF, Bierman EL: Nonenzymatic glycosylation of HDL and impaired HDL-receptor-mediated cholesterol efflux. **Diabetes**, n. 40, p. 377–384, 1991.

SOEDAMAH-MUTHU, S. S.; FULLER, J. H.; MULNIER, H. E.; RALEIGH, V. S.; LAWRENSON, R. A.; COLHOUN, H. M. High risk of cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes in the U.K.: a cohort study using the General Practice Research Database. **Diabetes Care**, v. 29, pág. 798–804, 2006.

TURNER, R.; MILLINS, H.; NEIL, H ET AL. Risk factors for coronary artery disease in non-insulin dependent diabetes mellitus: United Kingdom prospective diabetes study (UKPDS: 23) the United Kingdom Prospective Diabetes Study Group. **BMJ**, n. 316, p. 823–828, 1998.

VALSANIA, P.; ZARICH, S. W.; KOWALCHUK, G. J.; KOSINSKI, E.; WARRAM, J. H.; KROLEWSKI, A. S. Severity of coronary artery disease in young patients with insulin-dependent diabetes mellitus. **American Heart Journal**, n. 122, p. 695–700, 1991.

WHITELEY, L; PADMANABHAN, S; HOLE, D; ISLES, C. Should diabetes be considered a coronary heart disease risk equivalent. **Diabetes Care**, v. 28, n. 7, p. 1588, 2005.

DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS: OPINIÃO DE PROFESSORES SOBRE O CURRÍCULO NA ÁREA DA SAÚDE

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 21/02/ 2021

Felippe Pedroza Lauro de Oliveira

Universidade de Mogi das Cruzes
Mogi das Cruzes, São Paulo

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1537-0031>

Gabriel Castanho Ribeiro

Universidade de Mogi das Cruzes
Mogi das Cruzes, São Paulo

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1748-370X>

Leticia Rodrigues Matos de Oliveira

Universidade de Mogi das Cruzes
Mogi das Cruzes, São Paulo

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9000-6526>

Mariane Satie Ihara

Universidade de Mogi das Cruzes
Mogi das Cruzes, São Paulo

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6227-3627>

Raissa Leal Silva

Universidade de Mogi das Cruzes
Mogi das Cruzes, São Paulo

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3740-8539>

Luci Mendes de Melo Bonini

Universidade de Mogi das Cruzes
Mogi das Cruzes, São Paulo

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6426-218X>

RESUMO: De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), Doenças Tropicais são um grupo diversificado de enfermidades que prevalecem em

condições tropicais e subtropicais. Essas doenças afetam principalmente as regiões mais vulneráveis do país, como Norte e Nordeste. Este estudo tem como objetivo refletir acerca da opinião dos docentes de cursos de graduação na área da saúde a respeito da inserção do tema das DTNs na grade curricular desses cursos e nas aulas de modo geral. Trata-se de estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa e corte transversal. Participaram da pesquisa 6 professores de cursos de graduação da área da saúde de uma instituição de ensino superior particular no município de Mogi das Cruzes. Segundo os participantes é importante conhecer essas doenças, todos afirmam incluir em suas aulas esse tema, e alguns concordam que ainda há pouco interesse em compreender mais aprofundadamente as DTNs e suas consequências. Concluiu-se que há a necessidade de se incluir o debate acerca das DTNs na formação dos profissionais de saúde de modo que haja uma compreensão maior, principalmente para a formação generalista do profissional de saúde que vai atuar na atenção básica.

PALAVRAS - CHAVE: Doenças tropicais negligenciadas. Profissionais de saúde. Educação em saúde. Saúde pública.

NEGLECTED TROPICAL DISEASES: OPINION OF PROFESSORS ON THE CURRICULUM ON THE HEALTH AREA

ABSTRACT: According to the World Health Organization (WHO), tropical diseases are a diverse group of diseases that prevail in tropical and subtropical conditions. These diseases

mainly affect the most vulnerable regions in Brazil, such as the North and Northeast. This study aims to reflect on the opinion of professors of the medical course in relation to Neglected Tropical Diseases (DTNs) and how this theme is inserted in the curriculum and classes of courses in health area. This is an exploratory-descriptive study, with a qualitative approach and cross-section. Six professors of undergraduate courses in the health area of a private higher education institution in the municipality of Mogi das Cruzes participated in the research. According to the participants, it is important to know these diseases, all claim to include this topic in their classes, and some agree that there is still little interest in understanding more deeply the NTDs and their consequences. It was concluded that there is a need to include the debate about NTDs in education of health professionals so that there is a greater understanding, especially for the general training of health professionals who will work in primary care.

KEYWORDS: Neglected tropical diseases. Health professionals. Health education. Public health.

1 | INTRODUÇÃO

O termo Doenças Tropicais surgiu sem data fixa e foi se consolidando à medida que microrganismos eram reconhecidos como causadores de doenças e tinham seus mecanismos de transmissão elucidados. Em 1899 foi fundada a London School and Hygiene and Tropical Medicine, essa instituição foi responsável pela designação “doenças tropicais” na terminologia médica (WHO, 2012; HOTEZ; BROWN, 2009).

O subdesenvolvimento é um fator de risco para as doenças tropicais, mediado pela consequência do colonialismo tardio (SANTOS, 2003). As pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade, sem saneamento adequado e contato próximo com vetores infecciosos são as mais afetadas (HOTEZ *et al*, 2004). Assim, compreender o processo sistêmico que envolve as Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs de ora em diante) leva a uma reflexão de que a atuação dos profissionais da saúde não se restringe somente à assistência, englobando também a pesquisa, a gerência e a educação (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

As DTNs englobam todas as doenças que ocorrem exclusivamente nos trópicos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) as classifica em 17 doenças: dengue, raiva, tracoma, úlcera de Buruli, treponematoses endêmicas, hanseníase, leishmaniose, cisticercose, dracuncuíase, doença do sono, equinococose, infecções por trematódes causadas por alimentos, filariose linfática, oncocercose (cegueira dos rios), esquistossomose e helmintíases transmitidas pelo solo (SOUZA, 2010).

Diante das dezessete doenças classificadas como tropicais negligenciadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), percebe-se que houve uma melhora significativa na redução dos índices de algumas delas, o que pode ser um reflexo das ações governamentais e dos profissionais de saúde, frente à incidência dessas doenças no Brasil (WHO, 2012).

Baseado no Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde - das doenças tropicais negligenciadas no país, entre os anos de 1995

a 2016, tem-se que a oncocercose, a esquistossomose, a filariose linfática tiveram redução dos seus índices (BRASIL, 2018).

Tracoma e hanseníase tiveram oscilações nos seus índices durante o período analisado, mas o resultado com o decorrer do tempo mostra-se positivo, ou seja, as prevalências das doenças estão diminuindo (BRASIL, 2018).

Estratégias de profilaxia, como as Campanhas Nacionais, vêm sendo adotadas, contribuindo para a melhora dos dados, principalmente, em doenças helmínticas – como as transmitidas pelo solo e por alimentos (BRASIL, 2018).

No caso da dengue, devido a diversos fatores, como a alta taxa mutação do vírus causador da doença, além das medidas sanitárias, que muitas vezes, são negligenciadas, o número de casos vem aumentando.

O número de casos prováveis de dengue registrados no Brasil em janeiro deste ano mais que dobrou em comparação ao mesmo período de 2018. De acordo com o Ministério da Saúde, até o dia 2 de fevereiro, o aumento era de 149%, passando de 21.992 para 54.777 casos prováveis – uma incidência de 26,3 (AGÊNCIA BRASIL, 2019).

Os objetivos deste estudo são: refletir acerca da opinião dos docentes de cursos de graduação na área da saúde a respeito da inserção do tema das DTNs na grade curricular desses cursos e nas aulas de modo geral.

2 | AS ARBOVIROSES

As Arboviroses são motivo de preocupação no mundo inteiro principalmente pela sua capacidade de adaptação a novos ambientes e hospedeiros (vertebrados e invertebrados). Este grupo é composto por vírus que são transmitidos por artrópodes (ARthropode BORn VIRUS), geralmente mosquitos hematófagos, estão incluídos os vírus da dengue (DENV), Zika (ZIKV), Chikungunya (CHIKV) e Febre Amarela (YFV). A maioria dos arbovírus são do gênero *Alphavirus* (família *Togaviridae*) e *Flavivirus* (família *Flaviviridae*) (DONALISIO *et al.*, 2017; FIGUEIREDO, 2017).

O quadro clínico das infecções por arbovírus variam entre sintomas de síndrome febril leve, além de cefaleia, exantema e artralgia podendo chegar a síndrome febril hemorrágica, articulares e neurológicas. Os quadros mais graves foram observados após circulação viral em epidemias, relacionando-se com a morbidade e mortalidade.

O combate ao vetor *Aedes aegypti* é o principal método de prevenção das Arboviroses no Brasil, conta com apoio da população e de políticas públicas para combater proliferação das doenças transmitidas pelo vetor (DONALISIO *et al.*, 2017).

- Dengue:

A dengue é uma infecção viral sistêmica autolimitada, transmitida entre humanos por mosquitos. É uma arbovirose que tem causado preocupação por ser um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Os países tropicais são os mais atingidos em função

de suas características ambientais, climáticas e sociais (DEPRADINE; LOVELL, 2004). A transmissão ocorre principalmente pela picada do mosquito *Aedes aegypti* infectados pelo vírus da dengue (HOTEZ, 2009).

Historicamente a dengue emergiu da África durante o comércio de escravos nos séculos XV e XIX, espalhou-se pela Ásia através de intercâmbios comerciais nos séculos XVIII e XIX, e se espalhou globalmente com o advento do aumento das viagens e do comércio nos últimos 50 anos. Graças à urbanização, a endemidade foi facilitada na Ásia e na América Latina, resultando no aumento da densidade populacional (MAIRUHU *et al.*, 2003).

A incidência de casos de dengue varia de acordo com as condições climáticas e está geralmente associada ao aumento da temperatura, pluviosidade e umidade do ar, condições que favorecem o aumento do número de criadouros e também o desenvolvimento do vetor (GABRIEL *et al.*, 2018).

As manifestações clínicas são variadas, após um período de incubação de 3 a 7 dias, os sintomas começam repentinamente e seguem três fases – uma fase inicial febril, uma fase crítica em torno do tempo de desfervescência e uma fase de recuperação espontânea (MOUSSON *et al.*, 2005).

- Zika

É um flavivírus da família Flaviviridae. A primeira vez que se identificou esse vírus foi em 1947, em Uganda, mas o primeiro surto foi identificado na Micronésia, ampliando-se para a Polinésia e a partir de 2015, o Brasil teve seus primeiros casos confirmados no Nordeste e acabou espalhando-se para outros países do continente americano (DONALISIO *et al.*, 2017).

Em novembro de 2015, diante do aumento de casos de microcefalia em nascidos vivos, uma pesquisa comprovou a implicação do ZIKAV com a microcefalia, o que exigiu muitas respostas do sistema de saúde e da proteção social dessas crianças e mães, ao longo dos últimos anos (GARCIA, 2018).

- CHIKUNGUNYA

A palavra chikungunya é derivada da língua Makonde (Kimakonde), um dos idiomas falados no sudeste da Tanzânia, e significa “curvar-se ou tornar-se contorcido”, referindo-se à postura adotada pelo paciente devido à dor articular grave nas infecções severas causadas pelo CHIKV (DONALISIO; FREITAS, 2015; LIMA *et al.*, 2020).

A doença causada pelo CHIKV, conhecida como febre de chikungunya, é caracterizada clinicamente por febre, cefaleia, mialgias, exantema e artralgia, sintomatologia mais marcante, que em alguns pacientes pode persistir por meses ou anos e, às vezes, evolui para artropatia crônica incapacitante (WHO/PAHO, 2014)

Desde o isolamento na Tanzânia, o CHIKV tem sido associado com doença na África e Ásia. Entretanto, a partir de 2005 o vírus rapidamente se espalhou pelas ilhas do sudoeste

do Oceano Índico. Numerosos casos importados foram observados em países ocidentais não-tropicais, como na Itália, onde ocorreu em 2007 um surto por CHIKV (SILVA JR., 2018). Os casos continuaram a ocorrer e, em 2013, o CHIKV foi introduzido na região do Caribe, expandindo-se em 2014 para as áreas continentais das Américas (SIMON, 2008).

- Febre Amarela

A febre amarela é uma doença infecciosa, não contagiosa, que se mantém endêmica ou enzoótica nas regiões tropicais, mais especificamente nas florestas tropicais da América e África causando periodicamente surtos isolados ou epidemias de maior ou menor impacto em saúde pública (SANTOS *et al*, 2019)

O vírus da febre amarela pertence ao gênero *Flavivirus* e o seu vetor é o mosquito *Aedes aegypti*. O vírus da febre amarela mantém-se em dois ciclos básicos: um ciclo urbano simples do tipo homem-mosquito, em que este se responsabiliza pela disseminação da doença, e ciclo silvestre, o hospedeiro é o macaco e a espécie de mosquito que dissemina a doença se difere da África, no Brasil são responsáveis pela transmissão, os mosquitos *Haemagogus* e *Sabethes* (SANTOS *et al*, 2019).

3 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de pesquisa exploratório-descritiva de abordagem qualitativa de corte transversal. Participaram da pesquisa 6 professores de cursos de graduação da área da saúde de uma instituição de ensino superior particular no município de Mogi das Cruzes. Elaborou-se um formulário via Google forms e encaminhou-se para 20 professores de uma instituição, obteve-se o retorno de 6 respondentes. Todos os convidados que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo os aspectos éticos previstos na Portaria nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, para preservar o anonimato dos participantes da pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo CAAE: 21912919.8.0000.5497 e parecer de aprovação número: 3.693.689.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Entre os seis participantes, cinco docentes eram do gênero masculino e um do gênero feminino. As idades estavam entre 45 e 61 anos, e a formação assim discriminada: Farmácia (2 participantes), Medicina (2 participantes), Ciências Biológicas (1 participante) e Biomedicina (1 participante).

Quatro participantes tinham especialização: Anatomia Patológica; Pediatria; Genética e Análises Clínicas. Três participantes tinham mestrado e quatro doutorado nas seguintes áreas: Biofísica e Biologia Molecular; Microbiologia e Imunologia; e Biotecnologia e Genética.

Assim descrevem suas opiniões sobre as arboviroses no Brasil e em Mogi das Cruzes:

- Os poucos conhecimentos e inovações na área são obtidos exclusivamente de estudos realizados em universidades sem fins lucrativos. Não há interesse da indústria em estudar e investir nas DTN. Desta forma, temos poucos conhecimentos e que, muitas vezes, ficam restritos ao ambiente acadêmico. Pela localização geográfica e presença de áreas preservadas de Mata Atlântica, a região de Mogi das Cruzes apresenta um risco elevado para os moradores em relação às DTN. (Área de Formação Farmácia, 45 anos, masc.)
- Não tenho informações atualizadas a respeito – veículos de imprensa e gestores públicos não tem dado ênfase nestas doenças, muito provavelmente pela situação de pandemia com outra doença viral no momento. (Área de formação Medicina, 59 anos, masc.).
- *Incluiria ainda esquistossomose, filariose, doença de Chagas, malária, leishmaniose visceral, helmintíase, que são consideradas endêmicas em populações de baixa renda e continuam sendo causas de morbidade e mortalidade, incapacitam ou matam ainda muitas pessoas; se observar, em nosso país, apresentam indicadores inaceitáveis, poucos investimentos e representam uma necessidade médica ainda não atendida. (Área de formação Medicina, 61 anos, masc.).*
- Doenças de transmissão endêmica acelerada pelas condições socio-econômicas e posição geográfica do Brasil. Em Mogi das Cruzes não tenho dados técnicos para opinar. (Área de formação Ciências Biológicas, 58 anos, masc.).
- *São negligenciadas pelas grandes indústrias farmacêuticas, pois são doenças de países pobres ou em desenvolvimento com população sem recursos para compra de medicamentos mais avançados. Neste sentido, não há interesse de investimentos ficando por parte dos governos investirem em pesquisas para desenvolvimento de novos fármacos. (Área de formação Biomedicina, 52 anos, masc.).*
- São doenças com alta incidência em nosso país, e parte por falta de políticas de Saúde Pública eficientes; no caso de Mogi das Cruzes não tem informação para falar a respeito. (Área de formação: Farmácia, 58 anos, fem.).

Pôde-se notar que há um interesse mútuo dos entrevistados em explorar as DTNs, bem como o entendimento da necessidade de implantar o assunto na grade curricular médica. Entre os docentes foi ressaltada a importância do conhecimento das DTNs para área da saúde, visto que muitas dessas doenças são endêmicas no Brasil, sendo de grande valia aulas sobre prevenção, controle e tratamento de arboviroses e ainda exposição dos conhecimentos das medidas de saúde pública. Entende-se que os objetivos da educação universitária em saúde são de aprimorar nos discentes o senso de responsabilidade pela saúde da comunidade na qual irão atuar, portanto os docentes compreendem a extrema

importância em abordar estudos atualizados sobre arboviroses.

É necessário que se promovam programas de educação em saúde para a população que avancem nas escolas da Educação Básica, nas Unidades Básicas de Saúde, pois há uma

A atenção limitada ao combate às doenças tropicais negligenciadas (DTN) por meio das lentes de gênero, equidade, etnia e direitos humanos que prejudica inadvertidamente o progresso, devido à exclusão de subgrupos em populações que vivem em condições de vulnerabilidade (MBABAZI et al, 2021, p.188).

As diretrizes para a educação médica têm buscado se fundamentar na formação generalista, o que incluiria uma discussão mais aprofundada para o tema das DTNs, no entanto as especialidades médicas ainda são bastante privilegiadas nos cursos de medicina no Brasil, dê-se como exemplo as ligas acadêmicas e suas especialidades (CRUZ *et al*, 2019).

Pedi-se aos participantes a opinião sobre a educação médica nesse assunto específico como fator de prevenção dessas doenças, e as respostas assim se delinearam:

- Este assunto deve ser obrigatório na educação médica, principalmente em regiões endêmicas. A difusão do conhecimento para estudantes da área da saúde ajuda no processo de prevenção e tratamento das DTN, além de fomentar pesquisa e inovação em uma área tão carente. (Área de Formação Farmácia, 45 anos, masc.).
- Abaixo das necessidades e expectativas – sem uma política pública de esclarecimento populacional não temos como fazer prevenção destas doenças. A manifestação médico-científica depende desta política. (Área de formação Medicina, 59 anos, masc.).
- É imprescindível que o profissional médico tenha conhecimento destas doenças, sua prevenção e tratamento. (Área de formação Medicina, 61 anos, masc.).
- Formação básica sobre os vetores e de saúde básica são importantes para uma melhor compreensão de como prevenir e tratar tais enfermidades. (Área de formação Ciências Biológicas, 58 anos, masc.).
- *Em teoria, a Parasitologia deveria abordar esse tema para o aluno; porém não sei se ficam apenas no campo do ciclo biológico e medicamentoso, não focando em prevenção. (Área de formação Biomedicina, 52 anos, masc).*
- *De fundamental importância para que o profissional esteja apto a diagnosticar e tratar de forma adequada pacientes com suspeita dessas doenças. (Área de formação Farmácia, 58 anos, fem.).*

No Brasil, a Medicina Tropical tem início na Bahia, na segunda metade do século XIX, destacou-se por seus estudos sobre beribéri, ancilostomíase, filariose e ainhum, doenças associadas ao clima tropical (EDLER, 2002).

O ensino de medicina, e de outras áreas do conhecimento em países periféricos, vem acompanhando uma tendência mundial, sendo assim, as necessidades básicas de um conhecimento maior de doenças endêmicas e de soluções em pesquisas locais para área da saúde, acabam ficando em segundo plano não estimulando a pesquisa e o aprofundamento em determinadas questões, como o caso das doenças tropicais (FORATTINI, 1997).

Quando questionados sobre seus posicionamentos sobre a inclusão do tema nos currículos dos cursos de medicina, assim ficaram as respostas:

- Há necessidade de adequação do currículo de qualquer curso de graduação, inclusive de Medicina, para atender as necessidades regionais. No Brasil, devido as suas dimensões continentais, poderia haver grande diversidade nos currículos; no entanto, como a maior parte do território nacional é localizado em área tropical, é extremamente importante a inclusão das DTN como disciplina curricular. (Área de Formação Farmácia, 45 anos, masc.).
- *Extremamente importante – este assunto certamente deve entrar nos currículos, junto com outras dezenas de doenças potencialmente evitáveis para a população. (Área de formação Medicina, 59 anos, masc.).*
- *Fundamental que o acadêmico de medicina conheça as doenças do seu país, principalmente as ditas negligenciadas, pois as medidas preventivas são conhecidas, mas não se encontram disponíveis nas regiões mais pobres (Área de formação Medicina, 61 anos masc).*
- *De suma importância, principalmente no que concerne à formação da área básica com disciplinas que permitam aos alunos entender os processos biológicos que envolvem tais enfermidades e os capacitem em pensar e agir no controle destas. (Área de formação Ciências Biológicas, 58 anos, masc.).*
- *É de grande valia, ainda mais num país tropical com altos índices de DTN no verão, o que vem se repetindo ano após ano. (Área de formação Medicina, 59 anos, masc.).*
- Essencial – acredito que todos devem ter em seu currículo e deve ser estudado em diversas disciplinas, e com enfoque multidisciplinar. (Área de formação: Farmácia, 58 anos, fem.).

Por se tratar de um tema de grande relevância para a formação acadêmica médica, os entrevistadores discutiram que existe sim uma implementação sobre as DTNs no currículo dos discentes, porém deveria ser um assunto mais explorado. Disciplinas como Parasitologia, Patologia e Saúde Pública, que compõem o ciclo básico da Medicina, abordam as arboviroses nos primeiros anos do curso; já no ciclo clínico e nos anos de

internato o assunto é retomado na Infectologia.

Forattini (1997) defende a formação de pesquisadores autóctones em Medicina tropical de modo que se busquem soluções mais adequadas, acredita, ainda, na formação de pesquisadores interessados na área e, conseqüentemente, publicações especializadas.

Perguntou-se como se esses temas eram abordados em suas aulas, e assim ficaram as respostas:

- Sim, através de estudos de casos e artigos científicos. (Área de Formação Farmácia, 45 anos, masc.).
- *Passamos informações destas doenças no contexto do nosso plano de ensino com as manifestações clínico-patológicas – porém, não inserimos o estudo sistemático dessas entidades. Entendo que este assunto deva fazer parte da disciplina de Moléstias Infecciosas no ciclo clínico do Curso de Medicina. (Área de formação Medicina, 59 anos, masc.).*
- Às vezes, durante discussão de um paciente examinado, estas podem fazer parte das hipóteses diagnósticas ou de casos clínicos discutidos. (Área de formação Medicina, 61 anos masc.).
- Na área de Genética, os conhecimentos nessa área perpassam por várias áreas da medicina, inclusive sobre métodos de diagnósticos moleculares que são usados na identificação de portadores de vírus causadores dessas enfermidades. (Área de formação Ciências Biológicas, 58 anos, masc.).
- Superficialmente em Biologia Celular e Molecular, em enzimas envolvidas na patogenicidade e virulência de algumas DTN como Chagas e leishmaniose, pois não é o foco da disciplina. (Área de formação Medicina, 59 anos, masc.).
- Sim, através de aulas expositivas e também através de seminários com casos clínicos. (Área de formação: Farmácia, 58 anos, fem.).

O conhecimento dos estudantes a respeito das arboviroses abordadas como tema principal é satisfatório, e as doenças negligenciadas possuem alta prevalência no Brasil, com isso, requerem medidas que conciliem educação e promoção em saúde, nos ambientes formais e informais do ensino.

Ao questionar os entrevistados se abordam esses temas em sala de aula, percebe-se que sim, mas não como temas principais, não possuindo representatividade.

A medicina tropical necessita de pesquisas mais específicas e mais bem paramentadas para que se conheça melhor todas as suas gradações, pois há uma complexidade entre clima, distribuição das populações, mobilidade das populações dentro do país, o que necessita de uma abordagem mais complexa (CAPONI, 2003).

Como essas doenças não estão distribuídas largamente no planeta, elas não fazem parte da comunidade global de pesquisadores. Assim elas são negligenciadas, não só em termos de pesquisa e de políticas de saúde, mas também pelos currículos dos cursos de

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho tinha como objetivos: refletir acerca da opinião dos docentes de cursos de graduação na área da saúde a respeito da inserção do tema das DTNs na grade curricular desses cursos e nas aulas de modo geral.

Entende-se que esses objetivos foram atingidos, na medida em que o tema surge como preocupação nas falas dos participantes. Todos afirmaram que abordam o tema e que o mesmo poderia ser inserido com mais destaque na formação dos profissionais de saúde.

Esses objetivos foram cumpridos, uma vez que se pontuou apenas algumas doenças negligenciadas, as que mais acometem a população urbana e identificou-se na fala dos docentes a preocupação com o tema, seja em discussões de aula, seja a possibilidade de inserção no currículo, seja um despertar para o problema na leitura de resultados de pesquisa.

Neste sentido, entendeu-se que o ambiente universitário pode propiciar a formação de um profissional de saúde capaz de lidar com as doenças endêmicas no Brasil. Entre os docentes foi ressaltada a importância de abordar mais sobre as DTNs em sala de aula, de forma comunicativa e democrática, pois por meio da educação em saúde é possível uma troca de conhecimentos e experiências, o que favorece e influencia diretamente na saúde do país, principalmente na atenção básica.

Este trabalho tem limitações uma vez que o número de participantes se restringiu a uma instituição apenas e entende-se que novos estudos possam dar conta da opinião de docentes de outras regiões do país, principalmente as mais afetadas pelas arboviroses.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, I. S.; CARDOSO, J. M. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância Sanitária. Boletim Epidemiológico 49. Nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde alerta para aumento de 149% dos casos de dengue no país. 26 de Fevereiro de 2019. Agência Saúde. Disponível em: <https://www-hmg.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45257-ministerio-da-saude-alerta-para-aumento-de-149-dos-casos-de-dengue-no-pais>. Acesso em: 21.02.2021.

CAPONI, S.: Coordenadas epistemológicas de la medicina tropical. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, vol. 10(1): 113-49, jan.-abr. 2003.

CRUZ, M.L.S. et al. Perfil das Atividades Complementares dos Graduandos em Medicina pela Universidade Estadual de Feira de Santana, 2009-2017. *Rev. bras. educ. med.*, Brasília, v. 43, n. 1, supl. 1, p. 265-275, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000500265&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21.02.2021. Epub Jan 13, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190026>.

DEPRADINE, C.; LOVELL, E. Climatological variables and the incidence of Dengue fever in Barbados. *International Journal of Environmental Health Research*. No.6. Volume 14, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1080/09603120400012868>.

EDLER, F. C. A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina Tropical no Brasil. **História, Ciências e Saúde. Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol.9(2):357-85, maio-ago 2002.

FORATTINI, O. P. O Brasil e a medicina tropical. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 116-120, Apr. 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21.02.2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000200002>.

GABRIEL, A.F.B. et al. Avaliação de impacto à saúde da incidência de dengue associada à pluviosidade no município de Ribeirão Preto, São Paulo. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 446-452, Dec. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2018.0004.0004.0004. Acesso em: 21.02.2021.

DONALISIO, M.R., FREITAS, A.R.R. E ZUBEN, A.P.B.V. Arboviruses emerging in Brazil: challenges for clinic and implications for public health. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2017, v. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006889>. Acesso em: 21.02.2021.

GARCIA, L. P. Epidemia do vírus Zika e microcefalia no Brasil: Emergência, evolução e enfrentamento, **Texto para Discussão, No. 2368**, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília. 2018.

HOTEZ, P.J. Ten failings in global neglected tropical diseases control. **PLoS Negl Trop Dis** 11(12): e0005896. 2017. DOI: 10.1371/journal.pntd.0005896.

HOTEZ, P.J.; BROWN, A.S. Neglected tropical disease vaccines. **Biologicals**, 37: 160-164, 2009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1045105609000220>. Acessado em: 21.02.2021.

HOTEZ, P.J. et al. Combating tropical infectious diseases: report of the Disease Control Priorities in Developing Countries Project. **Clin Infect Dis**. 2004 Mar 15;38(6):871-8. doi: 10.1086/382077.

LIMA, C. F. P. et al. Chikungunya: an analysis of the clinical, epidemiological, immunological aspects in an integrative review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 11, p. e69291110269, 2020. DOI: 10.33444/rsd-v9i11.10269. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10269>. Acesso em: 21 feb. 2021.

MBABAZI, P.S. et al. Promoting gender, equity, human rights and ethnic equality in neglected tropical disease programmes, **Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, Volume 115, Issue 2, February 2021, Pages 188–189. DOI: <https://doi.org/10.1093/trstmh/traa159>

MAIRUHU A.T. *et al.* Is clinical outcome of dengue-virus infections influenced by coagulation and fibrinolysis? A critical review of the evidence. **Lancet Infect Dis.** 2003 Jan; 3(1):33-41. Doi: 10.1016/S1473-3099(03)00487-0.

MOUSSON L, DAUGA C, GARRIGUES T, SCHAFFNER F, VAZEILLE M, FAILLOUX AB. Phylogeography of *Aedes (Stegomyia) aegypti* (L.) and *Aedes (Stegomyia) albopictus* (Skuse) (Diptera: Culicidae) based on mitochondrial DNA variations. **Genet Res.** 2005 Aug;86(1):1-11. Doi: 10.1017/S0016672305007627. PMID: 16181519.

SANTOS, E.W. *et al.* Conhecimento sobre a transmissão e profilaxia da Febre Amarela no município de São Paulo, Brasil. **PubVet.** v. 13 No. 11 p. 150 2019. Disponível em: <http://www.pubvet.com.br/artigo/6431/conhecimento-sobre-a-transmissatildeo-e-profilaxia-da-febre-amarela-no-municiacutepio-de-satildeo-paulo-brasil>. Acesso em: 21.02.2019.

SANTOS M, Silveira M.L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI.** São Paulo: Record, 2003.

SILVA JÚNIOR, J.V.J. Genética reversa de arbovírus: chikungunya, febre amarela e dengue. 2018. **Tese** - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

SIMON F., Savini H., Parola P. Chikungunya: a paradigm of emergence and globalization of vector-borne diseases. **Med Clin North Am.** 2008;92(6):1323-43. DOI:10.1016/j.mcna.2008.07.008.

SOUZA, W. S. **Doenças negligenciadas.** Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Accelerating Work to Overcome the Global Impact of Neglected Tropical Diseases: A Roadmap for Implementation., 2012. Disponível em: https://www.who.int/neglected_diseases/NTD_RoadMap_2012_Fullversion.pdf. Acesso em: 21.02.2021.

WORD HEALTH ORGANIZATION/ PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. WHO/PAHO. **Number of Reported Cases of Chikungunya Fever in the Americas, by Country or Territory 2013-2014** (to week noted). Cumulative cases. 2014. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/2014-dec-29-cha-CHIKV-cases-ew-52.pdf>. Acesso em: 21.02.2021.

ARBOVIROSES. Direção: Rafael Figueiredo. Produção: Christovão Paiva. Roteiro: Marcela Morato. Rio de Janeiro: Canal Saúde Fiocruz, 2017, 1 vídeo, MPEG-4, (26min38s), son., color. (Ligado em Saúde).

CAPÍTULO 9

EDUCAÇÃO SEXUAL COMO PREVENÇÃO DE AGRAVOS: FOCO NA SAÚDE REPRODUTIVA DE JOVENS E ADOLESCENTES

Data de aceite: 01/04/2021

Vinícius Luís da Silva

Universidade Estadual do Paraná
Paranavaí – PR
<https://orcid.org/0000-0001-6228-8124>

Luana Leite dos Santos

Colégio Estadual Flauzina Dias Viegas
Paranavaí – PR
<https://orcid.org/0000-0003-0121-7941>

Júlia dos Santos Rodrigues

Colégio Estadual Flauzina Dias Viegas
Paranavaí – PR
<https://orcid.org/0000-0002-4106-8349>

Thalita dos Santos Souza

Colégio Estadual Flauzina Dias Viegas
Paranavaí – PR
<https://orcid.org/0000-0002-8622-7059>

João Pedro Rodrigues Soares

Universidade Estadual do Paraná
Paranavaí – PR
<https://orcid.org/0000-0001-5725-3795>

Maria Luiza Costa Borim

Universidade Estadual de Maringá
Maringá – PR
<https://orcid.org/0000-0002-9523-4218>

Neide Derenzo

Universidade Estadual do Paraná
Paranavaí – PR
<https://orcid.org/0000-0002-7771-8163>

Kely Paviani Stevanato

Universidade Estadual do Paraná
Paranavaí – PR
<https://orcid.org/0000-0003-1872-8246>

Heloá Costa Borim Christinelli

Universidade Estadual do Paraná
Paranavaí – PR
<https://orcid.org/0000-0003-0772-4194>

Célia Maria Gomes Labegalini

Universidade Estadual do Paraná
Paranavaí – PR
<https://orcid.org/0000-0001-9469-4872>

Élen Ferraz Teston

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande – MS
<https://orcid.org/0000-0001-6835-0574>

Maria Antonia Ramos Costa

Universidade Estadual do Paraná
Paranavaí – PR
<https://orcid.org/0000-0001-6906-5396>

RESUMO: A adolescência consiste no período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizando-se pelas mudanças corporais da puberdade que influenciam no despertar da sexualidade, sendo fundamental que o adolescente seja orientado para as transformações que acontecem neste período de intenso crescimento e desenvolvimento. Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva e exploratória, abordagem quantitativa, realizada com os alunos matriculados no ensino médio de um Colégio Estadual do Noroeste do Paraná. A

coleta dos dados ocorreu durante os meses maio e junho de 2020, através de um formulário individual on-line, estruturado pela plataforma Google®. Aprovada pelo comitê de ética sob número 3.951.264/2020. Os dados foram armazenados em planilha do software Excel e analisados por meio de estatística descritiva simples. Dos 46 alunos matriculados no ensino médio, somente 18 (39%) participaram da pesquisa, 72,2% eram mulheres e 27,8% homens, a maioria tinha 17 anos (55,5%). Sobre a primeira relação sexual, 22,2% revelaram que aconteceu com 16 anos e um participante declarou que essa experiência foi aos 11 anos. Em relação ao nível de conhecimento dos participantes relacionado às questões da saúde reprodutiva e sexual, 38,9% afirmaram ter um bom conhecimento das modificações que ocorrem durante a puberdade. O início da prática sexual entre os adolescentes está ocorrendo cada vez mais em idade precoce, o que provoca um alerta à família, profissionais de saúde e da educação à importância do acesso a fontes seguras de informação para disseminar o conhecimento dos cuidados preventivos. Ainda que os jovens disponham de algum conhecimento sobre a sexualidade, percebeu-se lacunas neste conhecimento, portanto há a necessidade de uma prática mais efetiva de educação sexual nas escolas, ambiente familiar e na atenção primária em saúde assegurando a garantia de qualidade de vida.

PALAVRAS - CHAVE: Sexualidade. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Educação Sexual. Saúde do Adolescente. Enfermagem.

SEXUAL EDUCATION AS A PREVENTION OF DISEASES: FOCUS ON THE REPRODUCTIVE HEALTH OF YOUNG PEOPLE AND ADOLESCENTS

ABSTRACT: Adolescence is the transition period between childhood and adulthood, characterized by the bodily changes of puberty that influence the awakening of sexuality, and it is essential that the adolescent is oriented towards the transformations that take place in this period of intense growth and development. This is a cross-sectional, descriptive and exploratory research, quantitative approach, carried out with students enrolled in high school at a State College in the Northwest of Paraná. Data collection took place during May and June 2020, using an individual online form, structured by the Google® platform. Approved by the ethics committee under number 3,951,264 / 2020. The data were stored in an Excel software spreadsheet and analyzed using simple descriptive statistics. Of the 46 students enrolled in high school, only 18 (39%) participated in the survey, 72.2% were women and 27.8% men, the majority was 17 (55.5%). Regarding the first sexual intercourse, 22.2% revealed that it happened at 16 years old and one participant stated that this experience was at 11 years old. Regarding the level of knowledge of the participants related to issues of reproductive and sexual health, 38.9% said they had a good knowledge of the changes that occur during puberty. The beginning of sexual practice among adolescents is occurring more and more at an early age, which causes an alert to the family, health and education professionals about the importance of accessing safe sources of information to disseminate the knowledge of preventive care. Although young people have some knowledge about sexuality, there were gaps in this knowledge, so there is a need for a more effective practice of sexual education in schools, the family environment and in primary health care, ensuring the guarantee of quality of life.

KEYWORDS: Sexuality. Sexually Transmitted Diseases. Sex Education. Adolescent Health. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A adolescência consiste no período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizando-se pelas mudanças corporais da puberdade que influenciam no despertar da sexualidade, sendo fundamental que o adolescente tenha seja orientado para as transformações que acontecem neste período de intenso crescimento e desenvolvimento (FERREIRA et al., 2019; MORAES et al., 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os indivíduos com faixa etária entre 10 e 19 anos são considerados adolescentes, enquanto a juventude inicia-se aos 15 e persiste até os 24 anos (MIRANDA et al., 2018). Destaca-se como principais causas de morbidade nesta fase da vida, os comportamentos sexuais de risco que podem resultar na contaminação por infecções sexualmente transmissíveis e gravidez precoce (FURNALETTO; MARIN; GONÇALVES, 2019; MIRANDA et al., 2018).

Nesse sentido, observa-se que a curiosidade por novas experiências e a ausência de educação permanente em saúde sobre as mudanças pelas quais estão passando tornam os adolescentes vulneráveis a situações de risco, que podem afetar a qualidade de vida e implicar na evasão escolar (ALMEIDA, 2017). Por isso, a educação sexual representa uma estratégia de prevenção que deve ser abordada antes da primeira relação sexual, visando promover o diálogo sobre os questionamentos referentes as experiências da juventude, de forma a estimular o desenvolvimento crítico dos indivíduos e propor uma visão mais cética da realidade social (FRANCO et al., 2018).

Considera-se que, o entendimento sobre a saúde sexual pelos jovens busca facilitar a troca de informações e a apropriação do conhecimento necessário a prática do sexo seguro, que inclui o aconselhamento sobre o uso de métodos contraceptivos, bem como o incentivo a assumir responsabilidade com sua própria saúde, contribuindo para a reflexão sobre as condutas de risco que podem levar a adquirir as IST's e a importância da utilização dos serviços de saúde para resolução de qualquer dúvida inerente à sexualidade (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017).

Portanto, a necessidade de um diagnóstico do conhecimento dos adolescentes sobre a sexualidade contribuirá para a compreensão, pelos profissionais de saúde, sobre o processo de amadurecimento desses indivíduos, bem como subsidiar a implementação de ações educativas em saúde, proporcionando uma aprendizagem contínua dos conteúdos mais relevantes sobre a temática e levar a reflexão sobre as práticas que influenciam na redução de ocorrências prejudiciais à saúde (SILVA et al., 2020).

Diante do contexto apresentado, o estudo apropriou-se do seguinte questionamento: De que forma o acesso às fontes seguras de informação sobre a sexualidade, por adolescentes e jovens, pode impactar na promoção da saúde e prevenção de agravos? Assim sendo, o objetivo desta pesquisa, que faz parte do programa de iniciação científica para o ensino médio, foi identificar como os adolescentes e jovens percebem sua saúde,

sexualidade e os aspectos que envolvem a saúde reprodutiva.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva e exploratória com abordagem quantitativa, que foi realizada com os alunos matriculados na séries do ensino médio de um Colégio Estadual do Noroeste do Paraná. Adotou-se os seguintes critérios de inclusão: ser adolescente e/ou jovem e estar matriculado no ensino médio do período matutino de um colégio estadual, enquanto o critério de exclusão abarcava os indivíduos menores de idade dos quais seus pais não autorizarem a participação no estudo.

Foi solicitada a autorização do colégio para a realização da coleta dos dados que ocorreu durante os meses de maio e junho de 2020, através de um formulário individual on-line e auto-aplicado, estruturado pela plataforma Google®, devido distanciamento social provocado pela pandemia de COVID-19. Esse instrumento foi elaborado pelos pesquisadores e dispunha de questões de caracterização sociodemográfica e estilos de vida dos participantes, identificação dos comportamentos de risco para a saúde reprodutiva e verificação das fontes de informação sobre a orientação de cuidados relacionados à educação sexual.

Para cumprir questões éticas e devido a pandemia, o questionário foi enviado aos pais dos alunos, por e-mail ou WhatsApp, o Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE) para autorização dos menores de 18 anos participar da pesquisa, e aqueles que já possuíam 18 anos foi fornecido o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). O acesso ao questionário só foi permitido pela ferramenta Google Forms após o aceite em participação da pesquisa.

Os dados foram armazenados em planilha do software Excel e analisados por meio de estatística descritiva simples, interpretando as informações dispostas em cálculos de porcentagem das variáveis que estavam apresentadas em formato de gráfico e tabela.

O estudo seguiu todos os preceitos éticos da Resolução 466/2012 e da Resolução 580/2018 do Conselho Nacional em Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Paraná sob número 3.951.264/2020 (CAAE: 29502820.6.0000.9247).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 46 alunos matriculados nas séries do ensino médio, somente 18 (39%) participaram da pesquisa. Destaca-se que na época da coleta de dados mais de 30% dos alunos matriculados haviam desistido dos estudos, por isto a quantidade menor de participantes. A tabela 1 descreve a caracterização sociodemográfica dos adolescentes e/ou jovens, sendo que a maioria era predominante do sexo feminino (72,2%) e tinham 17

anos (55,5%).

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Masculino	5	27,8
Feminino	13	72,2
Idade (em anos)		
15	1	5,6
16	6	33,3
17	10	55,5
> 17	1	5,6
Série Escolar (ensino médio)		
1ª série	1	5,6
2ª série	8	44,4
3º série	9	50
Etnia		
Branco	3	16,7
Negro	2	11,1
Pardo	12	66,7
Indígena	1	5,5
Religião		
Catolicismo	13	72,2
Evangelismo	3	16,7
Espiritismo	0	0
Ignorado/sem religião	2	11,1
Total	18	100

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos adolescentes matriculados no ensino médio de um Colégio Estadual do Noroeste do Paraná. Paranavai/PR/Brasil, 2020.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Quanto aos hábitos de higiene saudáveis para a saúde da mulher, 94,4% dos jovens indicaram a lavagem diária com sabonete de pH neutro. Sobre o câncer de mama, destacaram-se como principais fatores de risco: histórico de CA na família (77,8%), alcoolismo (55,6%), idade avançada (38,9%), tabagismo (33,3%), sedentarismo (27,8%) e obesidade (16,7%). Enquanto isso, evidenciou-se também como sinais e sintomas: nódulo ou caroço palpável (94,4%), dor no seio (72,2%), secreção do mamilo (50%) e coloração avermelhada ao redor da mama (44,4%). Ainda, sobre a ocorrência de câncer de mama em homens, 50% dos participantes demonstram conhecimento positivo.

Todavia, quando abordado sobre o câncer de colo uterino, 38,9% demonstraram

conhecimento insuficiente (nenhum), e quanto aos sinais e sintomas, os adolescentes assinalaram: dor pélvica (66,7%), lesões no colo uterino e parede vaginal (61,1%), queixas urinárias e/ou intestinais com dificuldade, ardência (50%) e sangramento (38,9%). Considera-se que a ausência de instruções sobre essa doença acaba tornando as meninas vulneráveis ao agravo, sendo fundamental discutir sobre as diferentes fontes de informação e seu potencial em contribuir com a saúde das pessoas, tanto para alertar quanto as campanhas de vacinação contra o HPV quanto para a realização do exame citopatológico do colo uterino, visto que a promoção da saúde está entre os aspectos fundamentais do SUS (TANAKA et al., 2019).

Em relação ao recebimento de orientações sobre a saúde da mulher e/ou do homem, 100% dos alunos relataram ter sido orientados. Os principais locais onde os adolescentes receberam essas orientações foram através da família (66,7%), na escola por meio do professor (61,1%), durante uma consulta no posto de saúde (61,1%) e na internet (50%) através das redes sociais. Deste modo, enfatiza-se que as práticas educativas com estratégias eficazes para os adolescentes, envolvendo-os e empoderando-os de conhecimento e informações seguras podem contribuir positivamente para a minimização das dúvidas não apenas em termos de sua sexualidade, mas sensibilizando-os ao desenvolvimento da autoestima, para que saibam fazer escolhas, posicionando-se de forma autônoma frente a situações e responsabilizando-se por suas decisões (BARBOSA et al., 2020).

Sobre a primeira relação sexual, 55,6% dos participantes declararam o desfrute dessa experiência. Inclusive, apontou-se com que idade os adolescentes tiveram a primeira relação sexual: 11 anos (5,6%), 13 anos (5,6%), 15 anos (16,7%), 16 anos (22,2%), 17 anos (5,6%) e não informado (44,4%). Observa-se que o início da prática sexual entre os adolescentes/jovens está ocorrendo cada vez mais em idade precoce, o que provoca um alerta à família, profissionais de saúde e da educação à necessidade de ações educativas para disseminar o conhecimento sobre os cuidados preventivos promovendo assim, a garantia de qualidade de vida dos jovens (MORAES et al., 2019).

No que concerne a transmissão de uma IST's, os adolescentes descreveram a relação sexual desprotegida (94,4%) como principal causa, e para evitar é necessário o uso de preservativo masculino e/ou feminino (100%). Pode-se perceber claramente que a maioria dos alunos dispõem de uma mesma opinião sobre o meio de transmissão de IST's, motivo pelo qual as equipes de saúde devem desenvolver uma estratégia de educação sexual que aborde aspectos sobre os métodos anticoncepcionais nesta faixa etária de forma mais eficaz (ALVES; AGUIAR, 2020). Nessa lógica, nota-se também que os jovens sabem da importância do uso do preservativo como principal forma de prevenção, mas este conhecimento não assegura sua aplicação na prática, fator que requer o trabalho de incentivo contínuo do uso, por meio de orientações dentro e fora da família (ALMEIDA et al., 2017).

Como exemplo dessas doenças, considerou-se o HPV (77,8%) a mais comum, seguidas de Sífilis (66,7%), Herpes Genital (55,6%) e Hepatites Virais (27,8%). Como meio de proteção, as vacinas atuam na defesa do organismo contra doenças, assim os adolescentes revelaram a aplicação da vacina da Febre Amarela (77,8%) sendo a mais comum e, depois, exibiu-se Hepatites Virais A + B (61,1%) e Tríplice Viral (38,9%). Evidencia-se que existem lacunas no conhecimento dos alunos sobre as IST's, retratando a relevância de promover uma discussão aprofundada sobre a diversidade dessas enfermidades associada a apresentação das manifestações clínicas e métodos preventivos (ALVES; AGUIAR, 2020).

Segundo dados recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS), as IST's estão entre as doenças mais prevalentes na população e, isso pode ser considerado um problema de saúde pública com diversas complicações devido à dificuldade de diagnóstico e tratamento precoce das mesmas, tendo como prognósticos graves sequelas como infertilidade, perda fetal, gravidez ectópica e morte prematura, assim como a transmissão das infecções para os recém-nascidos e lactentes (ALVES; AGUIAR, 2020).

No que diz respeito a educação sexual, 88,9% revelam terem sido orientados sobre a sexualidade e as IST's, principalmente na Escola (83,3%). Quanto a realização de consulta no posto de saúde, 66,7% afirmam terem ido. Portanto, é plausível sublinhar a redução da utilização dos serviços de saúde para desfrutar de informações sobre a saúde sexual e reprodutiva, fator que exige investigação dos obstáculos para proporcionar um acolhimento qualificado e difundir as informações corretas aos adolescentes e/ou jovens, conforme preconiza as ações estratégicas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

Desta forma, pode-se compreender que ao buscar os serviços de saúde, o adolescente também acaba enfrentando alguns obstáculos significativos, como as barreiras psicossociais: medo do diagnóstico, as preferências pelo sexo do profissional de saúde e a impossibilidade de atendimento sem a presença de responsável; questões essas que dificultam o acesso do adolescente às unidades de saúde e diminuem as possibilidades de detecção precoce das doenças (TAQUETTE et al., 2017).

No gráfico 1, está explícito em porcentagem o nível de conhecimento dos adolescentes acerca de questões relacionadas a saúde reprodutiva e sexual, bem como as modificações anatômicas e fisiológicas que ocorrem na puberdade, a produção de hormônios sexuais e os cuidados de higiene íntimos.

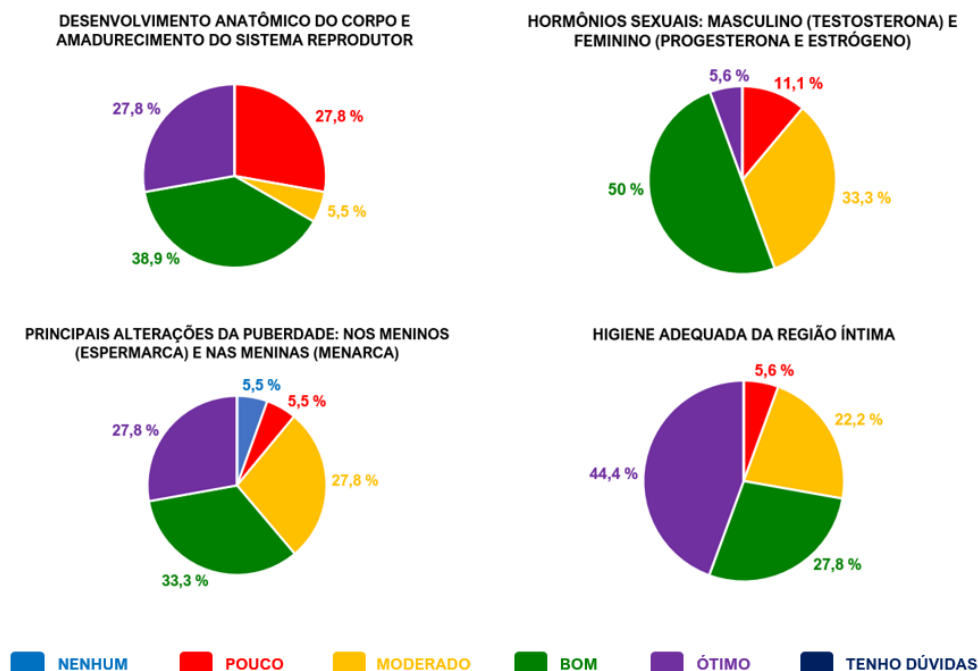


Gráfico 1 - Distribuição do nível de conhecimento dos adolescentes relacionado às questões da saúde reprodutiva e sexual. Paranavaí/PR/Brasil, 2020.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Observando o gráfico, infere-se que o conhecimento desses jovens relacionado ao desenvolvimento anatômico do corpo que inclui o amadurecimento do sistema reprodutor (38,9%), produção de hormônios sexuais (50%) e as principais alterações na puberdade (33,3%) mostrou-se bom. Em relação a higiene adequada da região íntima, 44,4 % dos participantes destacaram um ótimo entendimento dessa prática. Contudo, ainda é preciso se atentar a porcentagem de alunos que possuem um grau de conhecimento inferior em detrimento da maioria da turma, visto que os pais tendem não abordar sobre o assunto devido à negação do desejo sexual do indivíduo e ao incentivo ao prolongamento da infância (MORAES et al, 2019). Assim sendo, evidencia-se que as conversas sobre o assunto dentro do contexto familiar costumam ser limitadas a informações pontuais, muitas vezes ocorrendo de forma superficial devido constrangimento advindo de mitos e tabus que permeiam sobre a sociedade e favorecem os comportamentos de risco para a saúde sexual dos adolescentes (FURNALETTO; MARIN; GONÇALVES, 2019).

Desta forma, a educação sexual deve ter lugar antes do início da vida sexual e o profissional de saúde tem como papel fundamental: a promoção da saúde reprodutiva e o aconselhamento contraceptivo, sendo igualmente importante envolver os pais no diálogo

sobre sexualidade com seus filhos, viabilizado pela confiança e compreensão, de forma a estabelecer um vínculo de segurança que busque conhecer os comportamentos sexuais dos adolescentes e/ou jovens, tendo como principal propósito a intervenção precoce em situações de risco (MIRANDA et al., 2020).

4 | CONCLUSÃO

Ainda que os jovens disponham de algum conhecimento sobre a sexualidade, percebeu-se lacunas neste conhecimento, portanto há a necessidade de uma prática mais efetiva de educação sexual nas escolas, ambiente familiar e na atenção primária em saúde. Como também, percebe-se a importância das unidades de saúde, com a coordenação do enfermeiro, promover a intensificação de ações educativas para reforçar a ideia de prevenção e incentivar a procura pelos serviços de saúde, tendo como foco a desconstrução das barreiras psicossociais que impedem sua utilização e, as vantagens de buscar a ajuda de um profissional de saúde, buscando converter os problemas em soluções.

Destaca-se que, o empoderamento dos jovens acerca de informações corretas, refletirá em um comportamento sexual seguro, impactando diretamente na redução de indicadores de IST's e gravidez precoce, que são situações que interferem na qualidade de vida dos mesmos. Desta forma, será possível assegurar a atenção integral a saúde dos adolescentes e possibilitar uma vida sexual saudável, livre de complicações passíveis de prevenção.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. A. A. S. et al. **Conhecimento de adolescentes relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez.** Revista Brasileira de Enfermagem, São Luís - MA, v. 70, n. 5, p. 1087-1094, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000501033&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 02 jan. 2021.
- ALVES, L. D. S.; AGUIAR, R. S. **Saúde sexual e infecções sexualmente transmissíveis na adolescência: uma revisão integrativa.** Revista Nursing, Brasília - DF, v. 23, n. 263, p. 3683-3687, 2020. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/263/pg26.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2021.
- BARBOSA, L. U. et al. **Dúvidas e medos de adolescentes acerca da sexualidade e a importância da educação sexual na escola.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, Belo Jardim - PE, v. 12, n. 4, e2921, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2921>. Acesso em: 02 jan. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde.** Editora do Ministério da Saúde, Brasília - DF, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_basica_saude_adolacente.pdf. Acesso em: 02 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Editora do Ministério da Saúde, Brasília - DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf. Acesso em: 02 jan. 2021.

FERREIRA, E. D. A et al. **Sexualidade na percepção de adolescentes estudantes da rede pública de ensino: contribuição para o cuidado**. Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental, Macapá - AP, v. 11, n. 5, p. 1208-1212, 2019. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7403>. Acesso em: 02 jan. 2021.

FRANCO, M. D. S. et. al. **Educação em saúde sexual e reprodutiva do adolescente escolar**. Revista de Enfermagem UFPE On Line, Picos - PI, v. 14, e244493, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/244493>. Acesso em: 02 jan. 2021.

FURLANETTO, M. F.; MARIN, A. H.; GONÇALVES, T. R. **Acesso e qualidade da informação recebida sobre sexo e sexualidade na perspectiva adolescente**. Estudos & Pesquisas em Psicologia, Porto Alegre - RS, v. 19, n. 3, p. 644-664, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/46907>. Acesso em: 02 jan. 2021.

MIRANDA, P.S.F. et al. **Comportamentos sexuais: estudo em jovens**. Einstein (São Paulo, Leiria - Portugal, v. 16, n. 3, p. 1-7, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082018000300211&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 02 jan. 2021.

MORAES, A. L. et al. **O adolescente e sua sexualidade: uma abordagem em educação e saúde na escola**. Enfermagem em Foco, Belém - PA, v. 10, n. 2, p. 149-154, 2019. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/09/O-ADOLESCENTE-E-SUA-SEXUALIDADE.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2021.

SILVA, S. M. E. T. D. et al. **Diagnóstico do conhecimento dos adolescentes sobre sexualidade**. Acta Paulista de Enfermagem, Porto - Portugal, v. 33, n. 1-7, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002020000100427. Acesso em: 02 jan. 2021.

TANAKA, E. Z. et al. **Conhecimento de adolescentes gestantes sobre o papilomavírus humano**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Campinas -SP, v. 41, n. 5, p. 291-297, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032019000500291&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 02 jan. 2021.

TAQUETTE, S. R. et al. **Saúde sexual e reprodutiva para a população adolescente, Rio de Janeiro, Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro - RJ, v. 22, n. 6, p. 1923-1932, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002601923&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 02 jan. 2021.

CAPÍTULO 10

ELABORAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NO ENFRENTAMENTO DO CÂNCER DE BOCA

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 12/01/2021

Márcio Vinicius de Gouveia Affonso

Programa de Pós-Graduação em Saúde,
ambiente e Sociedade na Amazônia da
Universidade Federal do Pará (UFPA)
Belém – Pará
<https://orcid.org/0000-0002-6928-043X>

Priscila Teixeira da Silva

Programa de Residência Multiprofissional em
Estratégia Saúde da Família da Universidade
do Estado do Pará (UEPA).
Belém – Pará
<https://orcid.org/0000-0001-5042-8767>

Thais de Moraes Souza

Programa de Residência Multiprofissional em
Estratégia Saúde da Família da Universidade
do Estado do Pará (UEPA).
Belém – Pará
<https://orcid.org/0000-0003-2030-1903>

Raimundo Sales de Oliveira Neto

Programa de Residência Multiprofissional em
Clínica Integrada da Universidade Federal do
Pará (UFPA)
Belém – Pará
<https://orcid.org/0000-0002-4726-8106>

Russell Santiago Correa

Programa de Pós-Graduação em Saúde,
ambiente e Sociedade na Amazônia da
Universidade Federal do Pará (UFPA)
Belém – Pará
<https://orcid.org/0000-0002-1630-7627>

Diandra Costa Arantes

Departamento de Saúde Coletiva da
Universidade Federal do Pará (UFPA).
Belém – Pará
<https://orcid.org/0000-0001-9220-987X>

Hélder Antônio Rebelo Pontes

Departamento de Ciências Biológicas da
Universidade Federal do Pará (UFPA).
Belém – Pará
<https://orcid.org/0000-0002-7609-8804>

Flávia Sirotheau Correa Pontes

Departamento de Ciências Biológicas da
Universidade Federal do Pará (UFPA).
Belém – Pará
<https://orcid.org/0000-0003-3042-2880>

Liliane Silva do Nascimento

Departamento de Saúde Coletiva da
Universidade Federal do Pará (UFPA).
Belém – Pará
<https://orcid.org/0000-0002-5943-6314>

RESUMO: O objetivo desta pesquisa foi descrever o processo de desenvolvimento de uma tecnologia educacional para capacitação profissional sobre prevenção e detecção precoce do câncer de boca direcionada aos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). A construção desta tecnologia, em formato de *e-book*, foi dividida em duas etapas: pesquisa bibliográfica e elaboração do material. A pesquisa bibliográfica buscou comprovar a importância da atuação multiprofissional, assim como resumir e sintetizar as estratégias de prevenção e detecção precoce das equipes de saúde. No processo de

elaboração foram apontadas as intervenções e recomendações para superar as dificuldades identificadas no processo de trabalho dos profissionais da APS. A tecnologia desenvolvida está disponível para download em plataforma online no link: <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/575704> . Teve como premissa a superação de dois problemas identificados no processo de trabalho das equipes de saúde: falta de treinamento profissional e atenção à saúde fragmentada. O material contém seis tópicos que incluem a definição do câncer de boca, os fatores de risco, os grupos com maior incidência, identificação de lesões orais, estratégias de prevenção e o autoexame de boca. O guia se constitui como ferramenta para educação permanente em saúde a ser adotada no enfrentamento ao câncer de boca na APS.

PALAVRAS - CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Neoplasias Bucais; Prevenção Primária.

ELABORATION OF EDUCATIONAL TECHNOLOGY FOR MULTIPROFESSIONAL ACTION IN COPING WITH ORAL CANCER

ABSTRACT: The aim of this research was to describe the process of developing an educational technology for professional training on prevention and early detection of oral cancer aimed at Primary Health Care professionals (PHC). The construction of this technology, in an e-book format, was divided into two stages: bibliographic research and elaboration of the material. The bibliographic research sought to prove the importance of multiprofessional performance, as well as to summarize and synthesize the prevention and early detection strategies of health teams. In the elaboration process, interventions and recommendations were identified to overcome the difficulties identified in the work process of PHC professionals. The developed technology is available for download on an online platform: <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/575704>. The premise was to overcome two problems identified in the work process of health teams: lack of professional training and fragmented health care. The material contains six topics that include the definition of oral cancer, risk factors, the groups with the highest incidence, identification of oral lesions, prevention strategies and self-examination of the mouth. The guide is a tool for continuing health education to be adopted in the fight against oral cancer in PHC.

KEYWORDS: Primary Health Care; Mouth Neoplasms; Primary Prevention.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2020), o câncer de boca é um tumor maligno que pode afetar lábios e algumas estruturas da boca, como gengivas, mucosa jugal, palato duro, língua (principalmente as bordas) e o assoalho bucal. Define-se como uma doença crônica multifatorial resultante da interação entre fatores extrínsecos e intrínsecos ao indivíduo, que propicia uma proliferação celular desordenada com a consequente formação de tumores malignos que podem invadir tecidos e órgãos (SILVA *et al.*, 2018). Mais de 90% destas malignidades orais são identificadas como carcinomas de células escamosas (NEVILLE *et al.*, 2016).

As altas taxas de morbimortalidade e incidência do câncer de boca, assim como a não melhora destes indicadores ao longo do tempo, a duração do tratamento e os

custos hospitalares envolvidos configuram-no como um problema de saúde pública em vários países (ANDRADE *et al.*, 2014; PEREA *et al.*, 2018; TORRES-PEREIRA *et al.*, 2012). Estimativas indicam que ao final de 2020, 185.821 indivíduos no mundo morrerão em decorrência do câncer de lábio e cavidade oral. Para 2040, o número estimado é de 275.164 mortes (IARC, 2019).

Os países em desenvolvimento geralmente apresentam as maiores taxas de incidência e mortalidade (BRAY *et al.*, 2018). Fatores como acesso limitado aos cuidados e serviços de saúde, aumento da exposição a carcinógenos ambientais, a má nutrição e o maior consumo de tabaco e álcool estão relacionados a uma condição socioeconômica desfavorecida (SAKAMOTO *et al.*, 2019), o que contribui com a distribuição desigual destes índices no mundo. Dentre os continentes, a América Latina é o que possui a maior taxa de incidência (ROCHA *et al.*, 2017). Neste continente, o Brasil é o detentor das maiores taxas de mortalidade, com aumento desde a década de 1980 (PEREA *et al.*, 2018).

Dados preliminares do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) indicam que, desde 2015 até o ano de 2019, 16.692 pessoas morreram em decorrência do câncer de boca no Brasil (DATASUS, 2019). Em 2018, esta foi a sexta neoplasia maligna que mais acometeu homens, com exceção do câncer de pele não melanoma. Nas mulheres, este câncer foi o décimo segundo mais frequente (INCA, 2020).

O câncer de boca pode ser curado quando diagnosticado em estágios iniciais, mas seu prognóstico é desfavorável quando o diagnóstico é tardio, com a doença já em estado avançado (SCHEUFEN *et al.*, 2011). Infelizmente, este último quadro é o mais frequente, o que dá a esse tumor um caráter de alta letalidade e baixa taxa de sobrevida (ALMEIDA *et al.*, 2016; PEREA *et al.*, 2018). Alguns impactos negativos estão associados a este diagnóstico, como problemas na fala, deglutição, mastigação e desfigurações faciais (MARTINS, J. D. *et al.*, 2014).

Para garantir a efetividade das ações de prevenção, é necessário que estas tenham como base a promoção de saúde (NORO *et al.*, 2017). A prevenção ao câncer de boca pode ser dividida em: primária, que consiste na realização de ações que possam reduzir a incidência da doença, ao modificar os hábitos dos indivíduos, principalmente aqueles considerados fatores de risco; secundária, que consiste no diagnóstico precoce; e terciária, que objetiva limitar o dano, controlar a dor e prevenir complicações (TORRES-PEREIRA *et al.*, 2012).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) é um espaço privilegiado para a realização das ações de promoção e prevenção à saúde, as quais possuem importância reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (MARTINS, A. M. E. de B. L. *et al.*, 2015; SOUZA; SÁ; POPOFF, 2016). É operacionalizada por equipes multiprofissionais que são responsáveis em garantir atenção integral aos indivíduos e às famílias, com base em uma ação multidisciplinar. A articulação da equipe de saúde, entre si e com outros setores da sociedade, deve buscar a identificação de

vulnerabilidades e criação de mecanismos que protejam a saúde da população (MATTOS *et al.*, 2014).

Pesquisas indicam que é necessário o investimento em estratégias de educação permanente e/ou continuada a todos os profissionais que compõem as equipes de saúde da APS, como enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas, auxiliares em saúde bucal, técnicos em saúde bucal e agentes comunitários de saúde, para o enfrentamento do câncer de boca (BARROS; CASOTTI; GOUVÊA, 2017; RODRIGUES; DOS SANTOS; ASSIS, 2010; TORRES-PEREIRA *et al.*, 2012). Entende-se como educação permanente qualquer tipo de atividade de capacitação caracterizada pela relação com o processo de trabalho institucional e problematização deste (GUIMARÃES; GODOY, 2008).

As tecnologias educacionais, por sua vez, são ferramentas auxiliares às estratégias de formação e de educação profissionalizante frente à necessidade da problematização dos processos de trabalho (MAZZO; DIAS, 2018). Assim, este trabalho teve como objetivo o desenvolvimento de tecnologia educacional para capacitação profissional sobre prevenção e detecção precoce do câncer de boca direcionada aos profissionais da APS.

2 | MÉTODOS

Este trabalho consiste no desenvolvimento de uma tecnologia educacional, em formato de *e-book* (livro eletrônico), que aborda a prevenção e a detecção precoce do câncer de boca direcionada aos profissionais de saúde da APS. Optou-se por utilizar este formato de tecnologia devido à facilidade de download pela internet, ao fácil armazenamento em dispositivos móveis e à procura de termos ou palavras, de forma rápida e eficaz (AZEVEDO, 2012). A construção desta tecnologia foi dividida em duas etapas: pesquisa bibliográfica e elaboração do material.

Para guiar a pesquisa bibliográfica, determinou-se a seguinte questão norteadora: a atuação dos profissionais de saúde da Atenção Primária pode contribuir com a prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca? Buscou-se, então, estudar a importância da atuação multiprofissional no enfrentamento ao câncer de boca, assim como resumir e sintetizar as intervenções das equipes de saúde, no que diz respeito a estratégias de prevenção e detecção precoce desta doença. Pesquisou-se, também, os possíveis desafios e dificuldades existentes no processo de trabalho das equipes de saúde que justificassem a necessidade da realização de uma atividade de capacitação profissional sobre essa temática.

O referencial teórico utilizado foi obtido por meio de pesquisa realizada nas bases de dados *Google Scholar*, Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os seguintes descritores: “Atenção Primária à Saúde”, “Câncer de Boca”, “Prevenção”, “Diagnóstico Precoce”, “Equipe Multiprofissional” e “Educação Permanente” e suas respectivas associações.

Os critérios estabelecidos para seleção dos trabalhos foram: publicações em todos os anos disponíveis nestas bases de dados, nos idiomas português e inglês, que tivessem como população-alvo os profissionais da APS. Quanto aos critérios de exclusão: estudos que não estavam disponíveis livremente para consulta na *web*; estudos que não responderam à questão norteadora, estudos repetidos, estudos incompletos; e estudos que abordassem a APS, mas sem o foco no câncer de boca.

No processo de elaboração do guia, optou-se por abordar as falhas identificadas no processo de trabalho dos profissionais da APS. Para assim, inserir as intervenções e recomendações mais apropriadas, de acordo com a literatura, para superar estas dificuldades. O material foi estruturado em tópicos, de acordo com os temas encontrados durante a fase de pesquisa bibliográfica.

As fotografias utilizadas no conteúdo do tópico de número 4 foram cedidas pela Unidade de Saúde Bucal do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), referência no Estado do Pará para casos de patologia bucal. Já as figuras do tópico de número 6 foram elaboradas e cedidas pelo grupo do projeto de extensão “Prevenção ao Câncer de Boca: de Ponto a Ponto, de Vila em Vila na Amazônia”, composto por acadêmicos de odontologia da Universidade Federal do Pará (UFPA).

Foi utilizada uma linguagem simples, porém técnica, capaz de ser interpretada por todos os profissionais de saúde. Outras figuras e imagens utilizadas foram obtidas em bancos de imagens gratuitos, adequadas quanto à edição de cores, dimensão, contraste e brilho, bem como a inserção ou a exclusão de detalhes e/ou textos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tecnologia educacional desenvolvida está em formato de *e-book*, disponível para download no link: <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/575704>. Teve como premissa a superação de dois problemas identificados no processo de trabalho das equipes de saúde, de acordo com a revisão de literatura realizada: falta de treinamento profissional e atenção à saúde fragmentada, sem integração entre as diferentes categorias profissionais.

Mediante ao conteúdo analisado na revisão de literatura, que incluiu manuais, folders e livros do INCA e do Ministério da Saúde (MS), foi possível estabelecer seis tópicos no guia, são eles: 1. “O que é o câncer de boca?”; 2. “Quais são os fatores de risco?”; 3. “Quais são os grupos de maior incidência?”; 4. “Como o câncer de boca se apresenta?”; 5. “Como trabalhar a prevenção e a detecção precoce na Atenção Primária à Saúde?”; 6. “O que é o autoexame da boca?”. Como pode ser visto na Figura 1.



Figura 1: a) Capa ilustrativa do material educativo; b) Apresentação do material educativo; c) Sumário do material educativo

Estudos prévios evidenciaram que era insatisfatório, entre os profissionais da atenção primária, o conhecimento a respeito dos fatores de risco: tabaco e álcool, e seu efeito sinérgico, que pode elevar as chances de desenvolvimento do câncer de boca; a exposição à radiação solar e a deficiência nutricional (SOUZA; SÁ; POPOFF, 2016; TANRIOVER *et al.*, 2014) a atenção primária à saúde é uma ambiência apropriada para o desenvolvimento dessas ações, e a atenção odontológica exerce papel estratégico nesse enfrentamento. Portanto, objetivou-se identificar os comportamentos e os conhecimentos dos cirurgiões-dentistas inseridos na atenção primária à saúde quanto ao câncer bucal. Métodos: Tratou-se de um estudo transversal conduzido a partir de entrevistas com cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família. O teste de Mann-Whitney comparou as variáveis independentes às dependentes. Resultados: Dos 70 cirurgiões-dentistas avaliados, a maioria foi identificada com conhecimento satisfatório (82,6%). Pesquisas indicam que a imunodeficiência, a hereditariedade e as condições de saúde também são fatores que podem influenciar a ocorrência desta neoplasia (PINHEIRO; CARDOSO; PRADO, 2010; SILVA *et al.*, 2018).

Identificou-se, portanto, a necessidade de abordar no *e-book* a definição do câncer de boca, dos fatores de risco relacionados e também sobre os grupos com maiores taxas de incidência para esta neoplasia, como pode ser visto nas Figuras 2 e 3 respectivamente.

O que é o câncer de boca?

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de boca é um tumor maligno que pode afetar lábios, gengivas, bochechas, céu da boca, língua (principalmente as bordas) e a região embaixo da língua. Mais de 90% das malignidades orais são identificadas como carcinomas de células escamosas, que possuem uma etiologia multifatorial relacionada à interação de fatores extrínsecos e intrínsecos ao indivíduo.

As altas taxas de incidência, mortalidade e letalidade, assim como o impacto negativo na qualidade de vida das pessoas, são alguns dos fatores que apontam o câncer de boca como um problema de saúde pública no mundo.



Estimativas do GLOBOCAN 2018 indicam que até o ano de 2040, haverá um aumento de 79,4% na incidência de casos de câncer de boca no Brasil, passando de 10.457 para 18.195 novos casos.

Quanto à taxa de mortalidade, estima-se que em 2040, no Brasil, 7.953 pessoas irão morrer por complicações do câncer de boca, o que representa um aumento de 94,1% no número de mortes ao longo de duas décadas.

Frente a este panorama, a prevenção e a detecção precoce do câncer de boca configuram-se fatores importantes para a redução da morbimortalidade causada por esta neoplasia.

A multiprofissionalidade existente na Atenção Primária à Saúde representa uma ferramenta para diminuição destas preocupantes taxas.

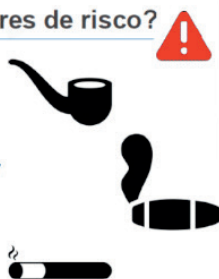
NEVILLE, B. W. et al. *Patologia Oral & Maxilofacial*. 4a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016; BRAY, F. et al. *Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries*. *CA Cancer J Clin*, 2018, 68: 394-424; CANCER TOMORROW. International Agency for Research on Cancer. 2020; TORRES-PIREIRA CC, et al. *Abordagem do câncer de boca: uma estimativa para o nível primário e secundário de atenção em saúde*. *Cad. Saúde Pública*, 2020, 36 Sup: 139-9.

Figura 2: a) Definição do câncer de boca;

Quais são os fatores de risco?

Tabagismo

O fumo é apontado como o principal fator de risco para o câncer de boca; possui aproximadamente 5 mil elementos químicos, mais de 67 substâncias cancerígenas, resseca a mucosa oral, que provoca um aumento na camada de queratina e facilita a ação de outros elementos carcinogênicos.



Etilismo

O álcool age como um solvente na membrana celular, expondo a inúmeros fatores carcinogênicos, diminui a velocidade da reação do organismo e provoca injúria celular. Quando associado ao tabaco, atuam com grande sinergismo, podendo aumentar o risco do câncer de boca de 15 a 20 vezes.



NEVILLE, B. N. et al. Patologia Oral 8. São Paulo: 2ª ed. de acesso: Elsevier/Elsevier, 2004. TORRES-PEREIRA CC, et al. Abordagem do câncer de boca: uma estratégia para o novo protocolo de atenção em saúde. Cad. Saúde Pública, 2012, 28 Sup 10: 189-194. PASTOR, M. A. et al. Uma nova visão sobre prevenção do câncer bucal no consultório odontológico. Revista do Colégio de Odontologia da Universidade Federal de São Paulo, 2009, 20(2): 79-85.

Quais são os fatores de risco?

Exposição solar

A exposição aos raios ultravioleta (UV), seja por motivos profissionais ou estilo de vida, causa sérios danos celulares e a excessiva exposição dos raios em contato direto com o **lábio inferior** aumenta o risco de desenvolver uma lesão de câncer de boca nesta região. Esses indivíduos devem sempre utilizar protetores solares, protetores labiais, chapéus e óculos de sol.



Deficiência nutricional

A dieta deve ser rica em frutas, verduras, legumes e cereais ricos em vitaminas A, C, E e fibras. Estes alimentos possuem efeitos protetores que diminuem o risco de desenvolver o câncer de boca. As carnes brancas e vermelhas devem ser ingeridas preferencialmente grelhadas ou cozidas, evitando-se frituras.



NEVILLE, B. N. et al. Patologia Oral 8. São Paulo: 2ª ed. de acesso: Elsevier/Elsevier, 2004. TORRES-PEREIRA CC, et al. Abordagem do câncer de boca: uma estratégia para o novo protocolo de atenção em saúde. Cad. Saúde Pública, 2012, 28 Sup 10: 189-194. PASTOR, M. A. et al. Uma nova visão sobre prevenção do câncer bucal no consultório odontológico. Revista do Colégio de Odontologia da Universidade Federal de São Paulo, 2009, 20(2): 79-85.

Quais são os grupos de maior incidência?

Os grupos de maior incidência para o câncer de boca são compostos por aqueles indivíduos que, geralmente, estão mais expostos aos fatores de risco, são eles:

Homens, acima dos 40 anos de idade, tabagistas e etilistas crônicos são identificados como os grupos com maior taxa de incidência para o câncer de boca.



Os trabalhadores rurais ou aqueles que necessitam ficar diariamente expostos ao sol também precisam de atenção quanto aos cuidados preventivos para minimizar os danos causados pela radiação ultravioleta, não só no lábio, mas também na pele. É indicada a utilização de protetor solar, boné ou chapéu e roupas adequadas para a proteção da pele.



TORRES-PEREIRA CC, et al. Abordagem do câncer de boca: uma estratégia para o novo protocolo de atenção em saúde. Cad. Saúde Pública, 2012, 28 Sup 10: 189-194. PASTOR, M. A. et al. Uma nova visão sobre prevenção do câncer bucal no consultório odontológico. Revista do Colégio de Odontologia da Universidade Federal de São Paulo, 2009, 20(2): 79-85. BRASIL. Instituto de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério Nacional de Saúde. 2012. Prevenção do câncer de boca. Rio de Janeiro: MEC, 2012.

Quais são os grupos de maior incidência?

ATENÇÃO

O aumento no número de novos casos em mulheres mostra a necessidade de também trabalhar a prevenção com este grupo. Mudanças no estilo de vida da população mundial podem estar relacionados com esta nova distribuição da incidência desta neoplasia.

O grupo populacional mais jovem não pode ficar de fora das atividades de prevenção, uma vez que hábitos como o tabagismo e etilismo podem ser evitados desde idade mais tenra.



A população idosa, geralmente com ausência total ou parcial de dentes, por vezes, considera irrelevante o cuidado com a saúde bucal e também as visitas regulares ao cirurgião-dentista. É necessário, portanto, busca ativa e atenção a este grupo populacional que pode frequentar as unidades de saúde para outros fins, como acompanhamento com enfermeiro e médico.



PASTOR, M. A. et al. Uma nova visão sobre prevenção do câncer bucal no consultório odontológico. Revista do Colégio de Odontologia da Universidade Federal de São Paulo, 2009, 20(2): 79-85.

Figura 3: a-b) Fatores de risco para o câncer de boca; c-d) Grupos com maiores taxas de incidência para o câncer de boca;

A literatura sugere a implementação de programas de rastreamento e/ou de prevenção, programas de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde, e inserção da inspeção da mucosa bucal nos exames clínicos de rotina, periodicamente realizados pelas equipes de saúde, como medidas necessárias para reduzir o atraso no diagnóstico (LOMBARDO *et al.*, 2014). Assim, verificou-se a necessidade de inserir neste *e-book* orientações a respeito do autoexame de boca (Figura 4).

No cenário mundial, países da Europa, Ásia, América do Sul e América do Norte já sinalizam a necessidade da participação dos vários profissionais de saúde, além do cirurgião-dentista, nas ações voltadas à prevenção e à detecção precoce do câncer de boca (BARROS; CASOTTI; GOUVÊA, 2017; RAMIREZ; ARCE; CONTRERAS, 2010; ROXO-GONÇALVES *et al.*, 2017; TANRIOVER *et al.*, 2014). Achados na literatura indicam que há maior probabilidade de o usuário ter tido consultas regulares com profissionais médicos e/ou enfermeiros do que com o cirurgião-dentista. Este momento pode ser crucial para a detecção de alguma lesão cancerizável ou para escuta qualificada a respeito de sintomatologias presentes (WEE *et al.*, 2016).

No âmbito nacional, desde 2004, com a criação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que aborda as ações em saúde bucal na atenção básica (BARROS; CASOTTI; GOUVÊA, 2017; BRASIL, 2004), o diagnóstico de lesões da cavidade oral, assim como políticas de promoção de saúde e prevenção do câncer de boca, são atividades que estão inseridas no escopo das ações realizadas pelos profissionais da APS (MARTINS, A. M. E. de B. L. *et al.*, 2015)³¹ com vistas a possibilitar a detecção precoce em estágios iniciais do câncer de boca, e, assim, aumentar as chances de cura e sobrevida (ANDRADE *et al.*, 2014; BARROS; CASOTTI; GOUVÊA, 2017).

Ainda que não haja consenso de que a realização de campanhas de rastreamento para detecção de lesões, em populações de risco ou não, seja a estratégia mais viável, devido ao custo-efetividade (ANTUNES; TOPORCOV; WÜNSCH-FILHO, 2007; SCHEUFEN *et al.*, 2011), optou-se por inserir no *e-book* informações referentes às características clínicas de algumas lesões com potencial de malignidade, que tanto podem ser apreendidas no processo de trabalho como podem ser incluídas nas atividades educativas e/ou visitas domiciliares realizadas pelos profissionais (Figura 5).

O que é o autoexame da boca?

É uma técnica simples em que a própria pessoa pode identificar lesões precursoras do câncer de boca. Basta estar em um ambiente iluminado e ter um espelho.

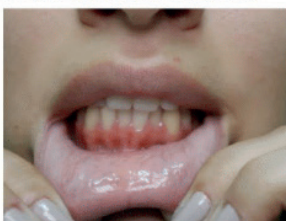
O que procurar? Qualquer alteração que fuja da normalidade, como por exemplo: feridas que não desaparecem em 15 dias, manchas brancas ou avermelhadas, endurecimentos, caroços, sangramentos, inchaços e áreas dormentes.

O usuário deve ser orientado a buscar ajuda profissional quando identificada alguma dessas alterações. Dor ao falar ou desconforto na mastigação também são fatores de alerta.

Como ensinar a fazer o autoexame? O usuário deve ser orientado a realizar os seguintes passos:

Passo 1. Em frente ao espelho, lavar bem a boca e remover as próteses dentárias ou aparelhos removíveis, se for o caso.

Passo 2. Com o dedo indicador e o dedo polegar, em forma de pinça, puxar com os dedos o lábio inferior para baixo, expondo a sua parte interna (mucosa). Em seguida, palpar todo o lábio. Realizar o mesmo processo com o lábio superior, puxando-o para cima.



Fonte: Arquivo do Projeto de Extensão "Prevenção ao Câncer de Boca: de Ponto a Ponto, de Vila em Vila na Amazônia".

O que é o autoexame da boca?

Passo 3. Com a boca aberta e com a ponta do dedo indicador, afastar a bochecha para examinar a parte interna da mesma. Realizar o mesmo processo nos dois lados.



Passo 4. Com a ponta de um dedo indicador, percorrer toda a gengiva superior e inferior.

Passo 5. Inclinar a cabeça para trás, e abrir a boca o máximo possível para visualizar o céu da boca. Com o dedo indicador, percorrer todo o céu da boca.



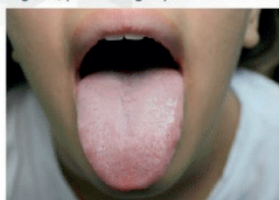
Fonte: Arquivo do Projeto de Extensão "Prevenção ao Câncer de Boca: de Ponto a Ponto, de Vila em Vila na Amazônia".

O que é o autoexame da boca?

Passo 6. Em seguida falar ÁÁÁÁ... e observar o fundo da garganta.

Passo 7. Com a língua para fora, observar a sua parte de cima.

Repetir a observação com a língua levantada até o céu da boca. Em seguida, puxar a língua para os lados e observar as bordas laterais.



Fonte: Arquivo do Projeto de Extensão "Prevenção ao Câncer de Boca: de Ponto a Ponto, de Vila em Vila na Amazônia".

Figura 4: a-c) Orientações para realização do autoexame de boca;

Como o câncer de boca pode se apresentar?



LEUCOPLASIA



Nesta imagem é possível observar uma alteração pré-maligna na comissura do lábio, especificamente no lado esquerdo do paciente, onde está localizada uma placa esbranquiçada, não removível por raspagem.

Fonte: Arquivo da Unidade de Saúde Bucal do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

Como o câncer de boca pode se apresentar?



ERITROPLASIA



Nesta imagem é possível observar uma alteração pré-maligna na região esquerda do palato duro, especificamente no lado esquerdo do paciente, onde estão localizadas placas de cor vermelho escuro.

Fonte: Arquivo da Unidade de Saúde Bucal do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

Como o câncer de boca pode se apresentar?



LESÃO DE LÁBIO INFERIOR



Nesta imagem é possível observar uma alteração pré-maligna no vermelhão do lábio inferior, especificamente no lado direito, onde está localizada uma lesão com crosta.

Fonte: Arquivo da Unidade de Saúde Bucal do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

Figura 5: a-c) Características clínicas das lesões: leucoplasia, eritroplasia e lesão de lábio inferior

É necessário, portanto, abordar estas temáticas com todas as diferentes categorias profissionais para viabilizar uma articulação multidisciplinar (RAMIREZ; ARCE; CONTRERAS, 2010) hence the prevention of oral diseases should be a priority in developed and underdeveloped countries around the world. Medical practitioners must play an active role in oral health promotion. Summary: Proper knowledge of oral diseases is crucial in medical practice due to the following reasons: (a. De acordo com Guimarães e Godoy (2008), qualquer tipo de atividade de capacitação, desde que seja caracterizada pela relação com o processo de trabalho e a problematização deste, é considerada uma atividade de Educação Permanente em Saúde (EPS). E, para Torres-Pereira, et al. (2012), o público-alvo destas capacitações profissionais deve ser composto por toda a equipe de saúde e não apenas o cirurgião-dentista, e, ainda, envolver a orientação de controle dos fatores de risco, principalmente os comportamentais.

Entende-se que os profissionais da APS possuem a oportunidade de introduzir medidas preventivas e mudanças em relação a exposição aos fatores de risco comportamentais, como tabagismo e etilismo, principalmente (BARROS; CASOTTI; GOUVÊA, 2017; HUBER; TANTIWONGKOSI, 2014). Busca-se com a atuação multiprofissional, a condução mais adequada do usuário na rede de atenção à saúde, garantindo a integralidade do cuidado e o diagnóstico precoce. Estas atitudes têm impacto positivo na qualidade e sobrevida dos usuários, pois as complicações no tratamento podem ser minimizadas, as intervenções podem ser mais conservadoras e os resultados estéticos e funcionais melhores (CASOTTI *et al.*, 2016).

Como ferramenta de educação permanente para superar as problemáticas identificadas, foi desenvolvido o *e-book* intitulado “GUIA PARA PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE BOCA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”. Este material contém uma síntese das estratégias e intervenções de prevenção ao câncer de boca, possíveis de serem realizadas pelos profissionais da APS, recomendadas por vários autores e instituições governamentais, podem ser encontradas na figura 14 e estão listadas abaixo:

- Identificar usuários expostos a fatores de risco e encaminhá-los para atividades coletivas como grupos de convivência nas Estratégias de Saúde da Família sobre álcool, tabaco e outras drogas, e se necessário, encaminhá-los aos Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).
- Realizar exame cuidadoso, quando possível, da cavidade bucal e escuta qualificada de queixas sugestivas, como dificuldade para engolir e mastigar, em consultas médicas e de enfermagem.
- Implantar a clínica ampliada para estabelecer uma interconsulta com o cirurgião-dentista.
- Inserção de informações sobre o consumo de carcinogênicos (tabaco e álcool, principalmente) relacionados ao câncer de boca e demais cânceres nas ações

de educação em saúde e nas visitas domiciliares.

- Estabelecer uma estratégia junto à Equipe de Saúde Bucal da unidade de saúde para priorizar o atendimento àqueles usuários que possuam lesões suspeitas e, se possível, inserir os usuários dos grupos de risco na classificação de risco para priorizar o atendimento regular destes.
- Inserir informações sobre o consumo de carcinogênicos (tabaco e álcool, principalmente) relacionados ao câncer de boca e demais cânceres nas ações de educação em saúde e nas visitas domiciliares.
- Realizar atividades do Programa Saúde na Escola que abordem a prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas junto aos escolares.
- Programar reuniões regulares para debater a temática do câncer de boca e outros aspectos da saúde bucal para que a atenção da equipe multiprofissional alcance a interdisciplinaridade.

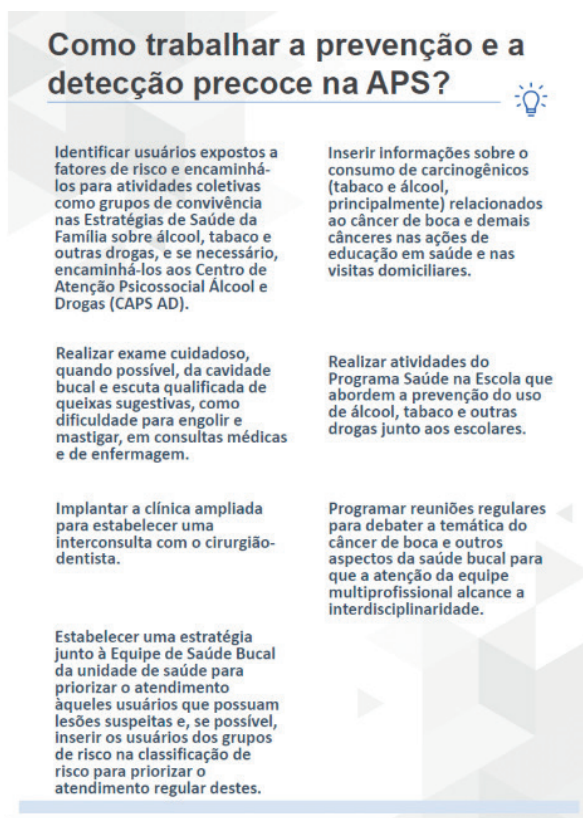


Figura 6: Estratégias para trabalhar a prevenção e a detecção precoce na APS.

4 | CONCLUSÃO

A falta de capacitação profissional e a não integração entre os profissionais que compõem as equipes de saúde foram os problemas identificados no processo de trabalho dos profissionais da APS. Estas fragilidades serviram de base para a elaboração do guia educativo, uma ferramenta de educação permanente em saúde a ser adotada no enfrentamento ao câncer de boca na APS.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. M. R. de *et al.* Elaboration of educational action on oral cancer for students in Divinópolis, Minas Gerais: an experience report. **Rev. APS**, [s. l.], v. 19, n. 4, p. 644–649, 2016. Available at: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2852/1045>
- ANDRADE, S. N. *et al.* Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p. 42, 2014. Available at: <https://doi.org/10.18363/rbo.v71i1.489>
- ANTUNES, J. L. F.; TOPORCOV, T. N.; WÜNSCH-FILHO, V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. **Rev. Panam. Salud Pública**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 30–36, 2007. Available at: <https://doi.org/10.1590/s1020-49892007000100004>
- AZEVEDO, L. M. D. **Ebook vs. Livro tradicional como ferramenta educativa**. 90 f. 2012. - Dissertação (Mestrado em Tecnologias Gráficas) - Instituto Superior de Educação e Ciências, Lisboa, 2012. Available at: <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/8619>
- BARROS, G. I. S.; CASOTTI, E.; GOUVÊA, M. V. Câncer de boca: o desafio da abordagem por dentistas. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 11, p. 4273–4281, 2017. Available at: <https://doi.org/10.5205/reuol.23542-49901-1-ED.1111201701>
- BRASIL. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 16, 2004. Available at: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf. Acesso em: 30 nov. 2020.
- BRAY, F. *et al.* Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA Cancer J Clin**, [s. l.], v. 68, n. 6, p. 394–424, 2018. Available at: <https://doi.org/10.3322/caac.21492>. Acesso em: 25 nov. 2020.
- CASOTTI, E. *et al.* Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de desordens com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, [s. l.], v. 21, n. 5, p. 1573–1582, 2016. Available at: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.10742015>
- DATASUS. **Informações de Saúde (TABNET) - Estatísticas Vitais**. Brasília/DF, 2019. Available at: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. Acesso em: 12 jan. 2021.
- GUIMARÃES, E. M. P.; GODOY, S. C. B. Educação permanente: uso das tecnologias de informação e comunicação como ferramenta para a capacitação profissional. **REME rev. min. enferm.**, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 451–451, 2008.

HUBER, M. A.; TANTIWONGKOSI, B. Oral and Oropharyngeal Cancer. **Med. clin. North America.**, [s. l.], v. 98, n. 6, p. 1299–1321, 2014. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2014.08.005>

IARC. **Cancer Tomorrow**. Lyon, 2019. Available at: <https://gco.iarc.fr/tomorrow/home>. Acesso em: 12 jan. 2021.

INCA. **Tipos de câncer**. Brasília/DF, 2020. Available at: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-boca>. Acesso em: 12 jan. 2021.

LOMBARDO, E. M. *et al.* Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: Avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas. **Ciênc. Saúde Colet.**, [s. l.], v. 19, n. 4, p. 1223–1232, 2014. Available at: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.00942013>

MARTINS, A. M. E. de B. L. *et al.* Maior acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal entre idosos assistidos na atenção primária à saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, [s. l.], v. 20, n. 7, p. 2239–2253, 2015. Available at: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.15272014>

MARTINS, J. D. *et al.* Determinantes sociais de saúde e a ocorrência de câncer oral: Uma revisão sistemática de literatura. **Rev. salud pública.**, [s. l.], v. 16, n. 5, p. 786–798, 2014. Available at: <https://doi.org/10.15446/rsap.v16n5.40083>

MATTOS, G. C. M. *et al.* A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da família: Entraves, avanços e desafios. **Ciênc. Saúde Colet.**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 373–382, 2014. Available at: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.21652012>

MAZZO, L. de L.; DIAS, D. M. V. O uso da tecnologia na educação permanente do profissional de Enfermagem em Neonatologia : revisão sistemática. **Ling. Acadêmica**, Batatais, v. 8, n. 2, p. 133–150, 2018.

NEVILLE, B. W. *et al.* **Patologia Oral & Maxilofacial**. 4ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

NORO, L. R. A. *et al.* O desafio da abordagem do câncer de boca na atenção primária em saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, [s. l.], v. 22, n. 5, p. 1579–1587, 2017. Available at: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.12402015>

PEREA, L. M. E. *et al.* Tendência de mortalidade por câncer de boca e faringe no Brasil no período 2002-2013. **Rev Saude Publica**, [s. l.], v. 52, p. 10, 2018. Available at: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000251>

PINHEIRO, S. M. S.; CARDOSO, J. P.; PRADO, F. O. Conhecimentos e Diagnóstico em Câncer Bucal entre Profissionais de Odontologia de Jequié , Bahia. **Rev. Bras. Cancerol.**, [s. l.], v. 56, n. 2, p. 195–205, 2010.

RAMIREZ, J. H.; ARCE, R.; CONTRERAS, A. Why must physicians know about oral diseases? **Teach. learn. med.**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 148–155, 2010. Available at: <https://doi.org/10.1080/10401331003656744>

ROCHA, T. A. H. *et al.* Oral primary care: An analysis of its impact on the incidence and mortality rates of oral cancer. **BMC Cancer**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 1–11, 2017. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3700-z>

RODRIGUES, A. Á. A. de O.; DOS SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Agente comunitário de saúde: Sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. **Ciênc. Saúde Colet.**, [s. l.], v. 15, n. 3, p. 907–915, 2010. Available at: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232010000300034>

ROXO-GONÇALVES, M. *et al.* Teledentistry: A Tool to Promote Continuing Education Actions on Oral Medicine for Primary Healthcare Professionals. **Telemed. e-Health**, [s. l.], v. 23, n. 4, p. 327–333, 2017. Available at: <https://doi.org/10.1089/tmj.2016.0101>

SAKAMOTO, A. J. *et al.* Influência dos índices socioeconômicos municipais nas taxas de mortalidade por câncer de boca e orofaringe em idosos no estado de São Paulo. TT - Influência dos índices socioeconômicos municipais nas taxas de mortalidade por câncer de boca e orofaringe e. **Rev Bras Epidemiol**, [s. l.], v. 22, p. e190013–e190013, 2019. Available at: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190013>

SCHEUFEN, R. de C. *et al.* Prevenção e detecção precoce do câncer de boca: Screening em populações de risco. **Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr.**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 245–249, 2011. Available at: <https://doi.org/10.4034/PBOCI.2011.112.15>

SILVA, C. H. F. da *et al.* Conhecimento de usuários da Estratégia Saúde da Família sobre o câncer de boca. **Arq Odontol**, [s. l.], v. 54, n. 07, p. 01–10, 2018. Available at: <https://doi.org/10.7308/aodontol/2018.54.e07>

SOUZA, J. G. S.; SÁ, M. A. B. de; POPOFF, D. A. V. Comportamentos e conhecimentos de cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde quanto ao câncer bucal. **Cad. Saúde Colet.**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 170–177, 2016. Available at: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201600020250>

TANRIOVER, O. *et al.* Knowledge of oral cancer, preventive attitudes, and behaviors of primary care physicians in Turkey. **Eur. j. cancer prev.**, [s. l.], v. 23, n. 5, p. 464–468, 2014. Available at: <https://doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000020>

TORRES-PEREIRA, C. C. *et al.* Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. supl, p. s30–s39, 2012. Available at: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300005

WEE, A. G. *et al.* Promoting oral cancer examinations to medical primary care providers: a cluster randomized trial. **J. public health dent.**, [s. l.], v. 76, n. 4, p. 340–349, 2016. Available at: <https://doi.org/10.1111/jphd.12161>

ESTADO DA ARTE SOBRE DOENÇA FALCIFORME NO PIAUÍ

Data de aceite: 01/04/2021

André Fernando de Souza Araújo

Centro de Diagnóstico Dr. Raul Bacelar
Teresina – PI
<http://lattes.cnpq.br/0590474640485158>

Maria Gardênia Sousa Batista

Universidade Estadual do Piauí
Teresina – PI
<http://lattes.cnpq.br/118410980618896>

RESUMO: A Doença Falciforme (DF) é tida como uma das doenças genéticas mais comuns. É uma doença crônica, incurável, embora tratável, e que geralmente traz alto grau de sofrimento aos seus portadores. Sendo o diagnóstico precoce fundamental a expectativa de vida e na melhor convivência tanto dos portadores quanto dos seus familiares e sociedade. A fisiopatologia da doença basicamente está associada a uma mutação da hemoglobina de célula sanguínea de origem genética, proveniente do continente africano. Em geral, provoca problemas que resultam em isquemia, dor, necrose e disfunções, às vezes permanentemente. Com o objetivo de levantar as abordagens de pesquisas que tratam da Doença Falciforme no Estado do Piauí. Foi desenvolvida a pesquisa bibliográfica, do tipo estado da arte, de naturezas qualitativa e quantitativa. Como universo de pesquisa, foram utilizadas as bases de dados Google Scholar e Scielo, utilizando os seguintes descritores: “doença falciforme no Piauí; anemia falciforme no Piauí”, encontrando-

se apenas 13 artigos. Foram excluídos, boletins epidemiológicos, notas em periódicos, blogs e/ou jornais não categorizados nas bases do Google Scholar e Scielo. Após a seleção foi realizada a análise mais detalhada deles visando realizar um levantamento sobre as abordagens de pesquisas que tratam da Doença Falciforme no Estado do Piauí. Os resultados apresentaram que os estudos sobre Doença Falciforme no Piauí são escassos e está direcionado, a hipótese da prevalência do traço na população negra do Estado do Piauí, visto que sua herança genética está presente em todas as regiões do Estado. Além disso evidenciou-se também que o Piauí, através, do Laboratório de Saúde Pública do Piauí (LACEN) aderiu em 2013, como ação preventiva que permite fazer o diagnóstico das hemoglobinopatias precocemente em gestantes a tempo de se interferir no curso da doença, permitindo, desta forma, tratamento precoce específico e a diminuição ou eliminação das sequelas.

PALAVRAS - CHAVE: Doença Falciforme; Anemia Falciforme; Piauí.

STATE OF THE ART ON FALCIFORM DISEASE IN PIAUÍ

ABSTRACT: Sickle cell disease (DF) is considered one of the most common genetic diseases. It is a chronic disease, incurable, although treatable, and that usually brings a high degree of suffering to its carriers. As early diagnosis is fundamental, life expectancy and better coexistence both for patients and their families and society. The pathophysiology of the disease is basically associated with a mutation of

blood cell hemoglobin of genetic origin, originating from the African continent. In general, it causes problems that result in ischemia, pain, necrosis and dysfunctions, sometimes permanently. With the objective of raising research approaches that deal with sickle cell disease in the state of Piauí. State-of-the-art bibliographic research of a qualitative and quantitative nature was developed. As a research universe, the Google Scholar and Scielo databases were used, using the following descriptors: “sickle cell disease in Piauí; sickle cell anemia in Piauí”, with only 13 articles. Epidemiological bulletins, notes in periodicals, blogs and / or newspapers not categorized in Google Scholar and Scielo databases were excluded. After the selection, a more detailed analysis of them was carried out in order to carry out a survey on research approaches that deal with Sickle Cell Disease in the State of Piauí. The results showed that studies on sickle cell disease in Piauí are scarce and target the hypothesis of the prevalence of the trait in the black population of the State of Piauí, since their genetic heritage is present in all regions of the State. In addition, it was also evidenced that Piauí, through the Public Health Laboratory of Piauí (LACEN) joined in 2013, as a preventive action that allows the diagnosis of hemoglobinopathies early in pregnant women in time to interfere in the course of the disease, allowing, thus, specific early treatment and the reduction or elimination of sequelae.

KEYWORDS: Sickle cell disease; Sickle Cell Anemia; Piauí.

INTRODUÇÃO

Sangue é conhecido como o líquido vermelho que corre no corpo humano através dos vasos sanguíneos, conhecidos como veias. Ele é formado de plasma (o componente líquido do sangue) e células (hemácias, leucócitos e plaquetas etc.). A função do sangue é muito importante, vital, para o funcionamento do organismo humano: transportar oxigênio dos pulmões para todas as células do corpo. Assim sendo, o sangue é vida. O termo anemia pode ser entendido como “sem sangue”. Para que o sangue cumpra a sua missão de oxigenar o organismo, ele precisa das hemácias. Estas exercem papel fundamental na oxigenação do organismo humano. Formadas basicamente de proteína e ferro, essas células de formato arredondado contêm um pigmento chamado de hemoglobina (Hb), que dá ao sangue a coloração vermelha. À hemoglobina com tais características classifica-se como do tipo **A**, e tem perfeita condição para oxigenar todo o organismo humano (BRASIL,2007; IVO, 2013).

Quando, por determinadas razões, a quantidade de hemoglobina **A** fica reduzida, o corpo ressurte-se, porque não ocorre a devida oxigenação dos órgãos. Em geral, isso acontece por falta de uma substância chamada ferro. Ocorre, então, a anemia. A mais comum, portanto, é a anemia ferropriva. Denomina-se assim porque decorre justamente da escassez de ferro. Isso ocorre por várias razões, que precisam ser devidamente investigadas para o seu adequado tratamento. A causa mais comum tem a ver com uma alimentação inadequada, com pouco teor de ferro. Uma vez corrigida a alimentação e aplicada medicação à base de ferro, ocorre à cura desse tipo de anemia, a ferropriva. Há,

porém, um tipo de anemia bem diferente, decorrente da chamada Doença Falciforme (DF), muito presente na vida dos brasileiros. Como os tecidos e órgãos do corpo humano são formados a partir dos genes recebidos do pai e da mãe, uma pessoa com DF apresenta uma alteração genética do sangue, em função de as hemácias que o integram não se manterem arredondadas. Estas assumem com muita facilidade o formato de uma lua nova, similar também a uma foice. Daí o termo falciforme. Esse tipo foi classificado como hemoglobina S, que provém do inglês *sickle*, e significa, em português, *foice*. O formato tipo foice, assumido pela hemoglobina S, apresentada em uma pessoa com DF, impede que o sangue circule pelo corpo de forma adequada, como se dá no caso da hemoglobina A. Tal anemia não se corrige com o suprimento de ferro via alimentar ou medicamentosa. Uma pessoa com DF precisa de tratamento específico, com acompanhamento permanente, para evitar os danos que a doença pode provocar. Esta é uma doença genética, por isso permanente, mas possível de ser tratada (BRASIL, 2015; SARAT, 2019)

A Doença Falciforme (DF) originou-se na África, estendeu-se para a Península Arábica, sul da Itália, Índia e foi trazida às Américas pela imigração forçada de cerca de 3-4 milhões de africanos vindos como escravos. Considerada a patologia genética de maior prevalência mundial, a anemia falciforme possui uma frequência de 25 a 40% em países africanos. A população brasileira apresenta uma composição de mistura de três grupos genéticos, ameríndios, europeus e africanos, sendo estes últimos um conjunto de diversos grupos étnicos. Este grupo veio para o Brasil na condição de escravos, sendo que em várias regiões do país formaram quilombos, comunidades de fugidos. No campo da saúde pública a ênfase na anemia falciforme como doença étnico-racial apoia-se em três aspectos relacionados a essa patologia que caracterizariam uma maior suscetibilidade da população negra e parda: origem geográfica, etiologia genética e estatísticas de prevalência. (BRASIL, 2001).

A doença falciforme pode acontecer quando uma pessoa herde do pai um gene com a mutação para produzir a hemoglobina **S** e outro da mãe com a mesma característica. Ao nascer com um par de genes com a mutação, essa pessoa nasce, portanto, com anemia falciforme, ou seja, com os genes responsáveis pela alteração da hemoglobina do sangue. Muitas outras mutações do gene relativo à hemoglobina são conhecidas. Designa-se cada uma delas com uma letra: **C**, **D** e **E**. Quando formam um par com a letra **S**, produzem os mesmos sinais e sintomas do conjunto **SS**. Esse conjunto (**SS**, **SC**, **SD**, **SE** e outros) constitui a chamada doença falciforme. Ao nascer, se uma pessoa receber somente um gene com a mutação **S** e o outro de hemoglobina **A**, ela apresentará, então, o chamado traço falciforme (**AS**). Nesse caso, não tem a DF nem precisa de tratamento especializado. Há, porém, que ser bem informada sobre a sua condição genética. Por quê? Para saber que, se vier a ter filhos com uma pessoa também com traço falciforme, pode ser gerada uma criança com DF ou é possível que a criança só apresente o traço falciforme ou não apresente nenhuma alteração (BRASIL, 2014).

O gene da hemoglobina **S** é de alta frequência em toda a América e no Brasil, país este no qual é mais frequente nas regiões sudeste e nordeste. Na África Equatorial 40% da população é portadora e a doença falciforme atinge uma prevalência de 2 a 3% da população. No Brasil, a anemia falciforme acomete de 0,1 a 0,3% da população negra, com tendência a atingir parcela cada vez mais significativa da população, devido ao alto grau de miscigenação em nosso país. De fato, estudos populacionais têm demonstrado a crescente presença de hemoglobina **S** em indivíduos caucasoides (DI NUZZO e FONSECA, 2004)

A DF engloba um conjunto de alterações genéticas diferentes, que permeia desde formas leves, muitas vezes assintomáticas, até formas graves com alta taxa de mortalidade. A Hemoglobina **S** (Hb S) é uma mutação no gene da β - globina, devido à troca de uma base nitrogenada na posição 6. Assim, o ácido glutâmico (GAG) é substituído pela valina (GTG), resultando na expressão do gene β s, com modificação estrutural de sua função. A hemoglobina **C** (Hb C) é oriunda da troca do ácido glutâmico pela lisina (AAG). Indivíduos que apresentam a HbS em homozigose (**SS**) evidenciam uma condição grave da doença, enquanto aqueles com a HbS em heterozigose **AS** não apresentam manifestações clínicas, exceto em circunstâncias excepcionais, conferindo uma vida normal ao seu portador. No Brasil, distribui-se heterogeneamente, apresentando índice médio de 0,3% da população com elevada prevalência de antepassados negros, destacando-se principalmente os estados da Bahia, Maranhão e Piauí. A prevalência do traço falciforme é maior nas regiões Norte e Nordeste, entre 6% e 10%, enquanto nas sul e sudeste é de 2% a 3%, heterozigotos **AC** alternam de 1 a 3% (SOARES, et al. 2017)

A doença falciforme é originária do continente africano, tendo se estendido para a Península Arábica, sul da Itália e Índia e sendo depois trazida às Américas por cerca de 3-4 milhões de escravos africanos. Na anemia falciforme ocorre uma polimerização da hemoglobina S na ausência de oxigênio, promovendo alterações na estrutura das hemácias, que tomam a forma de foice ou “sickle” na língua inglesa. As doenças falciformes são genéticas, crônicas e sem cura (**BRASIL, 2015; FORTINI, 2019**).

As DF decorrem da mutação no gene da hemoglobina, na qual as situações que provocam baixa tensão de oxigênio sanguíneo (desidratação, esforço físico intenso, altas e baixas temperaturas, estresse) provocam a falcização da hemácia. Esta, em foice, causa vaso-oclusão na microcirculação, acarretando isquemia e necrose tecidual, o que desencadeia crises álgicas e complicações, principais responsáveis pelas interferências na vida daqueles com esta doença. Uma pessoa com DF apresenta sinais e sintomas variados, com maior ou em menor intensidade. Existe, no entanto, aquela que, mesmo com acompanhamento adequado, tem crises agudas constantes, com dores intensas nos ossos, na barriga e em outras partes do corpo, infecções, pneumonia etc. Todo esse quadro pode evoluir para estágio mais grave e até ocasionar a morte da pessoa, caso não seja bem cuidada. Há pessoas que podem ter crises frequentes de anemia mais intensas e, devido a isso, necessitam de transfusões de sangue constantemente. As crises variam de

gravidade e de tipo, conforme a idade da pessoa. No caso de um bebê, são mais comuns as infecções e dores, com inchaço nas mãos e nos pés. Na infância, as dores localizam-se principalmente nas pernas, nos braços e na barriga (FIGUEREDO, 2002; GUALANDRO, 202X; POMPEO, 2020).

Há pessoas que podem ter, mesmo quando crianças, derrame cerebral, com lesões graves e definitivas. No dia a dia, as pessoas com DF apresentam palidez e têm o branco dos olhos frequentemente amarelado, como nos casos de hepatite. É o que se chama de icterícia. Nos adultos, as crises mais usuais são as de dores nos ossos e complicações decorrentes de danos ao longo de sua vida, nos órgãos mais importantes, tais como o fígado, os pulmões, o coração e os rins. Na idade adulta, também é comum o aparecimento de úlceras nas pernas: feridas graves, de difícil cicatrização. Os homens são suscetíveis de outro dano, o priapismo, uma ereção dolorosa do pênis não relacionada à excitação sexual, a qual exige cuidado imediato. A dor faz parte do cotidiano de uma pessoa com DF. Por isso, ela precisa aprender a se cuidar, prevenindo as crises de dor, de forma a melhorar a sua qualidade de vida. A DF tem relevante presença na população brasileira e, por isso, é importante saber a respeito, e identificar as suas manifestações, sinais e sintomas. Assim sendo, quanto mais cedo o diagnóstico, melhores serão a qualidade e a estimativa de vida de uma pessoa com a doença (ANVISA, 2002; BRASIL, 2012; JESUS, 2018).

A DF ainda não tem cura, mas pesquisas estão em andamento com essa finalidade. Já existem, no entanto, cuidados que dão vida mais longa com qualidade às pessoas com a doença.

Neste contexto, o objetivo deste trabalho é analisar as publicações de estudos sobre a doença falciforme visando realizar um levantamento sobre as abordagens de pesquisas que tratam da Doença Falciforme no Estado do Piauí.

MÉTODOS

Este estudo constitui uma revisão da literatura. A pesquisa foi conduzida nas bases de dados eletrônicas *SciELO* e *Google Scholar*. A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2018 a novembro de 2020. Foi realizada a combinação de termos: “anemia falciforme Piauí”. Foram incluídos neste estudo artigos científicos originais que realizaram estudos sobre anemia falciforme no Piauí, que tenham sido publicados nos últimos 10 anos.

Foram excluídos, boletins epidemiológicos, notas em periódicos, blogs e/ou jornais não categorizados na base do *SciELO* e *Google Scholar*. Após a seleção foi realizada a análise mais detalhada deles visando realizar um levantamento sobre as abordagens de pesquisas que tratam da Doença Falciforme no Estado do Piauí. Além disso, dos artigos, foram extraídas informações em relação a: ano de publicação, resumo dos resultados e link de acesso. Estas informações foram organizadas em quadros e analisadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca resultou em 13 artigos aceitáveis nas bases de dados *Google Scholar*, e SciELO. O quadro 1, título do trabalho, revista da publicação, ano de publicação, local da pesquisa, resumo dos resultados.

Título do Trabalho,	Ano de Publicação	Resumo dos Resultados	Base de Dados	Link de Acesso
Caracterização dos casos de anemia falciforme em uma microrregião do Estado do Piauí.	2011	A maioria dos pacientes possuía baixa escolaridade (52,2%), 100 % apresentaram renda familiar de no máximo três salários-mínimos, 97% foram detectados por meio de exame clínico laboratorial, diagnóstico tardio, onde 52,6% dos casos foram confirmados com idade entre um e três anos. Verificou-se que 46,8% sofreram de uma a três internações hospitalares nos últimos doze meses e 93,7% deles estavam com a imunização básica em dia.	Google Scholar	http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750891024
Conhecimento de profissionais da estratégia saúde da família sobre a anemia falciforme	2013	Trata-se de estudo descritivo do tipo transversal, realizado em 09 municípios, dentre os 20 que compõem uma microrregião de saúde do Piauí. A seleção da microrregião foi baseada na existência de maior número de registros de casos de anemia falciforme no estado, segundo informações da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. A maioria dos profissionais foi constituída pelo sexo feminino (61,5%), com especialização (85,6%) e apresentam experiência de menos de cinco anos na Estratégia Saúde da Família (34,6%). Parte dos médicos (29,8%) dispõe de conhecimento adequado sobre a anemia falciforme e 54,6% têm conhecimento regular sobre a doença, enquanto mais da metade dos enfermeiros (54,4%) possuem o conhecimento inadequado. Os resultados apresentados apontam para a necessidade de educação permanente dos profissionais da rede de atenção básica, visto que ela se constitui na principal porta de acesso dos usuários.	Google Scholar	http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750944002

Características sociodemográficas e epidemiológicas de crianças com anemia falciforme	2014	<p>Estudo de natureza quantitativa/epidemiológica foi realizado por meio de levantamento em prontuários de um Hospital Público em Teresina/PI, Nordeste do Brasil. Os sujeitos foram crianças de 0 a 10 anos internadas por anemia falciforme, de dezembro de 2010 a março de 2011, a análise dos dados revelou equilíbrio na realização dos diagnósticos no Piauí, apesar do Estado não contar com a identificação dessa doença pelo Teste do pezinho, encontrando-se ainda na Fase I, que abrange apenas triagem para Hipotireoidismo Congênito e Fenilcetonúria. Percebe-se que ainda existem dificuldades no diagnóstico da doença, principalmente devido grande parte dos acometidos residirem no interior do estado.</p>	Google Scholar	file:///C:/Users/user/Downloads/9845-18596-1-PB%20(1).pdf
Prevalência das hemoglobinas S e C em heterozigose em duas comunidades de povos de Terreiros na cidade de Teresina, Piauí.	2015	<p>O presente estudo objetivou fornecer subsídios para a consolidação do Programa Estadual da Doença Falciforme no estado do Piauí, apresentando a prevalência da doença falciforme e a sua herança genética em 62 indivíduos frequentadores de terreiros de Umbanda. A determinação das hemoglobinas variantes foi realizada por cromatografia líquida de alta performance (HPLC), utilizando o analisador de hemoglobinas Variant-II (Biorad). O estudo evidenciou a presença das hemoglobinas Hb AS (N=4) 6,5%; Hb AC (N=3) 4,8%; Hb SC (N=2) 3,2%. Dos 62 indivíduos pesquisados com Hemoglobinas variantes, 19 eram do sexo masculino, enquanto 43 eram do sexo feminino. Apresentaram hemoglobinas variantes 7 mulheres e 2 homens. A maioria da população estudada estava constituída por pessoas negras (87%), seguido por pardos (8%) e brancos (5%). A soma da porcentagem de negros e pardos é de 95%. O presente estudo piloto corrobora a hipótese da prevalência elevada da doença falciforme e da sua herança genética na população negra do estado do Piauí, necessitando da sua continuidade, com cobertura de maior quantidade do universo de terreiros, aliada a ações de atenção à saúde.</p>	Google Scholar	http://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/71

<p>Prevalência de traço falciforme em doadores de sangue no Centro de Hematologia e Hemoterapia do Piauí – Hemopi.</p>	<p>2016</p>	<p>Foi realizado um estudo transversal, de outubro a dezembro de 2009, onde foram incluídos mil doadores atendidos no hemocentro. A triagem de HbS foi feita através da eletroforese de hemoglobina. A prevalência encontrada na população estudada foi de 5,6%, estando de acordo com os dados da literatura para o Nordeste. Ocorreu prevalência de HbS em etnia mestiça (87,5%), no gênero, masculino (72,5%) e na faixa etária entre 18 a 25 anos (44%). Em estatísticas avaliadas, não foram observadas correlações entre sexo e etnia. Entretanto, significativa correlação foi observada em relação à faixa etária. Com a frequência obtida no estudo, mostra-se a importância da triagem de doadores quanto ao aconselhamento genético, permitindo o uso adequado do sangue a ser transfundido.</p>	<p>Google Scholar</p>	<p>http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2018/10/RBAC-2018502-Supl-2-revista-completa.pdf#page=52</p>
<p>Prevalência de hemoglobinas variantes em comunidades quilombolas no estado do Piauí, Brasil.</p>	<p>2017</p>	<p>Foram analisadas 1.239 amostras, nas quais as hemoglobinas foram triadas pela cromatografia líquida de alta eficiência (HPLC). Aplicou-se questionário referente a gênero, etnia e consanguinidade das populações. Das 1.239 amostras, 5,4% apresentaram o traço falciforme AS, as doenças falciformes SS e SC apareceram em 0,8% do total, nas hemoglobinas AC, AD e DD. Das 1.069 pessoas negras, 84 apresentaram alteração das hemoglobinas; destas, 34 eram do sexo masculino e 53 do feminino. Ocorreu a presença de 13 casamentos consanguíneos dentre as 84 alterações das hemoglobinas. O estudo das hemoglobinas variantes em 15 comunidades remanescentes de quilombos do Piauí contribui para sua educação em saúde frente aos aspectos da herança genética destas proteínas, relevante questão de saúde pública, proporcionando subsídios para a implantação do Programa Estadual da Doença Falciforme do Piauí.</p>	<p>Scielo</p>	<p>http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172211.04392016</p>

<p>Entraves na concretização das políticas e direito à saúde para pessoas com anemia falciforme</p>	<p>2017</p>	<p>A presente tese tem como objetivo analisar os entraves na concretização das políticas e direito à saúde para as pessoas com anemia falciforme, no Piauí. Foram entrevistadas 80 pessoas com anemia falciforme atendidas no Centro de Hematologia e Hemoterapia do Piauí (HEMOPI) de Teresina, e 15 profissionais de saúde e gestores que trabalham na rede de atenção à saúde as pessoas com anemia falciforme, das cidades de Picos, Itainópolis, Paquetá, São João da Varjota, Oeiras e Teresina-PI nos três níveis de atenção. Os resultados da pesquisa mostraram que os entraves para efetivação das políticas e dos programas voltados para pessoas com anemia falciforme, são permeados por questões de ordem histórica, social, racial, biológica, político-jurídica, econômica e profissional.</p>	<p>Google Scholar</p>	<p>https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/28416</p>
<p>Prevalência de hemoglobinas variantes em comunidades quilombolas no estado do Piauí, Brasil</p>	<p>2017</p>	<p>O presente artigo tem por objetivo investigar a presença de hemoglobinas variantes em 15 comunidades quilombolas do estado do Piauí. Foram analisadas 1.239 amostras, nas quais as hemoglobinas foram triadas pela cromatografia líquida de alta eficiência (HPLC). Aplicou-se questionário referente a gênero, etnia e consanguinidade das populações. Das 1.239 amostras, 5,4% apresentaram o traço falciforme AS, as doenças falciformes SS e SC apareceram em 0,8% do total, nas hemoglobinas AC, AD e DD. Das 1.069 pessoas negras, 84 apresentaram alteração das hemoglobinas; destas, 34 eram do sexo masculino e 53 do feminino. Ocorreu a presença de 13 casamentos consanguíneos dentre as 84 alterações das hemoglobinas. O estudo das hemoglobinas variantes em 15 comunidades remanescentes de quilombos do Piauí contribui para sua educação em saúde frente aos aspectos da herança genética destas proteínas, relevante questão de saúde pública, proporcionando subsídios para a implantação do Programas em saúde.</p>	<p>Google Scholar</p>	<p>https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25644/2/Soares%20LF%20Preval%c3%aancia%20de%20hemoglobinas%20variantes%20....pdf</p>

<p>Prevalência de hemoglobinopatias em neonatos no estado do PI</p>	<p>2019</p>	<p>Foram analisados 3.560 recém-nascidos (RN) com padrões hemoglobínicos alterados, triados no laboratório de Referência em Saúde Pública do Piauí, no período de 2016 a 2017. Dos 3.560 recém-nascidos (RN) com padrões hemoglobínicos alterados, 1.826 eram do sexo masculino, enquanto 1.734 eram do sexo feminino. A maioria dos recém-nascidos (RN) estudados que apresentaram hemoglobinopatias era constituída na sua grande maioria pela etnia parda (69,3%), seguidos por brancos (26,1%), cor preta (4,2%), amarela (0,4%) e indígena (0,1%). Entre as hemoglobinas alteradas, a mais prevalente foi a Hb S, totalizando 2.748 (77,19%). A análise da distribuição das hemoglobinopatias nas diferentes regiões de saúde do estado do Piauí foi constatada a maior prevalência de hemoglobinopatias na região de saúde entre rios, que concentra 39,9 %, seguido de 11,2% na região de cocais. A prevalência das hemoglobinas anormais nos neonatos triado identificou a anemia falciforme que consiste em uma doença crônica que comumente têm alta morbidade e mortalidade. O grande número de heterozigotos encontrados evidencia a necessidade de intervenções, como o aconselhamento genético e investigação de membros da família.</p>	<p>Google Scholar</p>	<p>https://doi.org/10.25248/reas.e234.2019</p>
<p>Perfil da toxicidade ao tratamento clínico com Hidroxiureia em pacientes portadores de anemia falciforme no estado do Piauí.</p>	<p>2020</p>	<p>O uso de hidroxiuréia (HU) em pacientes portadores de Anemia Falciforme em uma unidade de assistência farmacêutica na cidade de Teresina – Piauí, evidenciou uma queda significativa dos valores nominais e percentuais comparados ao controle, nos valores de reticulócitos, leucócitos totais e plaquetas desde o 1º trimestre analisado, e queda no 5º trimestre de Hemácias e do hematócrito, mostrando a toxicidade, com variações em função do tempo na caracterização do perfil clínico dos pacientes portadores de anemia falciforme.</p>	<p>Google Scholar</p>	<p>https://doi.org/10.25248/reas.e2801.2020</p>

Distribuição geográfica da hemoglobinopatia neonatal em Teresina, Piauí	2020	Foram determinados a distribuição geográfica das hemoglobinas HbS, HbC, HbD variantes, bem como dos pacientes com diagnóstico de doença falciforme em um laboratório público de saúde do município de Teresina - Piauí, a partir do programa de triagem neonatal. Foi realizado um estudo descritivo, transversal, observacional e retrospectivo com abordagem quantitativa, com base em dados secundários fornecidos pelo Laboratório Central de Saúde Pública do Estado do Piauí (LACEN-PI). Foram analisados os bancos de dados da triagem neonatal e amostrados todos os recém-nascidos que realizaram o teste de triagem neonatal na rede de coleta convencionada no período de janeiro de 2018 a agosto de 2019. Foram analisadas cerca de 17.236 amostras do município de Teresina (25,3% do total analisado) e organizadas de acordo com as zonas administrativas do município. Este estudo permitiu traçar um mapa do município de teresinense mostrando as áreas com maior incidência de hemoglobinopatias.	Google Scholar	https://doi.org/10.33448/rsd-v9i3.2259
Prevalência de hemoglobinopatidades em gestantes do projeto cegonha, período de janeiro a junho de 2019 no estado do Piauí	2020	Estudos mostram que cerca de 300.000 crianças nascem a cada ano com essas doenças e milhares com anemia falciforme, uma das formas mais graves da doença. No Brasil, cerca de 3.500 pessoas nascem com doença falciforme e sua alta morbimortalidade tem sido considerada um problema de saúde pública, pois a expectativa de vida das pessoas é reduzida. O objetivo do estudo foi analisar a prevalência de hemoglobinopatias em gestantes no primeiro semestre de 2019, dos 65 municípios do estado do Piauí que enviam amostras para análise de exames, do Projeto Cegonha, no Laboratório de Hemoglobinopatias do LACEN / PI Piauí . Os municípios com maior número de casos foram Teresina, Oeiras e Bom Jesus, mas em outras 19 cidades foram encontrados casos de hemoglobinopatias. Esses resultados não condizem com a realidade geral do estado do Piauí, devido à não adesão de todos os municípios, o que pode resultar em taxas mais elevadas que ainda não foram encontradas, gerando um quadro epidemiológico mais preocupante.	Google Scholar	https://doi.org/10.33448/rsd-v9i2.2224

Quadro 1. Título do trabalho, revista da publicação, ano de publicação, local da pesquisa, resumo dos resultados.

Pode-se observar conforme, Araújo (2011), que a anemia falciforme é uma condição clínica e severa que afeta substancialmente a qualidade de vida do indivíduo. Requer medidas de diagnóstico precoce, bem como orientações aos familiares, uma vez que as complicações e os riscos de internações hospitalares são elevados, verifica-se que a grande maioria dos casos tem o uso regular de medicação, porém, nota-se que ainda é muito grande o número de internações e o diagnóstico da doença ainda é tardio, o que interfere na melhoria da qualidade de vida e na expectativa de vida.

A importância de conhecer o perfil sociodemográfico e epidemiológico do paciente portador de anemia falciforme, conforme enfatiza Araújo et al. (2014), está relacionada a necessidade de uma redefinição e melhoria das estratégias desenvolvidas pelas equipes multidisciplinares para uma atuação mais efetiva, bem como para que a doença possa ser diagnosticada o quanto antes para um tratamento precoce. Percebe-se ainda que, apesar desta ser a doença hereditária de maior prevalência no país, considerada um grande problema de saúde pública, estudos ainda são escassos na literatura nacional.

Portanto, a resolução do problema requer uma série de mudanças de ordem cultural principalmente, pois à medida que todos conhecerem seus direitos e a importância da identificação da doença de forma precoce, ficará mais fácil exigirem a implantação desse diagnóstico em suas localidades, reduzindo as complicações dessa doença no país.

Segundo Soares et al. (2016, 2017), no Estado do Piauí, aspectos da herança genética das hemoglobinas, proporcionando um passo importante na desmistificação do traço falciforme e na compreensão do que seja a doença falciforme, relevante questão de saúde pública, proporcionando subsídios para a implantação do Programa Estadual da Doença Falciforme no estado do Piauí. A pesquisa detectou muito além de uma herança genética atribuída à doença falciforme; foram observadas as dificuldades enfrentadas no dia a dia para a conquista da cidadania plena; porém um povo altivo e guerreiro que se organiza a cada dia, resistindo e preservando as suas tradições e em busca da sua autonomia.

No que diz respeito à efetivação dos direitos sociais das pessoas negras e com anemia falciforme, identificamos que a própria construção histórico-cultural as coloca em situação desprivilegiada, como baixa escolaridade, baixa renda e altas taxas de desemprego e com isso afasta a oportunidade em terem representatividade, perante órgãos, que reivindiquem os direitos e fiscalizem o cumprimento das diretrizes das políticas. A despeito da condição biológica, ressaltamos que a condição clínica advinda da doença, provoca intensas dores e limitações, deixando as pessoas em uma posição inferior quanto ao desempenho laboral. A falta de acompanhamento pronuncia-se nas falas dos profissionais e gestores da saúde entrevistados, em que revelam o desconhecimento da logística do atendimento, do acompanhamento e do funcionamento da rede de atenção, para pessoas com anemia falciforme. Contemplando o arcabouço político-jurídico, a conquista do direito à saúde e do dever do estado com a criação do SUS não foi acompanhada por sua efetivação, na prática,

devemos reconhecer que uma mudança de paradigma que depende de um financiamento não se operacionalizaria com um plano estratégico de curto prazo. No âmbito econômico, os desvios de verbas somados à crise econômica mundial dificultam mais a instabilidade do Brasil e consequentemente, o agravamento dos problemas sociais, das dificuldades de acesso aos serviços de saúde e do descaso com a saúde pública. Em se tratando de anemia falciforme, não existem verbas específicas, sendo direcionado o recurso de custeio dos hemocentros e da aquisição de medicamentos excepcionais, para atender às demandas dessas pessoas (BARROSO, 2017).

Nos municípios mais populosos das regiões com as maiores incidências de hemoglobinas variantes no Piauí, Reis et al. (2018), destaca que devem ser priorizadas as ações de saúde, sobretudo nas regiões dos Tabuleiros do Alto Parnaíba e da Serra da Capivara, regiões de fronteira com os estados do Maranhão e Bahia, amplamente povoados por negros e que apresentaram as maiores incidências de neonatos com traço falciforme e doença falciforme respectivamente. Além disso, destaca-se a região Entre Rios, por abrigar o maior número absoluto de casos com presença de alguma hemoglobina variante, região na qual consta a capital do Piauí, Teresina.

Vale enfatizar que os programas de triagem neonatal são importantes para rastreamento, orientação de ações de saúde e acompanhamento de famílias acometidas com hemoglobinopatias, a fim de diminuir a morbimortalidade provocada por estas patologias. 2018

Destaca-se ainda que o conhecimento sobre anemia falciforme é importante para a discussão de políticas em saúde, como a situação epidemiológica dessa doença no estado do Piauí, afim de realizar aconselhamento genético, educação em saúde, estudos colaborativos e de pesquisa para conhecer os impactos nas regiões do estado e impactos práticos na vida das pessoas com hemoglobinopatias (SALES et al., 2020)

CONCLUSÃO

Foi observado que os estudos sobre Doença Falciforme no Piauí estão direcionados, a hipótese da prevalência do traço na população negra do estado do Piauí, visto que sua herança genética está presente em todas as regiões do estado. Os estudos contribuem para sua educação em saúde frente aos aspectos da herança genética desta doença e sua relevante questão de saúde pública, proporcionando subsídios para a implantação do Programa Estadual da Doença Falciforme do Piauí, tornando-se imprescindível ao desenvolvimento de políticas em saúde no Estado.

Os resultados apontam que a DF ainda não tem cura, mas pesquisas estão em andamento com essa finalidade. Já existem, no entanto, cuidados que dão vida mais longa com qualidade às pessoas com a doença. No Brasil, o Programa de Atenção Integral em Doença Falciforme é uma iniciativa do governo federal, a cargo do Ministério da Saúde.

Está inserida no SUS, sendo aplicado, nacionalmente, pela Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH), setor vinculado ao Departamento de Atenção Especializada (DAE), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). A descentralização dessa política é um dos fatores essenciais e a estratégia de redes na perspectiva da gestão e das políticas públicas tem sido cada vez mais utilizada, o Laboratório de Saúde Pública do Piauí (LACEN) aderiu em 2013, como ação preventiva que permite fazer o diagnóstico das hemoglobinopatias precocemente a tempo de se interferir no curso da doença, permitindo, desta forma, tratamento precoce específico e a diminuição ou eliminação das sequelas,

REFERÊNCIAS

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doença Falciformes. - Brasília: ANVISA, 2002.

ARAÚJO, AKL de, ROCHA SS da, SANTOS LRO et al. Características sociodemográficas e epidemiológicas de crianças com anemia falciforme. **Revista de enfermagem da UFPE Online**, Recife, 8(6):1553-60, jun., 2014. Disponível em: file:///C:/Users/user/Downloads/9845-18596-1-PB%20(1).pdf Acesso em: 06 abril 2020.

ARAÚJO, Evangelista et al. Caracterização dos casos de anemia falciforme em uma microrregião do Estado do Piauí. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, vol. 3, 2011, pp. 199-207 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750891024>. Acesso em: 06 abril 2020.

BARROSO, Formiga Moura, et al. Conhecimento de profissionais da estratégia saúde da família sobre a anemia falciforme. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, vol. 5, núm. 6, 2013, pp. 9-19 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750944002> Acesso em: 06 abril 2020.

BARROSO, Laise Maria Formiga Moura. **Entraves na concretização das políticas e direito à saúde para pessoas com anemia falciforme**, 2017. Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Cristina de Sousa Vieira. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/28416/1/TESE%20Laise%20Maria%20Formiga%20Moura%20Barroso.pdf> Acesso em 04 jan. 2021.

BRASIL. **Doença falciforme: condutas básicas para tratamento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada, 2012. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. **Doença falciforme: conhecer para cuidar**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada, Política Nacional de Sangue e Hemoderivados. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual da anemia falciforme para a população** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Doença falciforme: o que se deve saber sobre herança genética** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMPOS, Ivna Cardoso, et al. Prevalência de traço falciforme em doadores de sangue no Centro de Hematologia e Hemoterapia do Piauí – Hemopi. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**. Suplemento Especial de Hematologia Volume 50 - Número 02 I Supl. 02 I Ano 2018. Disponível em: <http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2018/10/RBAC-2018502-Supl-2-revista-completa.pdf#page=52> Acesso em: 04 março 2020.

COSTA, W. K. S.; FILHO, A. C. dos S.; NETO, B. M.; VIEIRA, J. F. P. do N. Geographical distribution of newborn hemoglobinopathy in Teresina, Piauí. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 3, p. e01932259, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i3.2259. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2259>. Acesso em: 4 jan. 2021.

DI NUZZO, Dayana V. P.; FONSECA, Silvana F. Anemia falciforme e infecções. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 5, p. 347-354. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000600004> Acesso em: 04 Jun. 2020.

FIGUEIREDO, Maria Stella. Situações de Emergências. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Org.). **Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doenças Falciformes**. 1 ed. Brasília, DF: ANVISA, 2002. v. 1, p. 61-77. ISBN 85-88233-04-5. file:///C:/Users/user/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/Doenca%20Falciforme_SEM.pdf. Acesso em 12.08.2020.

FORTINI, Rafael Gravina **Prática educativa com pessoas que vivem com anemia falciforme: uma reflexão dialógica** / Rafael Gravina Fortini; Vera Maria Sabóia, orientadora. Niterói, 2019.

GUALANDRO, Sandra Fatima Menosi. Fisiopatologia das Doenças Falciformes In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Org.). **Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doenças Falciformes**. 1 ed. Brasília, DF: ANVISA, 2002. v. 1, p. 13-18. ISBN 85-88233-04-5. <http://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/71/69> Acesso em: 04 março 2020.

IVO, Maria Lúcia (org.). **Hematologia: um olhar sobre a doença falciforme**. Campo Grande: UFMS, 2013.

JESUS, Amanda Cristina da Silva de et al. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E NUTRICIONAIS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ANEMIA FALCIFORME: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. **Rev. paul. pediat.**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 491-499, Dec. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;4;00010>. Acesso em: 06 abril 2020.

POMPEO, Carolina Mariano et al. Fatores de risco para mortalidade em pacientes com doença falciforme: uma revisão integrativa. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, e20190194, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0194>. Acesso em: 04 março 2020.

REIS, Flávia Mylla de Sousa et al. . Incidence of variant hemoglobins in newborns attended by a public health laboratory. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo , v. 16, n. 2, eAO4150, 2018 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082018ao4150>. Acesso em 06 abril. 2020.

RODRIGUES, Herivelton de Araujo et al., Prevalência de hemoglobinopatias em neonatos no estado do PI. **Revista Eletrônica Acervo Saúde** v. 11 n. 4 (2019). Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/issue/view/59>. Acesso em: 04 março 2020.

SALES, E. K. R. B.; JUNIOR, R. N. C. M.; COSTA, R.; DIAS, J. de C. da S. Prevalence of hemoglobinopathies in pregnant women of the stork project, period from january to june 2019 in the state of Piauí. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 2, p. e157922224, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i2.2224. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2224>. Acesso em: 4 jan. 2021.

SARAT, Caroline Neris Ferreira et al. Prevalência da doença falciforme em adultos com diagnóstico tardio. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 32, n. 2, p. 202-209, Mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900028>. Acesso em: 04 março 2020.

SILVA, Wdson Magalhães, et al., Perfil da toxicidade ao tratamento clínico com Hidroxiureia em pacientes portadores de anemia falciforme no estado do Piauí. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. N. 40(2020). Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/280>. Acesso em: 04 jan. 2021.

SOARES, Leonardo Ferreira et al. Prevalência de hemoglobinas variantes em comunidades quilombolas no estado do Piauí, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3773-3780, nov. 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.04392016>. Acesso em 06 abril. 2020.

SOARES, Leonardo Ferreira et al. Prevalência de hemoglobinas variantes em comunidades quilombolas no estado do Piauí, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 11, p. 3773-3780, Nov. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.04392016>. Acesso em: 06 abril 2020.

SOARES, Leonardo Ferreira et al. Prevalência de hemoglobinas variantes em comunidades quilombolas no estado do Piauí, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3773-3780, nov. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021103773&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 04 jan. 2021.

SOARES, Leonardo Ferreira, et al. Prevalência das hemoglobinas S e C em heterozigose em duas comunidades de povos de Terreiros na cidade de Teresina, Piauí. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, 2015;36(1):91-95. Disponível em: <https://rcfba.fcar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/71> Acesso em: 04 março 2020.

SOARES, Leonardo Ferreira, Prevalência de hemoglobinas variantes em comunidades quilombolas no estado do Piauí, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(11):3773-3780, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25644/2/Soares%20LF%20Preval%20de%20hemoglobinas%20variantes%20....pdf>. Acesso em: 04 março 2020.

CAPÍTULO 12

FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS PARA O CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ

Data de aceite: 01/04/2021

Newton Kepler de Oliveira

Doutorado em Educação pela Universidade Federal do Ceará – UFC;

Maria Corina Amaral Viana

Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ;

Aliniana da Silva Santos

Doutorado em Cuidados Clínicos pela Universidade Estadual do Ceará – UECE.
Área temática: Controle e Participação Social na Saúde Modalidade: Comunicação Oral

PALAVRAS - CHAVE: Controle Social, Educação Permanente, SUS.

INTRODUÇÃO

A formação de conselheiros realiza-se com base nas diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do sistema único de saúde (SUS), aprovadas pelo pleno do Conselho Nacional de Saúde, em sua 158ª reunião ordinária, em 2005. Essas diretrizes focalizam a promoção do conhecimento sobre a saúde no Brasil, em particular os conselhos de saúde como uma importante instância colegiada para o fortalecimento da organização e do

funcionamento do sistema público de saúde. E também enfatizam a educação permanente como processos formais de transmissão e construção de conhecimentos por meio de encontros, cursos, oficinas de trabalho, seminários e o uso de metodologias de educação à distância, os processos participativos e fóruns de debates como as conferências de saúde, plenárias de conselhos de saúde, seminários e oficinas, principalmente.

OBJETIVO

Analisar as ações do Projeto de Formação de Conselheiros do Conselho Estadual de Saúde do Ceará conforme suas diretrizes, de 2007.

MÉTODOS

Realização de entrevistas semiestruturadas mediante termo de consentimento livre e esclarecido com conselheiros de saúde estaduais que atuaram como facilitadores em 39 oficinas conduzidas pelo conselho estadual de saúde para habitantes de 132 dos 184 municípios do Estado do Ceará. E também a realização de cotejamento entre as falas dos entrevistados e os relatórios destas oficinas.

RESULTADOS

A participação de membros do segmento de usuários e do segmento de trabalhadores em saúde ocorre em ambientes de grandes obstáculos, dadas as objeções à instituição de direitos sociais e correspondentes políticas públicas. As dificuldades de realização de oficinas de formação são de várias naturezas, como dispensa de carga horária de trabalho até a barreira do conhecimento e compreensão dos assuntos abordados. A disponibilidade de infraestrutura para a realização dessas oficinas é um item sempre ressaltado tanto nas falas dos entrevistados quanto nos relatórios produzidos. Embora as práticas didáticas adotadas sejam para suprir possíveis deficiências, as oficinas de formação reproduzem lacunas de conhecimento, o que mantém proporcionalidade ao mundo real dos embates cotidianos vivenciados nas instâncias colegiadas do controle social do SUS. A atuação da maior parte de membros da assessoria técnica dos conselhos de saúde é ressaltada pela maioria dos entrevistados como uma correia de transmissão de propostas e posicionamento do segmento de gestores, o qual, por si só, é considerado uma anomalia por ter conflito de interesses, cuja atuação é o objeto primordial do controle social.

CONCLUSÃO

A existência do Sistema Único de Saúde é emblemática em um país de construção democrática lenta. A pesquisa possibilita perceber a pouca ênfase dada à compreensão sobre o poder econômico, a sua liberdade de trânsito no mundo, e sobre a permanência do mando político local, e seus impactos imediatos sobre o controle social no SUS. Por fim, as questões públicas que resistem à redução tornam-se incompreensíveis para a população em geral, o que inviabiliza o controle social das políticas e seu julgamento por todos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: 1988. Brasília: Câmara dos Deputados, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. _____ . Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de Normas para o Controle Social do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

CARVALHO, J. M. Cidadania no Brasil: o longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

_____. Cidadania na Encruzilhada. In: BIGNOTTO, N. (Org.). Pensar a república. Belo Horizonte: UFMG, 2005. p. 105-130.

CAPÍTULO 13

HISTÓRIAS DE CUIDADO: REFLEXÕES FENOMENOLÓGICAS SOBRE EXPERIÊNCIAS DE CUIDADORES DE IDOSOS

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 04/01/2021

Gessica Raquel Clemente Rodrigues

Faculdade Católica do Rio Grande do Norte,
Departamento de Psicologia
Mossoró – Rio Grande do Norte
<http://lattes.cnpq.br/8062895181077622>

Ana Andréa Barbosa Maux

UNIFACEX, Departamento de Psicologia
Natal – Rio Grande do Norte
<http://lattes.cnpq.br/1396156130526048>

RESUMO: O envelhecimento populacional vem crescendo consideravelmente e questões como dependência física, surgimento de doenças crônicas e incapacidades também tem crescido, sendo fatores que levam o idoso à dependência funcional. A família é que geralmente assume o cuidado diário ao idoso dependente. As mudanças que ocorrem ao se assumir esse papel de cuidador são diversas e afetam o sujeito de forma integral, desde suas atividades diárias, interação social até seus sentimentos. Objetivando contribuir para o atendimento e cuidado a essa população, este estudo buscou compreender a experiência de ser cuidador informal de idoso, a partir da perspectiva de quem vivencia essa realidade. Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo e de enfoque fenomenológico-existencial, que se baseou nas ideias apresentadas pelo filósofo alemão Martin Heidegger para realizar as reflexões. Foram feitas entrevistas com quatro

colaboradoras, cujo conteúdo foi organizado a partir de temáticas que emergiram mediante as afetações do encontro com cada entrevistada e com suas narrativas. Os resultados evidenciaram a questão das diferenças de gênero, que emerge também quando se fala em cuidar. Além disso, outras questões que surgiram ao se debruçar sobre as narrativas foram as diversas formas de expressão do cuidado, termo este refletido a partir das considerações heideggerianas, que apresenta o cuidado como característica ontológica do ser humano. Ademais, foram observados que as entrevistadas se depararam com questões existenciais como morte, angústia e temporalidade. Ao final, o estudo provoca reflexões a respeito da necessidade de um olhar mais atencioso para a saúde física e psíquica dos cuidadores familiares.

PALAVRAS - CHAVE: Cuidado. Cuidador. Idoso. Fenomenologia.

STORIES ABOUT CARE: PHENOMENOLOGICAL REFLECTIONS ON THE EXPERIENCE OF ELDERLY PEOPLE CAREGIVERS

ABSTRACT: Ageing population has been growing considerably as well as issues such as physical dependence, the appearance of chronic diseases and disabilities, factors that lead elderly people to functional dependence. Families usually take care of the dependent elderly. When taking on the role of caregiver, many are the changes one may experience. These changes affect the individuals integrally, their daily activities, social interactions and even their feelings. This study intended to understand the experience of being

an informal caregiver from the perspective of those who face this reality, aiming to contribute to the assistance and care of this population. This is a qualitative research, with an existential-phenomenological approach, in which the reflections made are based upon the ideas of the German philosopher Martin Heidegger. Four interviews were carried out. The content of these interviews was organized by considering themes that emerged from the stiltedness of the meetings that happened with the interviewees and their narratives. The results revealed an emphasis on the genre differences' issues, which also arises when talking about care. In addition, the narratives made other issues arise, like the several ways of expression of care, term based upon Heidegger's considerations, as an ontological characteristic of human beings. Furthermore, it was possible to notice that the interviewees came across existential issues such as death, anguish and temporality. Finally, this study provokes reflections about the necessity of paying attention to the physical and mental health of family caregivers.

KEYWORDS: Care. Caregiver. Elderly. Phenomenology.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil o envelhecimento populacional vem sofrendo uma crescente. Em um levantamento realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015), foi apontado que o segmento populacional que mais aumenta no país é o de idosos, com previsão de taxas de crescimento de mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. A população com 60 anos ou mais passou de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, podendo alcançar 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060 (IBGE, 2015).

Além do processo de transição demográfica, o país tem passado também por uma transição epidemiológica, pois, junto com o envelhecimento populacional, surgem altos índices de doenças crônicas, perdas cognitivas, declínio sensorial, acidentes e isolamento social, que causam dependência funcional nos idosos (RAMOS, 2003; PEREIRA; ALVES-SOUZA; VALE, 2015). No tocante a dependência funcional, esta pode ser compreendida como a incapacidade de se manter as habilidades físicas e mentais que propiciam uma vida independente e autônoma. Quando essa incapacidade funcional se instala, a família é que, muitas vezes, assume a tarefa do cuidado diário do idoso, mesmo mediante suas limitações de recursos, suporte e conhecimento.

Assumir o papel de cuidador familiar pode ser um processo gradual, mas pode surgir de forma abrupta, mediante o surgimento do diagnóstico de uma patologia cuja sua evolução ou tratamento levam a uma situação de dependência de cuidados (COSTA; CASTRO, 2014). Assumir este lugar de cuidador está também diretamente relacionado com o vínculo afetivo ou responsabilidade ligada ao grau de parentesco entre as pessoas. Por vezes, pelo fato da decisão de quem assumirá a função de cuidador ser algo que envolve todo um conjunto familiar, há uma influência, ou até mesmo imposição, de quem a família julga ser a pessoa mais apta ou disponível para a tarefa. Há casos em que o familiar assume o papel de cuidador pois é a única opção dentro do núcleo familiar, ou até mesmo

fora dele (BAPTISTA *et al.*, 2012).

Outra questão é uma constatação já trazida pela literatura, e que pode ser confirmada na prática, em que o gênero predominante que assume este papel de cuidador é o feminino. O papel da mulher como responsável pelo cuidado já é naturalizado, devido a esta já está inserida socialmente assumindo o papel de mãe, e este se configuraria como mais um dos seus papéis dentro do âmbito doméstico (SIMONETTI; FERREIRA, 2008).

As mudanças que ocorrem ao se assumir o papel de cuidador afetam o indivíduo como um todo, desde as atividades diárias até seus sentimentos. Os familiares cuidadores acabam por se distanciar da vida social e familiar, e isto se agrava à medida que a doença do ser cuidado progride (BAPTISTA *et al.*, 2012). Nesse contexto, o cuidador muitas vezes adia ou elimina atividades ou ocupações exercidas anteriormente, devido à necessidade do papel hora apresentado. Como apontam Bauab e Emmel (2014), há também a geração de uma carga emocional profunda, em que surgem vários sentimentos, muitas vezes ambivalentes como: amor, impotência, pena, alívio, culpa e até mesmo revolta pela dependência de si e aquela que acaba por imprimir ao outro.

Segundo Costa e Castro (2014), há mudança nas atividades cotidianas, como o abandono do trabalho, o que acaba gerando dificuldades econômicas. Existe também a diminuição da interação social e dos momentos de lazer. Acrescente-se, também, que a realização dos cuidados necessários ao familiar dependente, como já apontado pelo Ministério da Saúde (2008), gera sobrecarga para esses cuidadores, que apresentaram, de acordo com os dados da pesquisa realizada por Costa e Castro (2014), cansaço físico, depressão, abandono do trabalho, alterações na vida conjugal e familiar, o que atinge e prejudica a eles mesmos, assim como aqueles de quem cuidam. Desse modo, percebe-se que as alterações das rotinas e o tempo despendido no cuidado têm gerado impactos negativos sobre a qualidade de vida do cuidador familiar.

Mediante esse contexto, fica nítido que o familiar que exerce o papel de cuidador da pessoa idosa pode adoecer em decorrência desta função. Isso aponta para a importância e necessidade destes cuidadores receberem adequada atenção e suporte psicológico para que se sintam amparados para atuar nesse processo de cuidar. Tendo isso em vista, este estudo, visando contribuir para o atendimento e cuidado a esta população, teve como objetivo geral compreender a vivência de ser cuidador informal de idoso e, especificamente: conhecer as motivações que levaram o participante a assumir o papel de cuidador informal; compreender o sentido de ser cuidador para ele; investigar os desafios encontrados no exercício desta atividade e conhecer como o cuidador têm desenvolvido as práticas de cuidado de si.

2 | MÉTODO

Com relação ao método fenomenológico, escolhido nessa pesquisa, segundo Andrade e Holanda (2010), ele apresenta-se para o campo da psicologia como um recurso para pesquisar o mundo vivido do sujeito, em que se tem a finalidade de investigar o sentido da vivência para a pessoa em determinada situação. Segundo AmatuZZi (2001), a perspectiva fenomenológica aspira uma aproximação do vivido, buscando-se um acesso à expressão do significado potencial deste vivido, frente a alguma problemática trazida pelo pesquisador. O interesse das investigações é, portanto, captar o mundo vivido que não é, necessariamente, sabido de antemão, mas que, no ato da relação entre pesquisador e participante, quando a oportunidade de expressão é concebida, é acessado (AMATUZZI, 2003 *apud* ANDRADE; HOLANDA, 2010). Neste sentido, buscar compreender a experiência de ser cuidador de idoso exige dirigir o olhar àqueles envolvidos neste processo, sendo este o caminho a ser percorrido na consecução desta pesquisa.

Partindo das ideias heideggerianas, vislumbramos o ser humano, ou *Dasein*, se constituindo no mundo, mas não como se ocupasse um lugar no mundo como as outras coisas, mas no sentido de engajar-se com outros seres e com o contexto em que se encontra. Portanto, não há dualismo ou oposição entre homem e mundo, eles são indissociáveis, não havendo homem sem mundo, nem mundo sem homem (ROEHE; DUTRA, 2014). Desta forma, não faz sentido perceber o ser humano como uma unidade enclausurada e isolada. Enquanto existe, o *Dasein* é com os outros, sejam esses outros *Dasein* ou outros entes, que diferem desses primeiros por serem desprovidos de mundo. Mesmo quando não há outras pessoas por perto, por exemplo, elas são perceptíveis pela sua ausência.

Ainda para Heidegger (2005; 1927), a estrutura que torna possível nossa vida cotidiana é o cuidado. Mas não o cuidado tal como popularmente compreendemos. Para ele, o cuidado volta a ter a dimensão de um fundamento, sendo o modo de ser do humano, a forma de portar-se com entes que lhe vem ao encontro no mundo. Pois, pelo fato do homem existir com outros, de ser-com, ele se coloca em constante relação com os outros entes e são nessas interações que o cuidado se expressa (DUARTE; ROCHA, 2011).

A respeito desta questão, Heidegger (2005; 1927) distingue dois tipos fundamentais do cuidado, sendo um deles a *ocupação* (*besorgen*) e o outro é designado de *preocupação* (*Fürsorge*). O primeiro diz respeito às relações do ser-aí com os outros entes cujo modo de ser é simplesmente dado, assim, quando o ser humano estabelece relações com os entes intramundanos que estão ao alcance de suas mãos, o cuidado se apresenta sob a forma de *ocupação*. Desses entes, o ser humano *cuida* ao passo em que deles se *ocupa*, como um manuseio, inserindo-os em seu projeto existencial (ROCHA, 2010). Já o segundo tipo fundamental de cuidado, trata-se das relações do ser-aí com os outros seres humanos.

No que se refere a esta última forma de cuidado, o filósofo destaca três tipos. Tem-se o modo de preocupação que costuma caracterizar a forma cotidiana de se relacionar com

as pessoas, que é o cuidado como *indiferença*. Diz respeito a naturalização dos sentidos e o nivelamento das diferenças, que também está presente na *ocupação* com as coisas. Outra possibilidade de preocupação é aquela que *substitui* o outro em sua existência, assumindo as suas ocupações para que ele fique livre delas ou para devolvê-las já prontas. “Nessa preocupação, o outro pode tornar-se dependente e dominado mesmo que esse domínio seja silencioso e permaneça encoberto para o dominado” (Heidegger, 2005; 1927, p. 174). A terceira expressão de preocupação diz respeito aquele cuidado que se *antepõe* ao outro, não no sentido de substituí-lo, mas para colocá-lo diante de suas possibilidades existenciais.

Heidegger (2005; 1927) ainda aponta que a *substituição* e a *anteposição* são duas possibilidades extremas da *preocupação* não indiferente, mas que, na convivência cotidiana, são possíveis vários modos intermediários ou mistos.

Contudo, apesar do cuidado estar presente em todas as relações do *Dasein*, ao se refletir a seu respeito é importante que se realize uma contextualização histórica e social do momento em que vivemos e de como esse cuidado vem sendo apresentado. Já que, segundo as ideias do filósofo, somos também constituídos de nossa historicidade e relações ao longo de nossa existência.

A opção pelas ideias do filósofo para basear a análise dos dados diz respeito a escolha das autoras e que está relacionada com a afetação que as suas ideias provocam, produzindo sentido e levando a uma compreensão de ser humano como ser de relação, que se constrói a si mesmo a partir da sua existência concreta. E, especialmente, por ele apresentar como um dos fundamentos do ser humano a noção de cuidado, discussão fundamental neste estudo.

Os entrevistados para a pesquisa foram selecionados no território de uma Unidade Básica de Saúde, situada na cidade de Mossoró/RN. O número de colaboradores não foi extenso, já que o objetivo deste tipo de pesquisa é se aprofundar no mundo dos significados de determinado fenômeno para os sujeitos que o vivem, sem buscar regularidades e/ou generalizações (MINAYO, 2008). Para o fechamento do número de participantes foi utilizado o critério de saturação, ferramenta que visa estabelecer ou fechar o número final da amostra de um estudo, levando a interrupção de novos participantes. Tal interrupção ocorre quando as informações obtidas passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa repetição, de forma que os dados fornecidos por novos colaboradores da pesquisa não acrescentaria muito mediante ao que já tinha sido colhido dos demais (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

No que concerne aos critérios de inclusão para participar da pesquisa, foram considerados colaboradores aqueles que fossem cuidadores informais de idosos; estivessem cadastrados dentro da área adstrita do território da Unidade Básica de Saúde e aceitassem participar da pesquisa. Como critérios de exclusão estavam pessoas acometidas por doenças que prejudiquem seu processo de compreensão e participação da

pesquisa e também pessoas menores de 18 anos de idade.

Os contatos com os participantes foram realizados junto à Unidade Básica de Saúde, especificamente por meio dos Agentes Comunitários de Saúde, os quais, por possuírem um contato próximo com a população, conhecem os usuários que exercem o papel de cuidador. A partir do interesse e aceitação dos convidados em participar da pesquisa, a pesquisadora esclareceu as dúvidas e marcou o dia, hora e local para a realização da entrevista. Ressalta-se que a pesquisa foi aprovada pelo comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, CAEE 58701416.0.0000.5294, número do parecer 1.796.858.

O instrumento utilizado foi entrevista semidirigida, a partir de uma questão disparadora “Como é para você ser cuidador de um idoso?”. As entrevistas foram gravadas transcritas e literalizadas, passos sugeridos por autores como Dutra (2000) e Maux (2008).

As entrevistas foram comentadas e compreendidas a partir dos significados revelados pela experiência da entrevistadora no encontro com cada entrevistada, sempre em diálogo com as ideias de Heidegger e de outros filósofos fenomenológicos, assim como autores que estudam a questão do cuidado aos idosos, que também ajudaram na composição do corpo teórico desse trabalho.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No total foram entrevistadas quatro colaboradoras, que serão apresentadas a partir de nomes fictícios para preservar suas identidades. Os nomes escolhidos foram de mulheres que marcaram a História e cujas biografias são pessoalmente significativas para as autoras: Anita (Garibaldi), Maria (da Penha), Olga (Benário) e Rachel (de Queiroz).

Anita, 43 anos, casada, tem dois filhos e cuida de dois idosos: a sua mãe, de 84 anos, e o seu pai, de 93 anos, os quais residem com ela e sua família. Começou a assumir o papel de cuidadora acerca de seis anos, quando seus pais começaram a apresentar sinais de comprometimento de saúde, que foram agravados com a perda dos dois outros filhos do casal, que ocorreu de forma próxima e trágica, sendo um por homicídio e outro por suicídio um ano após a morte do primeiro. Mediante os ocorridos e ao comprometimento da visão da sua mãe, Anita resolveu trazê-los para residirem na sua casa e se responsabilizar pelo cuidado dos dois. Há algum tempo saiu do emprego para se dedicar somente a tarefa de cuidar dos pais. É cuidadora única, mas aponta que, em caso de necessidade ou emergência, conta com os filhos, o marido e dois sobrinhos. Mas, no geral, é a responsável principal pela tarefa de cuidar.

Durante a entrevista, Anita deixou claro o quão prazeroso é para ela assumir o cuidado dos pais, apesar de enfrentar algumas dificuldades, visto que eles, cada vez mais, se tornam dependentes dela, em especial sua mãe, devido ao comprometimento da visão. Mostrou também ter uma organização da sua rotina para dar conta de todas as demandas

que ser cuidadora requer. Ela é maratonista. Corre diariamente e participa de competições, o que, para ela, é uma forma de cuidar de si e de auxiliar a enfrentar o dia-a-dia.

A segunda entrevistada foi Maria, 54 anos. Assumiu o papel de cuidadora de sua mãe, de 84 anos, há um ano e meio, quando sua mãe passou a apresentar comprometimento nas articulações que, aos poucos, prejudicou sua locomoção e, em seguida, ela começou a ter esquecimentos frequentes, sintomas do mal de Alzheimer, o que comprometeu ainda mais sua saúde e demandou mais atenção por parte das filhas. Maria é casada e reside com seu marido, próximo a casa de sua mãe. Não tem filhos e está desempregada, pois optou por dar conta das demandas da mãe. Passa o dia na casa desta e retorna para sua casa apenas a noite. Durante a entrevista, ressaltou que vivenciar o adoecimento e o comprometimento repentino da saúde de sua mãe foi mais impactante do que a necessidade de mudar sua vida para auxiliá-la. Junto com suas três irmãs, estabeleceu uma rotina em que as tarefas são divididas conforme o tempo e as habilidades de cada uma. Assim, apesar de Maria ser a cuidadora principal, o apoio constante que recebe das irmãs ajuda a exercer a tarefa de cuidadora.

Olga foi a terceira entrevistada. Tem 44 anos e cuida também de sua mãe, de 79 anos. É casada, tem um filho e residem todos juntos. Ela assumiu esse papel de cuidadora há quatro anos, quando sua mãe sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC), que prejudicou sua saúde global, comprometeu seus movimentos físicos. Olga é a cuidadora principal de sua mãe e assume esse papel praticamente sozinha, pois obtém raros auxílios dos demais familiares e, no momento, tem uma auxiliar do lar, que ajuda nos afazeres domésticos.

Durante a entrevista, deixou nítido que a tarefa de ser cuidadora tem demandado bastante, tanto física quanto emocionalmente, o que acabou prejudicando mais sua saúde psíquica, que já tinha comprometimentos anteriores a essa tarefa. Assim, apesar de ter tomado a tarefa de cuidar da mãe para si com afinco, e estar convicta que essa é a sua missão, ela foi a colaboradora que mais expressou impactos dos desafios de vivenciar esse papel.

Rachel, 35 anos, cuida do pai, de 82. É casada e tem um filho. Embora não resida com o pai, por ser a cuidadora principal, passa o dia na casa dele, retornando para seu lar apenas a noite. Assumiu a tarefa de cuidar do pai há seis anos, quando o mesmo sofreu um AVC, que prejudicou sua saúde que, no decorrer dos anos, foi agravado por uma pneumonia e a doença de Alzheimer. Tais ocorridos levaram o pai de Rachel a ficar completamente acamado, necessitando da utilização de sonda e traqueostomia.

Ao longo da entrevista, ela mostrou que, apesar da facilidade técnica com as tarefas de cuidadora, já que é enfermeira, tem sentido cada vez mais o peso de assumir esse papel, pois tem percebido que sua vida profissional está estagnada, visto que, desde que se formou, nunca assumiu a sua profissão devido a necessidade de cuidar do seu genitor. Apesar de ser a principal cuidadora, conta com a ajuda da mãe e da auxiliar do lar.

Pela apresentação das colaboradoras do estudo já fica explícito a predominância

do sexo feminino. Não se tratou de uma escolha proposital, mas se deu por não se ter encontrado, no território da Unidade Básica de Saúde, pessoas do sexo masculino que realizassem tal papel. Como já foi apontado pela literatura (ARAÚJO *et al.*, 2013), há uma predominância de mulheres na ocupação desse papel de cuidar, deixando transparecer a questão de gênero marcadamente presente nessa situação. Maux (2008) aponta que os comportamentos que são classificados como femininos ou masculinos não são ditados pela genética, mas advêm do aprendizado social que vamos adquirindo ao longo da vida, a partir da nossa inserção em certa cultura e em certo momento histórico e social. No presente caso, tem-se uma cultura em que, dentre os comportamentos ditos femininos, encontra-se a característica de cuidar ou tomar conta de outras pessoas, especialmente membros da família.

Corroborando com essa posição, Hedler *et al.* (2016) discutem que a desigualdade de gênero e de distribuição nas tarefas regulam a realidade do cuidado familiar. Cuidar dos familiares é uma das ações presentes na maternagem e esta é naturalizada como típico da mulher. O cuidado ao idoso acaba não sendo alvo de discussões familiares, pois já está subentendido que alguma mulher se ocupará de tal função, como se fosse mais uma extensão desse papel que já se espera que ela exerça.

Rebouças (2010), ao realizar um resgate sobre a construção do ser mulher no Brasil, aponta a forma que o sistema familiar em nosso país foi se constituindo, em que o patriarcalismo era vigente e se dava prestígio aos homens, em detrimento das mulheres, delegando a estas o lugar de ser responsável pela casa, família, casamento e procriação, restringindo, assim suas possibilidades de ser. Nesse sentido, Maux (2014) ainda traz que é a partir de características apontadas como pertencentes a homens e mulheres, que as identidades femininas e masculinas acabam por ser constituídas, o que leva a uma solidificação de certas formas de existir socialmente, que configura como cada pessoa irá se assumir no mundo.

No caso do estudo apresentado, trata-se de uma realidade nordestina, que apresenta características culturais regionais, que criam representações como fragilidade, dedicação à prole e responsabilidade pelo bem-estar de todos os parentes, como modos-de-ser das mulheres. Tais valores acabam naturalizando a maneira como os membros da sociedade vislumbrem determinados papéis e que, no caso do cuidador informal dos idosos, geralmente fica a cargo de alguma parente do sexo feminino. No caso desse estudo, este papel ficou a cargo das filhas dos idosos. Todas as participantes deixaram transparecer que ser a cuidadora dos pais era uma consequência natural de suas vidas. Anita descreveu-se como cuidadora não somente dos pais, mas dos filhos e sobrinhos, que ficaram órfãos. “E quando eu digo cuidar não é só olhar. É resolver tudo, tudo deles, a vida deles.”, afirmou a colaboradora.

Já Maria, por sua vez, aponta: “olha, não é pesado porque é mãe! Então, mãe a gente não acha pesado. Acho que é uma obrigação sua. Ela teve com a gente, né? Então

a gente tá retribuindo. Não só eu como as outras (filhas) também.”

Como já discutido, a estrutura que torna possível nossa vida cotidiana é o cuidado. Várias expressões desse cuidado aparecem no discurso das colaboradoras. Anita afirma que, no decorrer do dia, busca atividades para que os pais possam desempenhar, de maneira que tenham autonomia, a partir do que lhes é possível. “Eu coloco eles, por exemplo, para ferver o leite. Tipo assim: Pai, olhe o leite. Pai, corte a verdura, descasque as mangas. [...] Mãe, eu lavei a louça. Vamos enxugar?”. Ela também explica que realiza atividades a partir das necessidades que eles apontam. “Também costumamos ir à missa. Sempre que eles pedem eu levo eles para missa. A gente vai sempre no cemitério visitar a cova dos meus irmãos e fazer visita as pessoas que eles conhecem, no dia que eles querem [...]”.

Embora os pais apresentem limitações físicas, Anita compreende que eles precisam de autonomia. Ela busca não realizar um cuidado que os substitua em suas atividades, mas que valorize suas existências através do trabalho, para que se sintam úteis. Ainda assim, ela não estimula atividades que entenda que eles terão maiores dificuldades. No caso da mãe, ela não solicita sua ajuda para realizar ações que necessitem do uso da faca, pois compreende que a mãe apresentaria dificuldades para fazer, uma vez que tem visão limitada.

Olga fala que sua mãe diz:

“Coisa ruim é a gente depender dos outros. Eu sei que é triste. Eu me vejo, a pessoa que cuida tem que se ver na mesma situação que ela. Se eu estivesse assim, eu também queria assim. Se eu estivesse assim, na hora que chamasse queria que tivesse alguém para eu não ficar gritando sem ninguém me atender. Ao mesmo tempo, quem cuida tem que trocar o canto. Você tem que se ver lá na cadeira de rodas e pensar: eu quero que ela cuide de mim desse jeito”.

Outra fala que expressa como o cuidar diário da mãe é quando a colaboradora afirma: “Ela perdeu a força. Ela não tem aquela força. Aí, todo dia eu tenho que tirar as fezes dela. (...) Isso é um desafio para mim”.

Olga compreende que precisa assumir o lugar do outro e, portanto, acaba por substituí-lo em sua existência, não dando espaço para que o outro exista. E assumir a existência pela mãe acaba por gerar um peso existencial semelhante a carregar outra pessoa nas costas. Daí conseguimos vislumbrar o quanto está sendo desgastante e pesado para Olga estar nesse papel e, tal como ela, outras pessoas que, no exercício de ser cuidador de seus parentes, ao assumir um cuidado substitutivo, se tornam mais suscetíveis a estafa.

Então, a partir das entrevistas realizadas, observamos que características do cuidado substitutivo são frequentes na relação entre as cuidadoras informais participantes do estudo com os seus idosos. Mediante as limitações do familiar, elas acabam, muitas

vezes, fazendo por eles. Um cuidado tão dedicado e, ao mesmo tempo, tão limitador das possibilidades existenciais desses idosos.

Cuidar, para o presente estudo, não significa apenas a relação com outro ser humano, mas envolve a questão da relação consigo mesmo. Como somos ontologicamente cuidado, isso também remete a forma que direcionamos tal fenômeno para nós mesmos. Silva *et al.* (2009) trazem a noção de cuidado de si associado às ações desenvolvidas por uma pessoa e que visam beneficiar sua vida, sua saúde e seu bem-estar. Esses autores ainda apontam algumas estratégias para o cuidado de si, como descansar, comer adequadamente, fazer exercício regularmente, dançar, caminhar, orar, trabalhar criativamente, ter relações saudáveis, dentre outras coisas. Contudo, ressalta-se que conforme Heidegger, são diversas as formas em que o cuidado pode se desvelar e não necessariamente estas formas serão positivas, como comumente acreditamos ao discutir o cuidado de forma cotidiana e como Silva *et al.* apresentam.

Anita, ao longo da entrevista, deixou nítido que, apesar de estar mergulhada no cuidado ao outro, percebeu que precisava, também, exercer um cuidado consigo, que lhe auxiliasse tanto em sua saúde como também para vivenciar o que ela define como *forma mais leve* o papel de cuidadora.

"Eu falo assim: se os outros lá estiverem bem eu estou bem. Mas, às vezes, eu caio um pouco e digo: meu Deus, e eu?! Mas eu procuro fazer. (...) E eu costumo fazer as coisas que eu gosto das cinco da manhã até sete porque eu saio, faço o que eu gosto e, quando eu chego, está todo mundo dormindo, ninguém sentiu minha falta. (...) Eu corro, faço corrida de rua e treino nesse horário das cinco da manhã às sete da manhã e participo de competição também. Então, eu acho que isso é uma válvula de escape para mim porque a hora da corrida é minha. Só depende de mim e se eu não fizer para mim ninguém mais vai fazer".

O relato de Anita nos remete ao que Heidegger aponta como cuidado antepositivo, em que o ser é colocado diante de suas possibilidades existências e acaba se tornando transparente para si mesmo. Anita, ao se envolver na tarefa de cuidar, não perdeu o contato consigo mesma, de modo que pode perceber suas necessidades e se organizar para encontrar um meio e um tempo, ainda que curto, para dar uma resposta a isso.

Contrastando com a forma que Anita encontrou para cuidar de si, as falas das entrevistadas Olga e Rachel expressam que mergulharam de tal forma na tarefa de cuidadora que tem cuidado de si de forma que podemos definir como negligente, como pode ser na fala de Olga:

"Para você ver, cuido tanto dela, tenho um DIU faz onze anos e eu precisava ir para o médico. A médica tinha dito que eu precisava fazer uma revisão de seis em seis meses. Daí eu fiquei guardando. Depois eu vou, por causa dela. Agora, a dela eu faço. Agora eu já procuro me remediar para não adoecer. Já tomo vitamina C todo dia, tomo ômega3, já para ter essa força e, outra coisa, você não pode adoecer. Suas irmãs podem adoecer, todo mundo pode adoecer, agora, você não pode".

E Rachel, em seu relato, coloca:

“Porque antes eu ia à academia, eu me cuidava, cuidava do cabelo, fazia as unhas. Mas agora, a parte é todinha cuidando dele e do meu menino. Então, agora eu estou querendo fazer uma especialização, só que, no momento, eu não estou podendo devido ao financeiro e ao tempo. [...] Porque eu tenho que fazer a cirurgia da vesícula e, no momento, eu não posso porque cuido dele”.

Os relatos de Olga e Rachel evidenciam a presença de uma abdicação de si em prol da atenção ao outro, de modo que, mesmo mediante sinais e o reconhecimento da necessidade que apresentam de olhar para sua saúde, elas escolhem não se ater a isso nesse momento. Sabe-se que tais escolhas são motivadas e perpassadas pelas questões e os limites que a tarefa de cuidar traz, mas, parece que tem sido, para elas, uma escolha que implica dedicar-se ao outro e cuidar negligentemente de si mesma. Pelo menos neste tempo, neste momento, elas cuidam do outro e colocam em suspenso a atenção a si mesma.

Os gregos já consideravam o ser em termos de presença temporal. Para Heidegger (2005; 1927) o tempo é especial, em detrimento de outras características como o espaço, pois é no tempo que o ser humano leva sua vida em um sentido mais profundo do que a leva no espaço. Para esse filósofo, o ser humano também não se restringe em sua consciência ao momento presente, pois ele se projeta para o futuro e retrocede ao passado.

Ainda no tocante ao tempo, há uma questão individual, pois, na medida em que o tempo é meu, há muitos tempos, e o próprio tempo em si é temporal, pois em si mesmo ele torna-se sem sentido (INWOOD, 2004). Contribuindo com essas colocações, Huisman (2001) aponta que essa temporalidade não é uma sucessão de momentos, mas designa, ao contrário, uma contemporaneidade do passado, do presente e do futuro. Rocha (2010), também aponta que, no concerne à questão da temporalidade, explicando que, para Heidegger “a temporalidade não é uma sucessão linear de *agoras*, uma vez que o passado e o futuro estão mutuamente entrelaçados no instante presente” (p. 19).

A questão do tempo, como uma espécie de entrelaçamento de passado, presente e futuro, que emergem por meio de questões cotidianas diversas, também surgiu nas falas das colaboradoras. Anita narrou que, para sua mãe, o passado não perdeu o vigor de ter sido, no tocante ao sofrimento pelos filhos que se foram “E assim, mamãe sofreu muito com a perda dos filhos. Papai é mais assim: morreu, acabou. Não é de ficar remoendo. Mamãe não. Fica se lastimando, comemora aniversário [...]. Todo dia é um dia, e eu só vivo o hoje. Vivo o hoje intensamente. Aí, quando o dia de hoje passa, eu agradeço a Deus por hoje. Amanhã é outra coisa, tá entendendo?!”

Em seu relato, Maria apresentou como, em meio ao acometimento do Alzheimer, sua mãe começou a expressar essa possibilidade de vivenciar o passado no presente, o que, para a colaboradora, se mostrava um sintoma do adoecimento, causando preocupação:

“No começo do adoecimento ela queria voltar para casa dela, ela queria viver essa coisa do passado, uma regressão. Só que, no começo, a gente ficou meio assustado porque ela só queria conversar coisas do passado. Queria ver fulano, ver sicrano, pessoas que já tinham falecido”.

Corroborando com essa temática, Olga expressou como a questão de cuidar a levou a vivenciar o tempo de forma entrelaçada. “Eu perdi a noção do tempo, hoje eu não sei que horas, eu não sei assim a data de hoje se você me perguntar, eu num sei, eu vivo para cuidar.”

Em sua narrativa transparece a dificuldade para se organizar nesse tempo cronológico que possibilita que façamos planos, tracemos metas e possibilita a aproximação com a existência concreta e sentida.

4 | CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional que vem ocorrendo tem acarretado, dentre outras questões, o aumento de idosos dependentes que, por sua vez, tem trazido o domicílio como uma esfera de atenção e o familiar como um cuidador informal, que assume as tarefas do cuidado diário que dizem respeito a esse idoso. Ao assumir esse papel de cuidador as colaboradoras do estudo aqui apresentado aumentaram suas responsabilidades, pois tiveram que assumir muitas atividades que eram desempenhadas pelo idoso, havendo, assim, um aumento significativo de responsabilidades cotidianas, uma mudança nítida em suas rotinas e a necessidade de novas aprendizagens, para dar conta das novas tarefas que lhes foram atribuídas.

Além dessas mudanças, como aponta a literatura e pôde ser confirmado na experiência das entrevistadas, na experiência de cuidar de um familiar dependente, poucos são os cuidadores que têm a possibilidade de compartilhar com outros essa tarefa, criando espaço para que possam se ocupar também de suas próprias atividades (BAUAB; EMMEL, 2014). As cuidadoras tinham uma rede de apoio fragilizada, sendo a maioria delas cuidadora única, contando com alguns familiares apenas como um apoio em momentos emergenciais. Essa organização afeta diretamente na atenção que elas podem dispor a si mesmas.

Portanto, devido a demanda significativa de tarefas, a intensidade física e emocional que envolve o papel de cuidador familiar, ficou nítido que não é apenas o idoso dependente que necessita de atenção, mas também o cuidador, pois, em sua rotina, existem diversos fatores que podem ser danosos para sua saúde e que podem desencadear problemas, tais como o estresse e a depressão (MACHADO *et al.*, 2011).

Restou evidente nos resultados da pesquisa que há desafios no desempenho da tarefa de ser cuidadora familiar de um idoso dependente, sendo uma tarefa desgastante emocional e fisicamente, que altera a sua vida como um todo. Isso traz o alerta para

a necessidade de se olhar com mais atenção para essa cuidadora. Neste sentido, ela também precisa ser foco de orientações e de cuidado pela equipe de saúde. Na rotina de trabalho das cuidadoras a atenção é centrada nas pessoas de quem cuidam e é para elas que buscam os serviços de saúde. Então, os profissionais daqueles serviços precisam pensar assistência não somente para aqueles que chegam como pacientes, mas também para aquele que cuida.

Nesse sentido, ressalta-se que é de suma importância que haja uma articulação das redes de suporte social e da saúde para auxiliar no cuidado e atenção integral dessas famílias cuidadoras. Visando, assim, a melhoria das condições de saúde dessas pessoas que se engajam e se dedicam a essa prática que, apesar de ser uma atividade não reconhecida formalmente, desencadeia uma série de questões de ordem sociais e da saúde.

Salienta-se, ainda, que os cuidadores familiares de idosos devem ter, além da assistência a sua saúde, condições para que possam exercer o autocuidado, para que não entrem em um ciclo tanto de cuidado de si negligente, bem como de desassistência por parte dos equipamentos sociais e de saúde, o que pode desencadear complicações à sua saúde e comprometer, por conseguinte, sua tarefa de cuidador.

REFERÊNCIAS

AMATUZZI, Mauro Martins. **Por uma Psicologia Humana**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2001.

ANDRADE, Celana Cardoso; HOLANDA, Adriano Furtado. Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 27, n. 2, p. 259-268, 2010.

ARAÚJO, Yana Balduino *et al.* Fragilidade da rede social de famílias de crianças com doença crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, p. 675-681, 2013.

BAPTISTA, Bruna Olegário *et al.* A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 1, p. 147-156, 2012.

BAUAB, Juliana Pedroso; EMMEL, Maria Luisa Guillaumon. Mudanças no cotidiano de cuidadores de idosos em processo demencial. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 2, p. 339-352, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia Prático do Cuidador**. Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

COSTA, Sibely Rabaça Dias da; CASTRO, Edna Aparecida Barbosa de. Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 979-986, 2014.

DUARTE, Marianne Rocha; DA ROCHA, Silvana Santiago. As contribuições da filosofia heideggeriana nas pesquisas sobre o cuidado em enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 361-364, 2011.

DUTRA, Elza Maria do Socorro. **Compreensão de tentativas de suicídio de jovens sob o enfoque da Abordagem Centrada na Pessoa**. 2000. 211 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, (2000).

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

HEIDGGER, M. **Ser e tempo**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

HEDLER, Helga Cristina *et al.* Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. **Revista Katálysis**, v. 19, n. 1, p. 143-153, 2016.

HUISMAN, D. **História do existencialismo**. Bauru, SP: Editora Edusc, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. **Mudança Demográfica no Brasil do Início do Século XXI**: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

INWOOD, M. **Heidegger**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

MACHADO, Roberta Antunes *et al.* O cuidador familiar no foco do programa de assistência domiciliar de uma unidade básica de saúde no município de Porto Alegre. **Journal of Nursing and Health**, v. 1, n. 1, p. 39-49, 2011.

MAUX, Ana Andréa Barbosa. **Do útero à adoção**: a experiência de mulheres férteis que adotaram uma criança. 2008. 120 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia, Sociedade e Qualidade de Vida) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

MAUX, Ana Andréa Barbosa. **Masculinidade a prova**: um estudo de inspiração fenomenológico - hermenêutico sobre a infertilidade masculina. 2014. 161 f. Tese (Doutorado em Psicologia, Sociedade e Qualidade de Vida) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

PEREIRA, Rafael Alves; ALVES-SOUZA, Rosani Aparecida; VALE, Jessica Sousa. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 6, n. 1, p. 99-108, 2015.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 793-797, 2003.

REBOUCAS, Melina Séfora Souza. **O aborto provocado como uma possibilidade na existência da mulher**: reflexões fenomenológico-existenciais. 2010. 145 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia, Sociedade e Qualidade de Vida) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

ROCHA, Zeferino. A ontologia Heideggeriana do cuidado e suas ressonâncias clínicas. **Síntese: Revista de Filosofia**, v. 38, n. 120, p. 71-90, 2011.

ROEHE, Marcelo Vial; DUTRA, Elza. Dasein, o entendimento de Heidegger sobre o modo de ser humano. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 32, n. 1, p. 105-113, 2014.

SEIBT, Cezar L. Poder-ser próprio: angústia e morte em ser e tempo de Heidegger. **Revista Philosophica**, v. 35, n. 1, p. 181-197, 2009.

SILVA, Irene de Jesus. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.

SIMONETTI, Janete Pessuto; FERREIRA, Joice Cristina. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p. 19-25, 2008.

CAPÍTULO 14

O USO DO KEFIR NO TRATAMENTO DA INTOLERÂNCIA A LACTOSE

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 05/01/2021

Aryelle Lorrane da Silva Gois

Especialista em Nutrição Clínica Funcional e Fitoterapia pelo Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA.
Caxias, Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/8203119061763487>

Daniele Rodrigues Carvalho Caldas

Mestre em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Especialista em Nutrição clínica/UNINTER. Docente do curso de Nutrição do Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão –UNIFACEMA
Teresina, Piauí
<http://lattes.cnpq.br/1524742195806112>

Laynara Maria Das Graças Alves Lobo

Mestre em Enfermagem pelo programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGenf) - Universidade Federal do Piauí (UFPI).
Teresina, Piauí
<http://lattes.cnpq.br/7374707136177330>

Maysa Milena E Silva Almeida

Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal Do Maranhão (UFMA).
São Luís, Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/8912213726805176>

Fatima Karina Costa de Araújo

Especialista em Atividade física e Saúde pela Universidade Federal do Piauí (UFPI).
Teresina, Piauí
<http://lattes.cnpq.br/6481303255430787>

Liejy Agnes dos Santos Raposo Landim

Mestre em Alimentos e Nutrição pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), Especialista em Nutrição nas doenças crônicas não transmissíveis/UNESC; Docente do curso de Nutrição do Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA).
Teresina, Piauí
<http://lattes.cnpq.br/7445701639963510>

Amanda Marreiro Barbosa

Doutora em Ciências Fisiológicas pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Nutrição pela Universidade Federal de Santa Catarina UFSC.
Teresina, Piauí
<http://lattes.cnpq.br/4474425530777717>

Iana Brenda Silva Conceição

Especialista em Nutrição Clínica Funcional e Fitoterapia pelo Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA.
Caxias, Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/2986946999984660>

Ana Adélya Alves Costa

Graduanda em Nutrição pela Universidade Federal do Piauí - CSHNB
Picos, Piauí
<http://lattes.cnpq.br/4904344770103246>

RESUMO: Os leites fermentados podem ser definidos como preparados lácteos, em que o leite de diferentes espécies animais sofre um processo fermentativo que modifica suas características sensoriais e o Kefir é um leite fermentado que apresentam vários micro-organismos em sua

constituição, que são benéficos à saúde humana, sendo assim o objetivo desse trabalho é apresentar os benefícios, características e influência do uso do Kefir no tratamento da intolerância a lactose, a fim de mostrar como o emprego desse probiótico na alimentação de intolerantes pode melhorar as funções fisiológicas, e auxiliando sua qualidade de vida. Trata-se de uma revisão narrativa, que se utilizou como fonte de levantamento de dados no Google Acadêmico, Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde, Lilacs, Medline e Pub Med, optados por artigos no idioma português, inglês e espanhol entre os anos de 2010 a 2020, sendo do universo encontrado escolhidos 40 artigos que se relacionavam com a temática da pesquisa. O estudo analisado mostra de forma significativa o uso do Kefir no auxílio aos sintomas da intolerância a lactose, pois por ser um leite fermentado interage benéficamente reparando a microbiota intestinal por ser um produto de grãos que contém uma população relativamente estável de microrganismos, com substâncias bioativas, responsáveis pelas propriedades nutracêuticas e a ingestão do iogurte preparado a partir do Kefir, melhora a digestão da lactose, explicada pelo alto nível da atividade da enzima β -galactosidase encontrada no Kefir além do consumo proporcionar uma melhora na qualidade de vida desses pacientes através do uso de probiótico.

PALAVRAS - CHAVE: Kefir, probióticos, intolerância a lactose.

THE USE OF KEFIR IN THE TREATMENT OF LACTOSE INTOLERANCE

ABSTRACT: Fermented milks can be defined as dairy preparations, in which the milk of different animal species undergoes a fermentative process that modifies their sensory characteristics and the kefir is a fermented milk that has several microorganisms in its constitution, which are beneficial to human health, so the objective of this work is to present the benefits, characteristics and influence of the use of kefir in the treatment of lactose intolerance, in order to show how the use of this probiotic in the diet of intolerant people can improve physiological functions, and helping their quality of life. This is a narrative review, which was used as a data collection source in Google Scholar, Scielo, Virtual Health Library, Lilacs, Medline and Pub Med, chosen for articles in Portuguese, English and Spanish between 2010 to 2020, with 40 articles selected from the universe found related to the research theme. The analyzed study shows significantly the use of kefir to help the symptoms of lactose intolerance, since it is a fermented milk that interacts beneficially repairing the intestinal microbiota as it is a grain product that contains a relatively stable population of microorganisms, with bioactive substances, responsible for the nutraceutical properties and the intake of yogurt prepared from kefir, improves the digestion of lactose, explained by the high level of activity of the enzyme β -galactosidase found in kefir, in addition to consumption providing an improvement in the quality of life of these patients through probiotic use.

KEYWORDS: kefir, probiotics, lactose intolerance.

INTRODUÇÃO

O leite materno é o primeiro alimento que se tem contato na primeira fase da vida, é nutricionalmente adequado, sendo, importante para o crescimento e desenvolvimento da criança, o seu uso exclusivo provoca a diminuição da incidência de diarreia, alergias,

doenças infecciosas e diversas outras doenças. Apesar dos pontos positivos, muitas mães iniciam o uso de outros leites antes dos seis meses de idade do bebê. O uso de outros leites, principalmente o de vaca, podem provocar alergias ou lesões no intestino da criança, bem como aparecimento de intolerância alimentar (PASSANHA, 2010).

Dentre essas intolerâncias, temos a lactose que é aplicada ao desenvolvimento de sintomas gastrointestinais após a ingestão de grandes quantidades de alimentos contendo lactose (SZILAGYI e ISHAYEK; 2018). A intolerância à lactose (IL) pode ter seu aparecimento em todas as faixas etárias. Após o desmame, a taxa de lactase reduz causando a hipolactasia primária. A redução da enzima lactase pode aumentar com o decorrer da idade. Além da hipolactasia primária, a intolerância a lactose pode ser oriunda de lesões no intestino delgado. Portanto, pessoas que apresentam doença celíaca, por exemplo, podem facilmente apresentar caso de intolerância à lactose (MATTAR, 2010).

No quadro de intolerância a lactose a deficiência enzimática especificamente a genética, onde a produção da enzima é reduzida, é uma alteração muito rara. Quando a produção de β -galactosidase, popularmente conhecidas como lactase é responsável pela quebra da lactose, se encontra reduzida nas vilosidades do intestino delgado, a lactose não é quebrada totalmente, ocorrendo um aumento da concentração desse dissacarídeo no cólon (PINTO et al., 2015).

Dessa forma a microbiota tem influência sobre diversas funções que ocorrem no nosso organismo e em seu estado normal evitando que microrganismos altamente patogênicos proliferem e por outro lado, se houver qualquer mudança no equilíbrio da microbiota, ela fica vulnerável e propícia a infecções (SANTOS, 2011).

Diante dessa realidade, os lactobacilos e as bifidobactérias, pertencentes ao grupo de bactérias benéficas, estão sendo utilizadas como probióticos para o equilíbrio da microbiota intestinal nos indivíduos que os ingerem. (SANTOS, 2011). Os probióticos são microrganismos vivos que, quando acrescentados à alimentação, são descritos como alimentos funcionais por beneficiarem a saúde do consumidor com risco reduzido de causar doença. A segurança, especificidade, resistência e compatibilidade dos probióticos são fatores que podem ser aplicados como complementos dietéticos. Entre os probióticos mais utilizados encontram-se as bactérias lacto acidófilas dos gêneros *Lactobacillus* e *Bifidobacterium*, e uma levedura não patogênica, a *Saccharomyces boulardii* (NETTO, et al; 2020).

Outro exemplo de probióticos são os leites fermentados, como o Kefir, que podem ser definidos como preparados lácteos, em que o leite de diferentes espécies animais sofre um processo fermentativo que modifica suas características sensoriais (GALLINA, 2012).

Dessa forma, o objetivo desse trabalho é apresentar os benefícios, características e influência do uso do Kefir no tratamento da intolerância a lactose, a fim de mostrar como o emprego desse probiótico na alimentação de intolerantes pode melhorar as funções fisiológicas, e auxiliando sua qualidade de vida.

METODOLOGIA

No desenvolvimento desse estudo de revisão narrativa da literatura utilizou-se as seguintes bases de dados: a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) coordenada pela BIREME, na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no PUBMED da *National Library of Medicine* e no Google Acadêmico. Para a busca nas bases de dados foi utilizado descritores indexados e cadastrados no banco de dados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH).

A busca foi realizada segundo os últimos 10 anos, utilizando os seguintes descritores: intolerância a lactose, kefir, tratamento, microbiota intestinal. Optou-se por pesquisar publicações que relatavam o uso do kefir como forma de tratamento a intolerância a lactose de forma abrangente, sem restringir os achados a questões específicas, e com isso traçar um perfil das publicações a partir de descritores: kefir e intolerância a lactose. A partir da leitura prévia dos títulos e resumos, foram selecionados 19 artigos que abordavam a temática do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Intolerância a Lactose

A lactose é um dissacarídeo redutor sintetizado nas células alveolares das glândulas mamárias. Trata-se de um “açúcar” formado pela junção de dois monossacarídeos: uma molécula de glicose e uma de galactose. Apesar de ser um açúcar, a lactose tem baixo poder adoçante quando se compara ao poder de doçura da frutose, sacarose, glicose e galactose (BACELAR et al, 2013).

Sendo assim a intolerância à lactose é uma reação adversa que não envolve o sistema imunológico e ocorre por causa da deficiência da enzima lactase, sendo classificada como uma intolerância alimentar (ANVISA, 2016).

A intolerância à lactose é uma das desordens genéticas mais comuns, atingindo mais de 46% da população mundial. No Brasil, 88 milhões de pessoas apresentam alguma dificuldade em digeri-la (PROZYN, 2010). A intolerância manifesta-se quando a quantidade ingerida é superior a capacidade de hidrólise do intestino delgado, que promove a chegada da lactose ao colón, onde será fermentada gerando ácidos orgânicos, dióxido de carbono e hidrogênio, que são responsáveis pela diarreia, dor abdominal e pela flatulência (FRANCISCO, 2016).

Além desses sintomas digestivos mais conhecidos e que, em geral, 100% dos intolerantes à lactose apresentam, há outros sintomas extra digestivos. Entre eles, dor de cabeça que 86% dos pacientes apresentam, problema de concentração que 82% dos indivíduos apresentam, fadiga crônica, dor muscular e dor articular que acomete 71% dos intolerantes à lactose (BOURGAIN, 2012). Geralmente os sintomas começam a aparecer

de 30 minutos a 2 horas após a ingestão de algum alimento contendo lactose (BAUDIN, 2010).

O diagnóstico se dá a partir da história de sintomas gastrointestinais após a ingestão de leite, teste anormal de hidrogênio na respiração ou teste de tolerância a lactose anormal (KRAUSE, 2010), que consiste no consumo de 25 a 50g de lactose e os pacientes aguardam de 2 a 3 horas para o aparecimento dos sintomas (MATTAR, 2010).

Com relação as recomendações de produtos, a maioria acredita que indivíduos com intolerância à lactose devem ser encorajados a restringir ao invés de evitar a lactose, com o objetivo de incluir alguns alimentos lácteos na dieta e se beneficiar dos nutrientes associados e de sua maior biodisponibilidade. Porém, a solução mais viável seria que os consumidores deveriam ser educados por profissionais de saúde sobre as diferenças nutricionais entre os produtos lácteos e os substitutos não lácteos e devem ser orientados sobre escolhas saudáveis. A indústria de alimentos também pode fazer sua parte, melhorando os rótulos dos produtos, indicando o teor de lactose e evitando alegações enganosas. O governo seria sensato em introduzir uma legislação que padronize a definição de “sem lactose” e “lactose reduzida” e tornar o conteúdo de lactose obrigatório nos rótulos nutricionais (SZILAGYI e ISHAYEK; 2018).

Tipos de Hipolactasia

A IL pode ser classificada em três tipos: deficiência secundária, congênita e deficiência primária de lactase ou hipolactasia adulta que é a mais frequente delas, o termo hipolactasia significa diminuição na ação da enzima lactase na mucosa do intestino, é caracterizada por alterações nos genes codificadores de lactase devido a fatores hereditários (GASPARIN, 2010).

A deficiência de lactase primária, também conhecida como hipolactasia adulta, lactase não persistente ou deficiência de lactase hereditária, é considerada a maior responsável pelos sintomas de má absorção de lactose, sendo a principal razão para a grande variação de atividade enzimática em diferentes populações o fato de a produção de enzima ser determinada geneticamente, de modo recessivo autossômico, por gene localizado no cromossomo dois. A produção de lactase, quando determinada geneticamente, não poderá ser induzida pela ingestão de lactose. Com base nesses estudos, verificou-se que algumas etnias como africana e asiática são mais propensas a desenvolver a hipolactasia (DIETRICH, 2011).

Enquanto a hipolactasia adquirida secundária ou deficiência secundária da lactase pode ocorrer em decorrência de doenças que afetam a borda da mucosa do intestino, enterite regional, infecção por *Ascaris lumbricoides*, diarreia infecciosa, intestino curto, sendo esta transitória e reversível mediante a tratamento (GASPARIN, 2010).

A intolerância à lactose congênita é uma herança genética autossômica recessiva, apesar de ser rara é uma condição extremamente grave por se iniciar na infância período

em que a dieta é exclusivamente a base de leite, sendo o diagnóstico precoce de extrema importância, pois pode levar ao óbito. Assim como a hipolactasia primária, essa doença também apresenta mutações no gene *LCT* que codifica a enzima lactase precisamente no homozigoto *nonsense* (mutação sem sentido) c.4170-A (Y1390X) (UCHIDA et al., 2012).

A intolerância congênita à lactose difere da hipolactasia primária por se tratar da ausência total ou parcial da enzima lactase e não uma diminuição severa na expressão enzimática como na hipolactasia primária (MATTAR et al., 2012; MATTAR e MAZO, 2010).

Kefir

Trata-se de uma mistura probiótica, com culturas de microrganismos simbióticos, formada por bactérias acidófilas e leveduras, originária das montanhas Caucásicas da Rússia. O kefir tornou-se popular em vários países, dos quais, a Rússia, o Canadá, a Alemanha, a Suécia e a Romênia sendo produzido para fins comerciais e consumido em quantidades apreciáveis. No entanto, a cultura da produção em larga escala ainda não é difundida em boa parte do mundo, sendo confeccionado de forma artesanal e para consumo próprio, inclusive no Brasil (WESCHENFELDER e WENDLING, 2013).

O kefir é um produto caseiro, fermentado em temperatura ambiente, sendo portanto, difícil de controlar a temperatura de fermentação, faltando assim, uma padronização no pH do produto final. O produto obtido em dias quentes será mais ácido do que o obtido em dias frios. O pH baixo representa um fator intrínseco inibitório para muitos micro-organismos, o que seria desejável em se tratando do efeito antimicrobiano do produto frente às bactérias patogênicas. No entanto, produtos demasiadamente ácidos tendem a desagradar o consumidor (CAETANO e MONTANHINI, 2014).

Os grãos de Kefir são compostos por uma diversidade microbiológica elevada, que inclui espécies de bactérias do ácido láctico, bactérias do ácido acético e leveduras fermentadoras de lactose (*Kluyveromyces marxianus*) e leveduras não fermentadoras de lactose (*Saccharomyces omnisporus* e *Saccharomyces cerevisiae* e *Saccharomyces exiguus*), *Lactobacillus casei*, *Bifidobacterium* sp. e *Streptococcus salivarius* subsp. *Thermophilus* com a contagem mínima de 10⁷ (ufc/g) de bactérias lácticas totais e de 10⁴ (ufc/g) de leveduras específicas e de 0,5 a 1,5 de Etanol (% v/m), permanecendo ativos, viáveis, e abundantes no produto. Por essas características, o kefir pode ser considerado um probiótico (STURMEN, 2012).

O kefir pode ser cultivado em açúcar mascavo, leite ou sucos de frutas, sendo sua coloração dependente do substrato utilizado para cultivo. A composição microbiana pode variar em número e espécies de acordo com a fase de fermentação (ácido ou álcool) e as condições ambientais de inoculação, resultando em uma massa ligeiramente azeda, cujos vários microrganismos, que se associam simbioticamente, parecem conferir ao alimento propriedades terapêuticas (SANTOS, 2015).

Leites fermentados com o kefir apresentam vários micro-organismos em sua

constituição, que são benéficos à saúde humana. Estudos avaliaram a composição química e microbiológica do kefir e identificaram 359 micro-organismos em sua composição, entre eles *Saccharomyces cerevisiae* e *Lactobacillus paracasei* sendo essa última a mais abundante, o que comprova sua presença em derivados lácteos fermentados e atribui potencial probiótico a este alimento (MAGALHÃES et al., 2011).

Assim como acontece com outros produtos lácteos fermentados, o Kefir também tem sido associado há uma variedade de benefícios para a saúde, como o metabolismo de colesterol, inibição da enzima conversora de angiotensina (ECA), atividade antimicrobiana, supressão de tumores, aumento da velocidade de cicatrização de feridas, modulação da resposta do sistema imune, incluindo o alívio da alergia e asma (BOURRIE et al., 2016).

Segundo Ahmed, 2013, este alimento possui essencialmente os mesmos componentes que seriam encontrados em sua matéria-prima. Sendo assim, se for um kefir produzido a partir do leite de vaca, ele apresentará basicamente os mesmos nutrientes contidos nesse leite. Porém, pode haver um aumento de algumas vitaminas, como piridoxina (vitamina B6), folato (vitamina B9), cobalamina (vitamina B12) e biotina (AHMED, 2013).

Dessa forma, os lactobacilos presentes em probióticos, como o kefir, possuem uma particular importância para os indivíduos intolerantes a lactose, devido a capacidade de diminuir a concentração da lactose por sua hidrólise durante a fermentação, aumentar a atividade da enzima lactase no intestino delgado e diminuir a velocidade do esvaziamento gástrico, que também influencia na melhor digestão da lactose (PINTO, et al., 2018).

Entre os tipos de kefir os mais conhecidos são o kefir de água que é uma bebida probiótica fermentada por uma cultura de bactérias e leveduras diferentes, seus grãos são transparentes, se alimentam de basicamente açúcar mascavo, se multiplicam, consomem o açúcar, potencializam os minerais e em troca, te dão uma bebida refrescante e levemente gaseificada (HSIEH et al., 2012).

Enquanto o kefir de leite pode ser feito a partir de qualquer tipo de leite de origem animal. Tem aparência de uma massa branca e gelatinosa, composta por proteínas, lípidos e mucopolissacarídeo solúvel (kefirano). Os grãos de Kefir cultivados em leite são compostos por um complexo heteropolissacarídeo denominado kefirano, enquanto aqueles cultivados em água com açúcar mascavo são compostos por dextrano (HSIEH et al., 2012). No entanto, os grãos de Kefir também podem ser cultivados em bebida de soja ou sucos de frutas, sendo a coloração dos mesmos dependentes do substrato utilizado para o cultivo. A composição microbiológica dos mesmos depende da origem, das condições de cultivo e de armazenamento (MIGUEL et al., 2010).

A composição da bebida de Kefir é influenciada pela quantidade de gordura do leite, composição microbiológica dos grãos ou culturas e processo de produção do Kefir. O pH característico do Kefir encontra-se entre 4,2 a 4,6 (MONTANUCI., 2010).

Em humanos, a dosagem de Kefir necessária para obter mudanças benéficas nos níveis séricos de glicose segundo Ostadrahimi (2015) seria de 600ml/dia, enquanto no

estudo de Judiono (2014) demonstra, que a ingestão de 200ml de Kefir por dia, pode também trazer estes benefícios.

Fisiopatologia da Intolerância

A lactase age sobre a lactose presente no leite quebrando suas ligações e produzindo D-glicose e D-galactose, as quais são açúcares mais solúveis e de absorção mais rápida. Durante essa reação é utilizada apenas uma molécula de água (BACELAR et al, 2013).

Durante a processo, a glicose entra para o pool de glicose do intestino, e a galactose é metabolizada no fígado para ser convertida em glicose. Caso a galactose não seja metabolizada no fígado, o é pelos eritrócitos, ou é eliminada na urina. A concentração de enzima lactase na mucosa intestinal varia, sendo a atividade no duodeno 40% menor do que no jejuno. A lactose, não sendo hidrolisada, não é absorvida no intestino delgado e passa rapidamente para o cólon. No cólon, a lactose é convertida em ácidos graxos de cadeia curta, gás carbônico e gás hidrogênio pelas bactérias da flora, produzindo acetato, butirato e propionato. Os ácidos graxos são absorvidos pela mucosa colônica, desta forma recuperando a lactose mal absorvida para utilização energética (MATTAR et al, 2010).

Quando a capacidade da absorção do intestino delgado é ultrapassada, a lactose chega ao colón, onde será fermentada por bactérias da microbiota resultando em gases CO e H₂ e ácidos de cadeia curta. Com isto, as fezes ficam mais acidificadas, líquidas ocasionando a distensão abdominal e hiperemia perianal, sintomas comuns da intolerância a lactose (LIBERAL et al.,2012).

A fermentação da lactose pela flora bacteriana leva ao aumento do trânsito intestinal e da pressão intracolônica, podendo ocasionar dor abdominal e sensação de distensão abdominal. A acidificação do conteúdo colônico e o aumento da carga osmótica no íleo e cólon resultante da lactose não absorvida levam à grande secreção de eletrólitos e fluidos, além do aumento do trânsito intestinal, resultando em fezes amolecidas e diarreia (LOMER, 2008).

Kefir e sua ação na Intolerância a Lactose

Os probióticos são benéficos à saúde humana, pois aliviam e ajudam aqueles que são intolerantes à lactose. Esses têm como mecanismo de ação a diminuição na concentração da lactose em produtos fermentados; a maior atividade da lactase em preparações bacterianas que são usadas na fabricação dos produtos e a maior atividade da enzima lactase que chega ao intestino delgado junto com o produto fermentado ou dentre as bactérias viáveis capazes de sobreviver à acidez e à bile (PIMENTEL, 2011).

Para ser considerado um probiótico, o microrganismo deverá ser resistente ao suco gástrico e à bile, para garantir a viabilidade e manter sua atividade no intestino. Por sua vez, o Kefir é um leite fermentado, ácido, levemente alcoólico, produzido a partir de grãos que contém uma população relativamente estável de microrganismos, o

seu processo fermentativo resulta em uma série de compostos que conferem sabor e aroma característicos, além de substâncias bioativas, responsáveis pelas propriedades nutraceuticas (DIAS et al., 2016).

Sendo assim os leites fermentados contêm probióticos em sua composição e apresentam vantagens como o controle da microbiota intestinal, melhor digestão da lactose para intolerantes ao carboidrato, estímulo do sistema imune e redução do quadro de constipação (OLIVEIRA, 2011).

As bactérias como *Lactobacillus acidophilus* encontradas em leites fermentados, também produzem essa enzima, o que possibilita que as moléculas de lactose presente no leite sejam clivadas em moléculas menores, facilitando sua digestão e beneficiando assim as pessoas com intolerância à lactose (SAAD, 2006; THAMER e PENNA, 2006).

Segundo o estudo de Rosa et al., 2017, o consumo regular de kefir foi associado a uma melhor digestão e tolerância à lactose, efeito antibacteriano, efeito hipocolesterolêmico, controle da glicose plasmática, efeito anti-hipertensivo, efeito anti-inflamatório, atividade antioxidante, atividade anti-carcinogênica, atividade antialérgica e efeitos na cicatrização. Além disso, há uma grande proporção de estudos que sustentam esses achados, no qual foram realizadas in vitro ou em modelos animais, desta forma podemos enfatizar o kefir como um grande alimento probiótico.

Por sua vez a ingestão do iogurte preparado a partir do Kefir, melhora a digestão da lactose, o que é explicado pelo alto nível da atividade da enzima β galactosidase encontrada no Kefir, além disso o trânsito intestinal de leites fermentados é mais rápido que o do leite (CARNEIRO, 2010).

Nesse sentido, pesquisadores (THOMAS et al., 2011; THOMAS; OCKHUIZEN, 2012) propuseram o uso de *Streptococcus thermophiles*, uma bactéria capaz de metabolizar à lactose como um modelo metabólico para o uso de carboidrato no intestino e demonstraram, através de dados recentes, que o consumo de iogurte contendo esses microrganismos é capaz de aliviar os sintomas da intolerância à lactose.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo analisado mostra o uso do Kefir no auxílio ao tratamento da intolerância a lactose melhora a digestão da lactose, explicada pelo alto nível da atividade da enzima β -galactosidase encontrada no Kefir além do consumo proporcionar uma melhora na qualidade de vida desses pacientes através do uso de probiótico, demonstrando seus efeitos e benefícios para a melhora do quadro clínico dessa patologia. É importante ressaltar que apesar da maioria dos resultados encontrados, tenham apresentado efeitos positivos, a temática ainda é recente e necessita de novos estudos, principalmente pesquisas de longo prazo para avaliar melhor o mecanismo de ação e os reais benefícios do uso desse probiótico.

REFERENCIAS

ABATH, TN. **Substitutos de leite animal para intolerantes à lactose**. 34f. TCC (Graduação em Nutrição) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília – DF, 2013.

AHMED, Z. et al. **Kefir and Health: A Contemporary Perspective**. Critical Reviews in Food Science and Nutrition, v. 53 (5), p. 422-434, 2013.

BAUDIN, B. **Les intolerances héréditaires aux disaccharides ou aux oses simples**. Revue francophone des laboratoires. Septembre/octobre, 2010.

BURGIN, J. et al. **Maldigestion du lactose: formes cliniques et solutions thérapeutiques**. Cahiers de nutrition et de diététique, v.47, p.201-209.2012.

BRASIL. **Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento**. Instrução Normativa nº 46, de 23 de outubro de 2007. Adota o Regulamento Técnico de Identidade e Qualidade de Leites Fermentados, anexo à presente Instrução Normativa. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 24 out. 2007. Seção 1, p.4.

BOURLIOUX, P. et al. **Yaourts et autres laits fermentés**. Cahiers de nutrition et dietetiques, v.46, p.305-314, 2011.

BOURRIE B.; WILLING B.; COTTER P. **The Microbiota and Health Promoting Characteristics of the Fermented Beverage Kefir**. Frontiers in Microbiology, Suíça, v. 7, n. 647, p. 1-17, 2016.

CAETANO, D.R; MONTANHINI, M.TM. **Análise Microbiológica de Leite Fermentado Kefir Produzido com Leite Contaminado por Escherichia Coli**. Revista Brasileira de Pesquisa em Alimentos v. 5, n. 1, p. 33–38, julho 2014.

CARNEIRO, R. P. **Desenvolvimento de uma cultura iniciadora para produção de Kefir**. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciência de Alimentos) – Faculdade de 375 Farmácia, Universidade de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

DIAS, P. A.; ROSA, J. V.; TEJADA, T. S.; TIMM, C. D. **Propriedades antimicrobianas do kefir**. Arquivos do Instituto Biológico, v. 83, p. 1-5, 2016.

DIETRICH, J. M. **Intolerância a lactose, um nicho de mercado a ser explorado**. Revista Leite 2011.

FRANCISCO D.C. **Kefir: uma alternativa funcional?** [monografia]. Brasília: Universidade Católica De Brasília, Escola de Saúde, 2016.

GALLINA, D. A. et al. **Caracterização de bebida obtida a partir de leite fermentado simbiótico adicionado de polpa de goiaba e avaliação de viabilidade das bifidobactérias**. Revista do Instituto de Laticínios Cândido Tostes. Juiz de Fora, v. 67, n. 386, p. 45-54, 2012.

GASPARIN FSR, Carvalho JMT, Araujo SC. **Alergia A Proteína Do Leite De Vaca Versus A Intolerância À Lactose: As diferenças e semelhanças**. Revista Saúde e Pesquisa. 2010; 3 (n. 1): 107-114.

HSIEH, H.H.; et al. **Effects of cow's and goat's milk as fermentation media on the microbial ecology of sugary kefir grains.** International Journal of Food Microbiology, (2012), doi: 10.1016/j.jfoodmicro.2012.04.014.

JUDIONO, Y. et al. **Effects of clear Kefir on biomolecular aspects of glycemic status of type 2 diabetes mellitus (T2DM) patients in Bandung, West Java [study on human blood glucose, c peptide and insulin].** Functional foods in health and disease, Texas, v. 4, n. 8, p. 340-348, 2014.

LIBERAL, E. F. et al. **Gastroenterologia Pediátrica.** 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

LOMER, M. C. E. et al. **Review article: lactose intolerance in clinical practice - myths and realities.** Alimentary Pharmacology and Therapeutics, v. 27, n. 2, p. 93-103, 2008.

MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia. **Krause : Alimentos, nutrição e dietoterapia.** 12.ed. São Paulo: Roca, 2010.

MATTAR, R.; DE CAMPOS MAZO, D. F.; CARRILHO, F. J. **Lactose intolerance: diagnosis, genetic, and clinical factors.** Clinical and experimental gastroenterology, v. 5, p. 113–21, jan. 2012.

MATTAR, R.; MAZO, D. F. DE C. **Intolerância à lactose: mudança de paradigmas com a biologia molecular.** Revista da Associação Médica Brasileira, v. 56, n. 2, p. 230–236, 2010.

MIGUEL, M. G. C. P.; CARDOSO, P. G.; LAGO, L. A.; SCHWAN, R. F. **Diversity of bacteria present in milk kefir grains using culture-dependent and culture-independent methods.** Food Research International, v. 43, p. 1523–1528, 2010.

MONTANUCI, Flávia Daiana . **Bebidas de Kefir com e sem inulina em versões integral e desnatada: elaboração e caracterização química, física, microbiológica e sensorial.** Londrina - PR . Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Londrina. 2010.

MOREIRA, M. E. C.; PERREIRA, M. S.; V. F. **Atividade Antiinflamatório de Carboidrato Produzido por Fermentação Aquosa de Grãos de Kefir.** Quím. Nova, São Paulo, 30 abril 2008. p 1738-1742.

NETTO, A. G., FERREIRA, L. F., & KARIM, M. M.. **A utilização de probióticos como terapia adjuvante no tratamento de intolerância à lactose uma revisão narrativa.** REVISTA SAÚDE MULTIDISCIPLINAR. (2020)

OLIVEIRA, C.P. **Leite fermentado probiótico e suas implicações na saúde.** Revista verde, v.6, n.3, p.25-31, julho/setembro, 2011.

ORDÓÑEZ, J.A. et al. **Tecnologia de alimentos: alimentos de origem animal.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

OSTADRAHIMI, A. et al. **Effect of Probiotic Fermented Milk (Kefir) on Glycemic Control and Lipid Profile In Type 2 Diabetic Patients: A Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Clinical Trial.** Iranian Journal of Public Health, Irã, v. 44, n. 2, p. 228–237, 2015.

PINTO, L.P.S et al. **O uso de probióticos para o tratamento do quadro de Intolerância à Lactose.** Revista Ciencia & Inovação - FAM - V.2, N.1 - DEZ – 2018.

PROZYN. **Produtos com baixa lactose**. Informação técnica. 2010.

ROSA, D. D. et al. **Milk kefir: nutritional, microbiological and health benefits**. Nutrition Research Reviews, [s. l.], v. 30, n. 1, p. 82-96, jun. 2017.

SANTOS, R. B; BARBOSA, L. P. J. L; BARBOSA, F. H. F. **Probióticos: microrganismos funcionais**. Ciência Equatorial, Amapá, v. 1, n. 2, p. 26-38, 2011.

SANTOS, Fernando Lima. **Kefir. Propriedades funcionais e gastronômicas**. Ano de publicação: 2015. 1 ed. Editora. Associação Brasileira de Editoras Universitárias.

SILVA, TB. **Kefir como adjuvante dietoterápico nas doenças crônicas não transmissíveis: Um estudo de revisão**. 18f. TCC (Graduação em Nutrição) – Escola de Nutrição, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, 2013.

Shils ME, Caballero B, Cousins RJ, Shike M, Ross AC. **Nutrição Moderna: Na saúde e Na doença**, 10 ed. São Paulo: Manole; 2009. 2222 p.

SPADOTI, L. M. et al. **Vida útil de leite desnatado pasteurizado lactose-hidrolisado microfiltrado**. UNOPAR Científica, Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 12, p. 61-65, 2010.

STURMER, E. S. et al. **A importância dos probióticos na microbiota intestinal humana**. Revista Brasileira de Nutrição Clínica, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 264-272, fevereiro 2012.

Szilagyi A, Ishayek N. **Lactose Intolerance, Dairy Avoidance, and Treatment Options**. *Nutrients*. 2018;10(12):1994. Published 2018 Dec 15.

UCHIDA, N. et al. **Two novel mutations in the lactase gene in a Japanese infant with congenital lactase deficiency**. The Tohoku journal of experimental medicine, v. 227, n. 1, p. 69–72, jan. 2012.

WESCHENFELDER, Simone; WENDLING, Luana Katzuke. **Probióticos e Alimentos Lácteos Fermentados – Uma revisão**. Rev. Inst. Laticínios Cândido Tostes, Juiz de Fora, v. 68, nº. 395, p. 49-57, nov/dez., 2013 Pág. 49.

CAPÍTULO 15

OS RISCOS DA UTILIZAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS DURANTE A GESTAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/04/2021

Mestre em Ciências da Saúde
Macapá - Amapá, Brasil

Rosana Oliveira do Nascimento

Docente de enfermagem da Universidade
Federal do Amapá (Unifap)
Mestre em Saúde Coletiva. Macapá
Amapá, Brasil

Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco

Docente de enfermagem da Universidade
Federal do Amapá (Unifap)
Doutora em Enfermagem. Macapá
Amapá, Brasil

Rubens Alex de Oliveira Menezes

Docente de enfermagem da Universidade
Federal do Amapá (Unifap)
Doutor em Biologia de Agentes Infecciosos e
Parasitários. Macapá
Amapá, Brasil

Israel Pacheco Gonçalves

Discente do curso de enfermagem da
Faculdade Madre Tereza - Santana
Amapá, Brasil

Maria Antonia de Souza Santos

Discente do curso de enfermagem da
Faculdade Madre Tereza - Santana
Amapá, Brasil

Patrick Pantoja Martel

Discente do curso de enfermagem da
Faculdade Madre Tereza - Santana
Amapá, Brasil

Maurício José Cordeiro Souza

Docente do curso de enfermagem da
Faculdade Madre Tereza - Santana
Amapá, Mestre em Ciências da Saúde
Macapá - Amapá, Brasil

Edmundo de Souza Moura Filho

Docente de enfermagem da Universidade
Federal do Amapá (Unifap)
Especialista em Saúde Pública
Macapá - Amapá, Brasil

José Luiz Picanço da Silva

Docente de enfermagem da Universidade
Federal do Amapá (Unifap)
Especialista em Enfermagem Cirúrgica
Macapá - Amapá, Brasil

Dirley Cardoso Moreira

Docente de enfermagem da Universidade
Federal do Amapá (Unifap)

RESUMO: No Brasil, há políticas voltadas para as práticas integrativas em saúde que estimulam a orientação de profissionais para o uso de plantas medicinais e de fitoterápicos. Entretanto, no período gestacional, há várias restrições no seu uso, com resoluções publicadas no país. Ademais o uso de plantas medicinais e fitoterápicos durante a gestação é uma prática comum na Amazônia, utilizada por mulheres que acham inofensivos a saúde por serem produtos naturais. Diante dessa realidade, o presente trabalho tem por objetivo de identificar na literatura os riscos que as plantas medicinais podem ocasionar durante a gestação. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura (RIL),

onde foi realizada a busca de artigos publicados entre os anos de 2015 a 2020, utilizando os Descritores de Ciências da Saúde (DeCS), com o agrupamento dos seguintes descritores: Plantas Medicinais, Riscos, Gravidez e Enfermagem na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com indexação na base de dados da Lilacs e Scielo. Foram encontrados 10 artigos que condiziam com a proposta do estudo, sendo 06 na base de dados da Lilacs e 04 na base de dados da Scielo. Nas literaturas utilizadas evidenciou-se que diversas espécies são capazes de oferecer risco durante a gestação por apresentarem potencial embriotóxico, teratogênico e abortífero. Entre as espécies destacaram-se a *Chamomilla recutita* (camomila) e a *Plectranthus barbatus* (boldo). A utilização de plantas medicinais deve ser sempre acompanhado de cuidados, pois as mesmas possuem substâncias potencialmente ativas e tóxicas. Torna-se importante o desenvolvimento de atividades de Educação em Saúde, adotando ferramentas didáticas durante as consultas de pré-natal, para melhor investigar e orientar quanto aos riscos e benefícios da utilização de plantas medicinais durante a gravidez.

PALAVRAS - CHAVE: Plantas Medicinais, Gravidez, Enfermagem.

THE RISKS OF USING MEDICINAL PLANTS DURING PREGNANCY: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: In Brazil, there are policies aimed at integrative health practices that encourage the guidance of professionals in the use of medicinal plants and herbal medicines. However, during pregnancy, there are several restrictions on its use, with resolutions published in the country. In addition, the use of medicinal plants and herbal medicines during pregnancy is a common practice in the Amazon, used by women who find their health harmless because they are natural products. Given this reality, the present study aims to identify in the literature the risks that medicinal plants can cause during pregnancy. This is an integrative literature review (RIL), where the search for articles published between the years 2015 to 2020 was carried out, using the Health Sciences Descriptors (DeCS), with the grouping of the following descriptors: Medicinal Plants, Risks, Pregnancy and Nursing at the Virtual Health Library (VHL), indexed in the Lilacs and Scielo database. 10 articles were found that matched the proposal of the study, 06 in the Lilacs database and 04 in the Scielo database. In the literature used, it was evidenced that several species are able to offer risk during pregnancy because they have embryotoxic, teratogenic and abortion potential. Among the species, *Chamomilla recutita* (chamomile) and *Plectranthus barbatus* (boldo) stood out. The use of medicinal plants must always be accompanied by care, as they contain potentially active and toxic substances. It is important to develop Health Education activities, adopting didactic tools during prenatal consultations, to better investigate and advise on the risks and benefits of using medicinal plants during pregnancy.

KEYWORDS: Medicinal plants, Pregnancy, Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Desde o início da civilização, as gestantes têm recorrido as plantas para melhorar ou reduzir diversos sintomas presentes no período gravídico. Atualmente, apesar da diversidade de medicamentos disponíveis, a fitoterapia continua muito popular em todo o

Brasil e sua procura tem aumentado de forma progressiva em muitas regiões brasileiras (BORGES; SALES, 2018).

Segundo dados de Brasil (2012), 80% da população mundial faz uso de alguma espécie de planta medicinal para aliviar algum sintoma. Estudo realizado por Zeni et al (2017) citam que cerca de 91,9% da população brasileira recorre a este tipo de terapia, sendo que, destes 46% cultiva plantas medicinais em suas residências.

Em comunidades mais desprovidas, o uso da fitoterapia pelas gestantes é o único recurso disponível como medida preventiva e curativa de determinadas patologias, uma vez que, a disponibilidade deste recurso é abundante, e geralmente é influenciada por parteiras e curandeiros locais, que na maioria dos casos é oferecida em forma *natura*, drogas vegetais secas e preparados artesanalmente, como as garrafadas (ZENI et al., 2017).

Duarte et al (2017) informam que as preparações fitoterapêuticas são mais seguras e menos tóxicas. Contudo, há preocupações em relação a qualidade, segurança das preparações terapêuticas artesanais, com cunho farmacológico e toxicológico não estão, bem claras podendo oferecer risco à saúde (gestantes). É necessário conhecer as interações medicamentosas entre os fitoterápicos e os medicamentos produzidos pela indústria farmacêutica só assim podemos evitar efeitos teratogênicos no feto, e danos à saúde da mãe, neste contexto o cuidado da enfermagem é crucial para evitar tais desfechos negativos (CARDOSO; AMARAL, 2019).

Em vista disso, surgiu a seguinte dúvida: quais os riscos em utilizar plantas medicinais durante a gestação? O estudo se fundamenta pela importância e pela atualidade do tema e deseja-se que essa pesquisa venha contribuir para o aprimoramento e melhor qualificação profissional Enfermeiro e com isso, traga melhoria durante as assistências em situações de risco, enfatizando o princípio do atendimento humanizado preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) durante as consultas de pré-natal. Então, considerando os aspectos descritos, este artigo teve como objetivo geral: Identificar na literatura os riscos que as plantas medicinais podem ocasionar durante a gestação. Adicionalmente a pesquisa ainda desdobrou-se com os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as plantas medicinais amazônicas mais utilizadas pelas gestantes;
- Identificar os principais efeitos causados pelo uso das plantas medicinais durante a gestação;
- Especificar as orientações do profissional Enfermeiro sobre uso de plantas medicinais durante as consultas de pré-natal.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de natureza quanti-qualitativa, apresentado sobre a forma de revisão integrativa da literatura. Tal estudo, conforme Prodanov e Freitas (2013) permite reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre determinado tema ou questão de maneira sistemática e ordenada possibilitando conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, pois oferece uma fonte de conhecimento atual sobre o problema e determina a importância e utilidade acerca do mesmo.

Em seguida foi realizada a busca durante o período de coleta de dados, nas seguintes bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), para o levantamento dos achados na literatura, para tanto, foram utilizados os seguintes descritores: “Plantas Medicinais”, “Riscos”, “Gravidez” e “Enfermagem”, todos pertencentes aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Os critérios de inclusão considerados foram: artigos disponíveis nas bases de dados escolhidas de acesso público, escritos no idioma português (Brasil) e inglês, disponíveis online e na íntegra, indexados entre o período de 2015 a 2020. Foram excluídas todas as publicações que não estivessem em formato de artigo científico como livros, teses, monografias, editoriais e resenhas. Depois de realizado o levantamento preliminar nas bases de dados por meio dos descritores, foram encontrados 1.495 artigos, sendo, 821 artigos na SCIELO e 674 artigos na LILACS.

A seguir foi utilizado o filtro Assuntos Principais: plantas medicinais que se deu em 628 publicações. Após, foi utilizado como filtro Limite: gravidez e enfermagem, que se deu em 241 publicações. Seguindo, foram utilizados como filtro Idioma: português e inglês que se deu em 168 publicações das 1.495 iniciais. Dando continuidade, foi realizado o filtro Ano: 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020 que se deu em 41 publicações.

Nesta etapa, após a leitura dos títulos e resumos (abstracts), foram excluídos os artigos repetidos nas duas bases de dados e as publicações que não estivessem relacionadas à temática proposta nesta revisão.

Aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 10 artigos para compor a presente revisão integrativa, os quais atendiam fielmente os critérios de inclusão estabelecidos. Por fim, realizou-se a caracterização dos artigos selecionados por meio de classificações e variáveis observadas através de uma tabela contendo: Autores/ Revista/ Ano/Base de dados, título, objetivo e resultados.

3 | RESULTADOS

No quadro 1 estão expostas as informações sobre os artigos selecionados para compor esse estudo que tinham como metodologia pesquisas de revisão integrativa da literatura, prospectiva, exploratória, descritiva e análises experimentais.

Nº	Autores/ Revista/ Ano/Base de dados.	Título	Objetivo	Conclusão
A1	Borges e Oliveira, Revista Uniandrade, 2015. Lilacs.	Riscos associados ao uso de plantas medicinais durante o período da gestação: uma revisão.	Avaliar através de uma revisão bibliográfica, os potenciais riscos do uso de plantas medicinais mais comuns utilizadas durante a gestação e amamentação.	Identifica-se a necessidade de serem desenvolvidos estudos baseados na perspectiva do conhecimento populacional sobre o uso de plantas medicinais na gestação, levando em consideração que diversas espécies utilizadas no período gestacional.
A2	Anhesi et al., Rev. Latino-Americano Enfermagem, 2016. SciELO.	Uso de plantas medicinais na gestação.	Identificar quais espécies de plantas medicinais mais usadas pelas gestantes.	Este estudo verificou que para a maioria das plantas medicinais não há dados a respeito da segurança de uso durante a gravidez. Os dados existentes são escassos e muitas vezes contraditórios.
A3	Gorriil et al., Rev. Arq. Cienc. Saúde UNIPAR, 2016. Lilacs.	Risco das plantas medicinais na gestação: uma revisão dos dados de acesso livre em língua portuguesa.	Investigar quais as espécies que podem acarretar algum risco durante a gestação.	A literatura disponível para a população em geral evidenciou que diversas espécies são capazes de oferecer risco durante a gestação por apresentarem potencial embriotóxico, teratogênico e abortífero.
A4	Duarte <i>et al.</i> , Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 2017. SciELO.	O uso de plantas medicinais durante a gravidez.	Realizar um levantamento bibliográfico com o propósito de apresentar questões relacionadas ao uso de plantas medicinais durante a gravidez.	O uso irrestrito de plantas medicinais é equivocada, perigosa e portanto, merece atenção de órgãos reguladores, profissionais da área da saúde e comunidade acadêmica com o objetivo de informar e contribuir para uma melhor prática e emprego das plantas medicinais e produtos fitoterápicos.
A5	Nascimento Júnior et al., Rev. Bras. plantas med, 2017. Lilacs.	Avaliação do conhecimento e percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre o uso de plantas medicinais e fitoterapia.	Verificar se os enfermeiros percebem a importância, utilização e indicações de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.	Observa-se a necessidade de capacitação e motivação desses profissionais para a utilização correta e segura das Plantas Medicinais e Fitoterapia.
A6	Nunes e Maciel, Rev. Fitos Eletrônica, 2017. SciELO.	A importância da informação do profissional de enfermagem sobre o cuidado no uso das plantas medicinais: uma revisão de literatura	Advertir sobre o uso correto de plantas medicinais/fitoterápicos, para que os profissionais de enfermagem adquiram um maior conhecimento técnico/científico para orientar os pacientes adequadamente.	A falta de conhecimento e o pouco incentivo para estudar as PICs, entre os profissionais de enfermagem, fazem com que os mesmos fiquem desprovidos de informações fidedignas para esclarecer as dúvidas dos pacientes sobre o uso correto, desestimulando assim o uso desta terapia alternativa.

A7	Oliveira et al., Rev. Uniandrade, 2017. Lilacs.	Fitoterapia na atenção básica: estudo com profissionais enfermeiros	Investigar a compreensão de enfermeiros sobre a Fitoterapia e averiguar as estratégias necessárias para a consolidação desta prática na Atenção Básica	As categorias demonstraram a falta de compreensão dos enfermeiros acerca da Fitoterapia e de suas políticas, assim como estratégias necessárias para a consolidação desta na Atenção Básica.
A8	Silva e Santana, Rev. Bras. de Saúde Pública, 2018. Scielo.	Os riscos do uso de plantas medicinais durante o período gestacional: uma revisão bibliográfica	Identificar as plantas medicinais utilizadas por gestantes capazes de provocar efeitos nocivos à gestação, assim como descrever os principais metabólitos secundários responsáveis por estes efeitos.	Os estudos apontaram muitos riscos oferecidos pelas plantas medicinais utilizadas na gestação, sugere-se o uso controlado destes tratamentos durante o período gestacional com o devido acompanhamento médico.
A9	Cardoso e Amaral, Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 2019. Lilacs.	O uso da fitoterapia durante a gestação: um panorama global	Realizar uma revisão integrativa da literatura sobre a prevalência do uso da fitoterapia durante a gestação.	Os dados mostram que o uso da fitoterapia durante a gestação é uma prática disseminada entre mulheres de todo o mundo, independentemente das variáveis socioeconômicas e étnico-culturais que eventualmente possam distingui-las.
A10	Lima et al., Rev. Uniandrade, 2020. Lilacs.	Plantas Medicinais utilizadas por gestantes em UBS.	Verificar a utilização de plantas medicinais por gestantes em Unidades Básicas de Saúde (UBS).	Observou-se que as gestantes não possuíam o conhecimento necessário sobre utilização de plantas medicinais, evidenciando a necessidade de atenção dos profissionais de saúde, alertando-as para os possíveis riscos abortivos, teratogênico e/ou embriotóxico e perigos de intoxicações com a utilização das plantas medicinais durante o período gestacional.

Quadro 1: Distribuição dos artigos segundo título, autores, ano, objetivos e conclusão das publicações selecionadas para estudo.

4 | DISCUSSÃO

Riscos do uso de plantas medicinais durante a gestação

Conforme apontam os resultados presentes nos A4 e A8, a gestação é um período que requer cuidados especiais, principalmente no primeiro trimestre de gestação, considerado o mais crítico. A escolha pelo uso de plantas medicinais, gera muita preocupação entre os autores do estudo A8, porque habitualmente são utilizadas sem o conhecimento científico de seus efeitos adversos, bem como os prejuízos que podem trazer a saúde da gestante. Ressalta ainda que, os danos causados pelas plantas dependem da dose administrada, da idade gestacional, o modo de preparo e qual planta foi utilizada.

De acordo com Costa et al (2017) a utilização de plantas medicinais deve ser sempre acompanhada de cuidados, pois as mesmas possuem substâncias potencialmente ativas e tóxicas, em muitos casos sem comprovação científica de sua eficácia e segurança. Por este motivo, as plantas podem causar reações adversas desde alergias na pele e mucosas até distúrbios cardiovasculares, respiratórios, metabólicos, gastrintestinais e neurológicos.

Para A1 o efeito nocivo mais frequente entre gestantes é o aborto, ocasionando a interrupção da gravidez pela morte do embrião ou feto, junto com os anexos, causados pelos usos de chás e infusão de plantas medicinais. Entretanto para A1, A8 e A10, os principais efeitos são os embriotóxicos, teratogênicos e abortivos, pois toxinas vegetais presentes nessas plantas podem atravessar a barreira placentária e induzir malformação em embriões e fetos em desenvolvimento (ANDRADE, 2017).

A embriotoxicidade segundo Andrade (2017) acontece quando um agente químico produz efeitos tóxicos que podem causar perturbações no desenvolvimento embrionário, podendo ser reversível ou não, dependendo da capacidade de regeneração do tecido lesado, podendo ter como consequência o aborto.

Em A2, A4, A7 e A8, a teratogenicidade ocorre quando um agente químico é capaz de alterar de forma irreversível o desenvolvimento estrutural ou funcional do embrião ou feto, acarretando má formação seletiva para alguns órgãos-alvo, como por exemplos aqueles que estão diretamente ligados à formação dos membros inferiores e superiores. O risco para malformações congênitas foi detalhadamente descrito por Brito et al (2014), em um estudo do tipo caso-controle de base hospitalar com a finalidade de estimar a frequência do uso de plantas medicinais e seus derivados durante a gravidez, principalmente as espécies com potencialidades abortivas e as com efeito sobre o sistema nervoso central.

Os dados mostraram que 443 mães de bebês portadoras de defeitos congênitos, 39,7% haviam nascidos malformados e que destas, 24,8% das mães utilizaram plantas com potencialidades abortivas. Entre as gestantes é reportado por Farias et al (2016) que as plantas medicinais são consumidas frequentemente com base nas indicações terapêuticas fornecidas por familiares. No entanto, em pesquisa realizada por A3, evidenciou-se que aproximadamente 70% das gestantes referem conhecer as indicações terapêuticas das plantas medicinais que usam e que cerca de 30% não conhecem os riscos que o consumo dessas plantas pode acarretar.

Espécies de plantas medicinais mais utilizadas pelas gestantes

Os resultados dos estudos em A2, A4 e A10 mostram que a maioria das gestantes vem buscando métodos terapêuticos alternativos, por causa do difícil acesso à medicina tradicional, ou então, por outras variáveis, tais como, a fragilidade no binômio médico-paciente, a facilidade na aquisição e o baixo custo.

Frequentemente segundo A4, durante as consultas de pré-natal, as gestantes justificam o uso indiscriminado de plantas medicinais como preferência ou única alternativa

para amenizar ou reduzir os desconfortos descritos. No quadro 2 estão descritas as plantas medicinais mais utilizadas pelas gestantes:

Nome Científico	Nome Popular	Família	Risco a gestação	Referência
<i>Chamomilla recutita</i>	Camomila	Asteraceae	Abortivo	ANHESI et al., 2016 DUARTE et al, 2017 LIMA et al., 2020
<i>Plectranthus barbatus</i>	Boldo	Lamiaceae	Embriotóxico, abortivo e teratogênico	DUARTE et al, 2017 LIMA et al., 2020
<i>Mentha sp</i>	Hortelã	Lamiaceae	Abortivo Teratogênico	GORRIL et al, 2016 LIMA et al., 2020
<i>Eucaliptus globulus</i>	Eucalipto	Myrtaceae	Abortivo	ANHESI et al., 2016
<i>Cinnamomum verum</i>	Canela	Lauraceae	Abortivo	LIMA et al., 2020
<i>Senna alexandrina</i>	Sene	Fabaceae	Abortivo	ANHESI et al., 2016

Quadro 2 - Plantas Medicinais com efeitos teratogênicos, embriotóxicos e abortivos utilizadas pelas gestantes.

Percebe-se com os resultados, que diversos trabalhos científicos descrevem informações sobre a ação abortiva de algumas espécies vegetais comumente utilizadas na medicina popular, entre elas, está a *Chamomilla recutita* (camomila), que tem uso contraindicado durante a gestação, por apresentar ação terapêutica reconhecida como calmante e antiespasmódica. A10 ainda acrescenta que o consumo é contraindicado durante a gestação por provocar o relaxamento do útero, estimular o sangramento e o aborto espontâneo (FARIAS et al., 2016; LIMA et al., 2020).

A4 e A10 relatam que a infusão das folhas secas de *Plectranthus barbatus* (boldo) durante a gestação provoca contração uterina e risco de aborto. O uso destas plantas ricas em flavonoides como *Mentha sp* (hortelã) e *Eucaliptus globulus* (eucalipto) segundo Farias et al., (2016) deve ser evitado por gestantes, principalmente no último trimestre de gestação, pois, a função anti-inflamatória destes metabólitos podem atrapalhar o funcionamento do coração do feto. Isso se dá pela inibição da produção das prostaglandinas, as quais têm a finalidade de manter aberto o ducto arterioso que une a artéria pulmonar à aorta, e que após sete meses de gestação esse canal depende das prostaglandinas para manter-se aberto, o seu fechamento pode interromper o fluxo sanguíneo levando o feto a morte.

A *Senna alexandrina* (sene) pode ocasionar dores abdominais intensas e atua sobre o útero, provocando o aborto. Para A3, A7 e A10 as causas da inclusão desta terapêutica durante a gestação evidencia o tratamento de manifestações clínicas da própria gravidez na gestação, provocados por desconfortos e sintomas desagradáveis, onde cita náuseas,

vômitos, anorexia, pirose, constipação intestinal, edema, cólicas e enjoos (NUNES, 2016).

De acordo com Brito et al (2014), a automedicação com plantas medicinais é uma prática altamente prejudicial, porque provoca várias complicações, entre elas o mascaramento de patologias, intoxicações, interações medicamentosas, aumento da resistência microbiana, ou nos últimos casos até levar a gestante à óbito.

- Orientações do Enfermeiro sobre uso de plantas medicinais durante as consultas de pré-natal

Verificou-se nos estudos de A3, A5, A6 e A9 que a maioria das gestantes não recebem nenhuma informação por parte dos profissionais enfermeiros sobre o uso de plantas medicinais durante as consultas de pré-natal, sendo que utilização indiscriminada de plantas medicinais durante a gestação é um problema de saúde pública, uma vez que quando utilizadas sem conhecimento ou orientação podem ser prejudiciais (COSTA et al., 2019).

A6 e A9 descrevem a importância do Enfermeiro em informar sobre a forma correta de utilizar as plantas medicinais, sobretudo as que possuem estudos comprovados cientificamente. E estas comunicações devem ser passadas não só a parturiente, mas também para os familiares. Entretanto, Costa et al. (2017), citam que o estado gravídico pode ser um momento ideal para ações de promoção e educação em saúde, pois a gestante se mostra receptiva às mudanças e informações que estão voltadas em benefício do seu bebê.

Adicionalmente, o A3 e A5 complementam a informação, citando que a partir do momento que o Enfermeiro sendo capacitado, têm a oportunidade de educá-las e orientá-las quanto ao uso das plantas que podem ser benéficas ou maléficas (VARELA; AZEVEDO, 2014). Para A6 os pacientes e a comunidade têm necessidade de esclarecimentos sobre as terapias não convencionais, pois é direito do paciente ser orientado sobre o mecanismo de ação das diferentes modalidades terapêuticas não convencionais, a eficácia das mesmas, suas indicações e/ou contraindicações, assim como possíveis riscos de interações entre as mesmas (SANTOS et al., 2016).

Diante dos resultados apresentados nos estudos, o Enfermeiro, tem por função desenvolver atividades de Educação em Saúde, utilizando ferramentas didáticas suficientes em suas consultas de pré-natal, para poder investigar e melhor orientar quanto ao uso correto e aos riscos e benefícios da utilização de plantas medicinais durante a gravidez (OLIVEIRA et al., 2017).

5 | CONCLUSÃO

O uso de plantas medicinais pelas gestantes ocorre de forma descontrolada e sem o devido conhecimento dos efeitos adversos que podem ser causados por essas plantas,

podendo submeter o embrião ou feto a efeitos embriotóxicos, teratogênicos e abortivos. Desse modo, existem fortes evidências científicas de que a *Chamomilla recutita* (camomila) e a *Plectranthus barbatus* (boldo) são as espécies que representam maior risco durante a gestação, pois estão entre as mais citadas nas publicações científicas dentro deste contexto. Foi possível observar a que a maioria das gestantes não recebem nenhuma informação por parte dos profissionais enfermeiros sobre os riscos e benefícios do uso de plantas medicinais durante as consultas de pré-natal. Cabe assim, ao enfermeiro promover intervenções educativas com este público, para minimizar as práticas errôneas, muitas vezes devido ao saber fragilizado e equivocado das pacientes e adequá-las da melhor maneira aos preceitos do uso racional e sustentável desse tipo específico de recurso.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A.M. et al. Farmacocinética e mecanismos de teratogenicidade dos medicamentos na gestação: uma revisão da literatura. **Revista Infarma**, v. 29, n. 2, p. 100-107, 2017.

ANHESI, N.C. et al. Uso de plantas medicinais na gestação. **Revista. Latino-Americano de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 101-109, 2016.

BORGES, F.V.; SALES, M.D.C. Políticas Públicas de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no Brasil: Sua História no Sistema de Saúde. **Revista Pensar Acadêmico**, v. 16, n. 1, p. 13-27, 2018.

BORGES, R.A.M.; OLIVEIRA, V.B. Riscos associados ao uso de plantas medicinais durante o período da gestação: uma revisão. **Revista Uniandrade**, v. 16, n. 2, p. 101-108, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 156p.

BRITO, A.F. et al. Automedicação com produtos naturais entre os acadêmicos da FACER Faculdades, Unidades Ceres-GO e Rubiataba-GO. **Revista Revaser**, v. 3, n. 1, p. 1-10, 2014.

CARDOSO, B.S.; AMARAL, V.C.S. O uso da fitoterapia durante a gestação: um panorama global. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1439-1450, 2019.

COSTA, D.B. et al. Utilização de medicamentos antes e durante a gestação: prevalência e fatores associados. **Cad Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 1-14, 2017.

COSTA, I. M. et al. Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. Sup.26, e828, p. 1-8, 2019.

DUARTE, A.F.S. et al. Uso de plantas medicinais durante a gravidez e amamentação. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 126-139, 2017.

FARIAS, P.G. et al. O diálogo com gestantes sobre plantas medicinais: contribuições para os cuidados básicos de saúde. **Revista Acta**, v. 26, n. 2, p. 287-294, 2016.

GORRIL, L.E. et al. Risco das plantas medicinais na gestação: uma revisão dos dados de acesso livre em língua portuguesa. **Revista Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, v. 20, n. 1, p. 67-72, 2016.

LIMA, M.B. et al. Plantas medicinais utilizadas por gestantes em Unidades Básicas de Saúde. **Rev. Uniandrade**, v. 20, n. 20, p. 91-98, 2020.

NASCIMENTO JÚNIOR, B.J. et al. Avaliação do conhecimento e percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre o uso de plantas medicinais e fitoterapia em Petrolina-PE, Brasil. **Rev. bras. plantas med.**, v. 18, n. 1, p. 57-66, 2016.

NUNES, J.D.; MACIEL, M.V. A importância da informação do profissional de enfermagem sobre o cuidado no uso das plantas medicinais: uma revisão de literatura. **Revista Fitos Eletrônica**, v. 10, n. 4, p. 518-525, 2017.

NUNES, J.D. **Utilização de Plantas Medicinais durante a Gestação**. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN, João Pessoa/PB, 2016. 65f.

OLIVEIRA, A.F.P. et al. Fitoterapia na atenção básica: estudo com profissionais enfermeiros. **Journal of Research Fundamental Care Online**, v. 9, n. 2, p. 480-487, 2017.

PRODANOV, C.C.; FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas de pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. Ed. Novo Hamburgo/RS, 2013.

SANTOS, J.A.A. et al. Diagnóstico e Educação em Saúde no Uso de Plantas Medicinais: Relato de Experiência. **Revista Ciência em Extensão**, v. 12, n. 4, p. 183-196, 2016.

SILVA, A.A.; SANTANA, B.L. Os riscos do uso de plantas medicinais durante o período gestacional: uma revisão bibliográfica. **Rev. Bras. de Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 118-125, 2018.

VARELA, D.S.S.; AZEVEDO, D.M. Opinião de Médicos e Enfermeiros sobre o Uso da Fitoterapia e Plantas Medicinais na Atenção Básica. **Revista de Atenção Primária em Saúde**, v. 17, n. 2, p. 204-213, 2014.

ZENI, A.L.B. et al. Utilização de plantas medicinais como remédio caseiro na Atenção Primária em Blumenau, Santa Catarina, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2703-2712, 2017.

CAPÍTULO 16

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 28/01/2021

Jéssica Fernandes Lopes

Enfermeira. Especialista em Residência Multiprofissional em Saúde Mental pela Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Sobral-Ceará

<https://orcid.org/0000-0001-9846-4791>

Sara Cordeiro Eloia

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.

Sobral-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9079949715037280>

Thatianna Silveira Dourado

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará.

Sobral-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1623126215868203>

Suzana Mara Cordeiro Eloia

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.

Sobral-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/7173437683741472>

Francisco Annielton Borges Sousa

Psicólogo. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará.

Sobral-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/7109550597332538>

Roseane Rocha Araújo

Assistente Social. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará.

Sobral-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/5269526044170005>

RESUMO: A Residência Multiprofissional em Saúde tem como finalidade formar profissionais com vistas a superar a segmentação do conhecimento e do cuidado na atenção em saúde. Essa modalidade de formação profissional oferece titulação em pós-graduação *lato sensu*, utilizando-se como estratégia de ensino-aprendizado a formação em serviço (pelo trabalho), mediante acompanhamento e supervisão. O objetivo desse estudo foi analisar a percepção dos profissionais da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM) acerca da atuação da Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM). Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. Participaram 21 profissionais. Identificou-se que os profissionais da RAISM reconheciam a importância do programa para o serviço e a possibilidade significativa de aprendizado para a atuação multiprofissional, a abordagem interdisciplinar, a compreensão ampliada do conceito de saúde, a integralidade do cuidado, a educação permanente e a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde. Percebeu-se a necessidade de reflexão com esses profissionais sobre o processo formativo do programa e a importância do engajamento dos residentes nos movimentos de reforma psiquiátrica. Esses resultados podem direcionar para o melhor desenvolvimento do programa de RMSM.

PALAVRAS - CHAVE: Residência. Formação em saúde. Saúde Mental.

PERCEPTION OF THE PROFESSIONALS ABOUT THE PERFORMANCE MULTIDISCIPLINARY RESIDENCY IN MENTAL HEALTH

ABSTRACT: The purpose of the Multidisciplinary Residency in Health is to train professionals in order to overcome the segmentation of knowledge and care in health care. This type of professional training offers a degree in *lato sensu* post-graduation, using in-service training as a teaching-learning strategy, through monitoring and supervision. The aim of this study was to analyze the perception of professionals in the Comprehensive Mental Health Care Network about the performance of the Multiprofessional Residence in Mental Health. This is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach. 21 professionals participated. It was identified that professionals recognized the importance of the program for the service and the significant possibility of learning for multiprofessional action, the interdisciplinary approach, the expanded understanding of the concept of health, the integrality of care, permanent education and consolidation of the principles of the Unified Health System. The need to reflect with these professionals on the program's formative process and the importance of residents' engagement in psychiatric reform movements was perceived. These results can lead to the better development of the program.

KEYWORDS: Residence. Health training. Mental health.

1 | INTRODUÇÃO

As mudanças na formação dos profissionais de saúde têm ganhado relevância no mundo e, no Brasil, o Ministério da Saúde assumiu a responsabilidade de orientar a formação desses profissionais para atender as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA *et al.*, 2015).

No intuito de construir uma política de valorização do trabalhador do SUS, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde propõe uma nova configuração para os profissionais de saúde produzirem conhecimento e pensar a educação e o trabalho. Tal política permite que a formação e o desenvolvimento de profissionais de saúde ocorram de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, englobando todos os locais e saberes a fim de proporcionar a democratização dos espaços de trabalho (SILVA *et al.*, 2016).

Nesta lógica, foi viabilizada a criação da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) como dispositivo de transformação das práticas da área de saúde. Agrega-se a esta nova modalidade de formação às ações educativas centradas nas necessidades de saúde da população, na equipe multiprofissional e na institucionalização da Reforma Sanitária Brasileira (SILVA *et al.*, 2014).

Assim, a RMS é considerada como um espaço para desenvolver as ações de Educação Permanente em Saúde, o qual pode se constituir como um dispositivo potencial para promover as mudanças pretendidas pelos profissionais de saúde a fim de consolidar os princípios do SUS.

Casanova (2015) afirma que estes programas de RMS têm o objetivo de formar esses profissionais com vistas a superar a segmentação do conhecimento e do cuidado na

atenção em saúde. Essa modalidade de formação profissional oferece titulação em pós-graduação *lato sensu*, utilizando-se como estratégia de ensino-aprendizado a formação em serviço (pelo trabalho), mediante acompanhamento e supervisão.

Esta modalidade de capacitação busca atender às necessidades de qualificação profissional com uma característica que se considera importante: a reflexão na gestão do sistema de serviços de saúde e visa fortalecer a integração ensino/serviço, permitindo inclusive o envolvimento dos residentes com a gestão municipal de saúde (FREITAS, 2012). Landim, Silva e Batista (2012) afirmam que estes programas de residência são relevantes para adequar a assistência a população às rápidas transformações que têm ocorrido no setor saúde.

À medida que os residentes vivenciam os problemas do cotidiano, aprimoram suas práticas sob os diversos olhares das profissões, visando ao bem estar dos pacientes. Evidencia-se, portanto, a importância da vivência multiprofissional como um forte condicionante na formação em saúde para trabalhar a questão do cuidado integral prestado à comunidade, sendo assim, efetivando uma prática renovadora.

No que diz respeito ao campo da saúde mental, o relatório desenvolvido pela III Conferência Nacional de Saúde Mental, de 2001, defende que a concretização dos princípios da reforma psiquiátrica passa pela implementação de políticas de desenvolvimento de recursos humanos na saúde (JESUS; ARAÚJO, 2011), o que se vincula a discussão proposta.

A assistência psiquiátrica brasileira vem passando por transformações no modelo de atendimento ao paciente com transtorno psiquiátrico, objetivando uma assistência baseada no acolhimento, na humanização e na reinserção do indivíduo com transtorno mental na sociedade e no convívio com seus familiares, substituindo o modelo asilar, segregador, excludente, reducionista e tutelar que tem como centro de atendimento o hospital psiquiátrico (LUZ *et al.*, 2015).

No que se refere à constituição de novos serviços, Vasconcelos (2010) enfatiza que a reforma ganhou expressão no advento de diferentes dispositivos, dentre os quais se destacam os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços alçados pelas políticas públicas à condição de organizadores da nova rede de Saúde Mental. Estes contam com a presença obrigatória de equipe multidisciplinar e têm a missão de prover atendimento clínico e psicossocial a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, visando substituir o modelo hospitalocêntrico e evitar internações.

Um estudo que analisou o processo de institucionalização da residência multiprofissional aponta que tal modalidade de especialização pode contribuir com a construção das mudanças necessárias na produção de serviços de saúde, com o potencial de fomentar a integralidade da saúde a partir da articulação entre serviço e espaços acadêmicos. Além disso, a residência multiprofissional pode favorecer a reorganização do processo de trabalho em saúde, constituindo um incentivo concreto para o trabalho

coletivo, com tendência mais interdisciplinar e intersetorial (LIMA; SANTOS, 2012).

Portanto, esse estudo tem o objetivo de analisar a percepção dos profissionais da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM) acerca da atuação da Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM).

Acredita-se na relevância desse estudo ao contribuir para o aprimoramento do programa na efetivação dos princípios do SUS e, consequentemente, na melhor assistência em saúde.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. Participaram 21 profissionais que atuavam na assistência em saúde mental nos serviços da RAISM no município de Sobral, Ceará.

A reforma psiquiátrica no município teve seu marco no ano de 2000 através do rompimento com o sistema manicomial e a implantação da RAISM (SOUSA; TÓFOLI, 2012). Esta rede se constituiu pelo CAPS II, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS ad), serviço residencial terapêutico, ambulatório de saúde mental no centro de especialidades médicas para o atendimento de pacientes da macrorregião e Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral (UIPHG), além do serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) que acompanha os casos clínicos leves e moderados de saúde mental.

Para a realização desse estudo, foram escolhidos três serviços da RAISM, os quais citam-se: CAPS II, CAPS ad e UIPHG. Nestes, entrevistaram-se os profissionais de saúde que possuíam o ensino superior e no mínimo um ano de atuação nesses serviços. Dois profissionais foram excluídos por se encontrarem de férias no período de coleta das informações.

A coleta de informações foi realizada no mês de janeiro de 2017 por meio de uma entrevista semiestruturada, norteadas por 03 perguntas: dê sua opinião sobre a Residência Multiprofissional de Saúde Mental; como você percebe a atuação do residente no cenário da prática?; de que forma, você acha que o residente contribui para o serviço e o seu fazer profissional? Foi realizado um teste prévio à realização da coleta dos dados com 05 profissionais a fim de adequar as questões.

Para a análise das informações, utilizou-se a análise temática em três etapas: pré-análise; exploração do material ou codificação; e tratamento dos resultados obtidos (MINAYO, 2014).

O estudo foi realizado em conformidade a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere a pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O mesmo foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) com CAAE 61831516.7.0000.5053 e data de aprovação no dia 20 de dezembro de 2016. Visando preservar o anonimato dos participantes, estes foram

identificados pela letra P seguida de números (por exemplo, P01, P02...).

3 | RESULTADOS

Participaram 21 profissionais da RAISM, dos quais 11 foram do sexo masculino e 10 do sexo feminino. A média de idade foi 36 anos de idade (28 a 55 anos). A média de anos de exercício de profissão foi de 10 anos (03 a 30 anos) e de atuação na RAISM de Sobral foi de 06 anos (01 a 16 anos). Dentre os profissionais, 04 possuem pós-graduação *lato sensu* em Saúde da Família e 02 na área de Saúde Mental.

Pelas falas, houve o reconhecimento do programa e a conquista que o município obteve com a realização deste para uma melhor capacitação dos profissionais em formação e um acréscimo às atividades inerentes do serviço.

Os profissionais enfatizaram o compartilhamento de conhecimentos entre eles e os residentes, ampliando as ações e proporcionando, assim, aprendizado para ambos.

A residência tem um papel fundamental na saúde mental, no compartilhamento do conhecimento na construção de um modelo de cuidado que visa uma melhor assistência. (P03)

A RMSM representa uma conquista para o município de Sobral e para a rede de saúde de mental; torna-se um campo fértil para a construção contínua do SUS, possibilitando o aprendizado não só dos residentes, mas de toda a equipe. (P05)

A RMSM veio colaborar na melhoria da assistência trazendo um olhar crítico e construtivo. Faz um papel pedagógico também para os trabalhadores. (P06)

O residente demonstra seus saberes, habilidades, e garante uma melhor qualidade da assistência trazendo inovações, algo que vem para somar (...) através da residência podemos perceber algumas falhas no serviço e como ainda temos que melhorar como equipe. (P1)

Noto que a Residência tem grande potencial de produzir conhecimento, empoderamento político e mudanças de paradigma da assistência. (P11)

Dentre as falas, observou-se a responsabilidade dos profissionais dos serviços na formação dos residentes por se apresentarem como suporte na compreensão do saber-fazer.

Os residentes são bastante envolvidos nas atividades práticas, contribuem com o desenvolvimento e construção das atividades da rede (...) A presença de residentes em um serviço de saúde impõe os profissionais do serviço uma responsabilidade muito grande na formação desses profissionais, somos motivados a estudarmos e estarmos sempre atualizados. Pensamos na nossa atuação enquanto profissional, procuramos melhorar a nossa assistência junto a nossos usuários, questionando o modelo de assistência, compartilhando o conhecimento dos ciclos, realizando estudos dentro do serviço. (P5)

Quando se interrogou sobre o processo de trabalho do residente, evidenciou-se

que na saúde mental os trabalhadores de diferentes profissões atuam coletivamente e compartilham seus saberes com o objetivo de construir e prestar o cuidado ao usuário conforme suas necessidades. Nas falas, é reconhecida a importância do residente e suas atuações diversas no âmbito da promoção da saúde, não focalizando apenas em serviços de saúde.

Percebo a residência bastante atuante, seja como ambiente de desenvolvimento do saber, quanto na intervenção territorial e promoção de saúde. (P11)

Hoje é muito difícil para eu entender a RAISM sem a interface das residências; é inegável a melhora da prática de todos com a atuação dos residentes devido, principalmente, às novas discussões e tensões proporcionadas pela prática deles, além do aspecto motivacional na práxis dos profissionais do serviço. Contribuem na elaboração de novos conceitos, na revisão de práticas pouco produtivas, na discussão multiprofissional e na elaboração de projetos terapêuticos menos medicalizados. (P21)

Outro aspecto analisado foi a necessidade de maior autonomia e a resistência ao desenvolver as atividades. Esse resultado parece estar relacionado à dificuldade de compreensão de alguns profissionais de saúde sobre o processo formativo da residência no cotidiano de trabalho. Os profissionais ainda apontaram para um maior engajamento no movimento de reforma psiquiátrica.

Possuem resistência ao desenvolver as atividades de assistência sem o suporte de outro profissional. (P04)

Sistematizar as intervenções com atenção básica e a realização de pesquisas. (P06)

Ainda com necessidade de mais autonomia nas condutas, no cuidado (isso quando já tiver conhecimento e tempo de atuação suficiente) (P18)

Uma atuação dos residentes engajada com a reforma psiquiátrica, pois é percebido um interesse somente pela titulação e até mesmo da bolsa. (P04)

4 | DISCUSSÕES

A RMS oportuniza qualificar os profissionais de saúde para o desenvolvimento e fortalecimento de suas ações e estratégias no campo através do ensino e serviço. Pelos relatos, há uma compreensão parcial quanto ao seu processo formativo por parte dos profissionais de saúde.

Os resultados desse estudo enfatizam a contribuição das residências multiprofissionais no desenvolvimento do trabalho em equipe mediante a troca efetiva de saberes e práticas, além de possibilitar a ampliação do conceito do processo saúde-doença e das práticas de prevenção de doenças, promoção e proteção à saúde desenvolvida para os trabalhadores e residentes (MIRANDA, 2015).

Nesse contexto, amplia-se a relação teoria-prática, o conhecimento dos trabalhadores sobre o território de abrangência e o fortalecimento das ações de saúde de acordo com a

integralidade da atenção (DOMINGOS, 2015).

Um potencial adicional dos programas de residência é promover mudanças nos serviços de saúde que recebem os residentes, pois a integração docente-assistencial possibilita a reflexão crítica sobre a realidade do serviço e descortina possíveis caminhos para planejar e intervir sobre a realidade tal como ela se processa, provocando transformações na equipe de trabalho e na formação do residente. Essas mudanças parecem representar avanços, mas também colocam alguns desafios no cotidiano dos serviços de saúde, pois ainda há uma distância significativa entre o que é preconizado e o que é realizado, visto que a transformação da formação e das práticas é um desafio a ser superado em várias instâncias, pois implica mudanças de paradigmas já estruturados nos serviços, nas instituições de ensino e nas relações interpessoais (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Percebeu-se o residente como profissional em formação que busca inovar as práticas no serviço e que através de suas inquietações promovem uma reflexão e transformação nas ações dos trabalhadores. Os residentes discutem com a equipe sobre as questões importantes e contribuem na busca de melhorias. As práticas dos residentes impactam positivamente na qualidade da assistência.

Ressalta-se que o trabalho e as relações que se originam na formação dos residentes são permeados por desafios que emergem desta modalidade de formação (FERNANDES, 2015). Nesse contexto, há necessidade de reflexão sobre esse processo de educação, cujos espaços dos serviços de saúde vinculados à formação devem oportunizar trocas de experiências e conhecimentos que vão dar qualidade e amplitude tanto na formação como no trabalho em saúde (FERREIRA, 2007).

O acompanhamento e supervisão do trabalho prático dos residentes em cada cenário de prática são realizados por tutores de campo do serviço municipal de saúde, que serão a referência para o residente na prática. Estes deverão trabalhar diariamente na unidade de aprendizagem em serviço (campo de práticas), pertencendo à equipe local de assistência à saúde e serão responsáveis por promover a integração entre os diferentes residentes, destes com a equipe e com a população usuária. Cabe a eles a articulação dos recursos de ensino em serviço, sendo, por isso, referência para o residente na perspectiva do campo de saberes e práticas de saúde. Além deste tutor, os residentes serão acompanhados pelos tutores de núcleo, que serão os profissionais responsáveis pela orientação técnico profissional, sendo referência no âmbito de cada profissão, instrumentando-o no núcleo de conhecimento necessário ao exercício da sua prática profissional específica (BRASIL, 2006).

O Regimento da RMSM (2015) cita como uns dos objetivos específicos desenvolver, junto às categorias profissionais, uma atuação em equipe de forma cooperativa, interdisciplinar e ética, interagindo com a cultura da comunidade na qual estão inseridas e de forma articulada com os outros profissionais que atuam no Sistema de Saúde, bem como nas outras políticas públicas locais.

Os residentes realizam a prática profissional sob a supervisão e orientação de preceptores e tutores dos serviços de saúde considerando o cuidado integral ao indivíduo, à família e à comunidade, na perspectiva interdisciplinar e multiprofissional (BRASIL, 2006). Diante das falas mencionadas, percebe-se o desconhecimento do regimento do programa por parte dos profissionais.

Algumas das atividades nos CAPS são realizadas em grupo, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias (BRASIL, 2004). Tratando-se de atividades grupais, Brasil (2006) evidencia que os residentes devem desempenhar papel complementar na responsabilidade assistencial dos serviços de saúde onde estiver inserido, o que os diferencia das equipes fixas de saúde a quem cabe a responsabilidade assistencial direta, sendo garantido aos primeiros a participação em todas as atividades programadas de campo e núcleo de atuação.

Evidenciou-se a necessidade do engajamento dos residentes nos movimentos da reforma psiquiátrica e conforme o Art. 3º do Regimento do programa, a RMSM tem como objetivo geral capacitar profissionais e desenvolver tecnologias para a RAISM, a partir da criação/construção de competências teórico-metodológicas, operativas, sociais, políticas e humanas para as diversas categorias profissionais da saúde, de modo orgânico, participativo e alimentador da prática, na perspectiva da reforma psiquiátrica, com vistas à transformação do modelo assistencial em saúde mental e a consolidação do SUS (REGIMENTO RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL, 2015).

Intervenções promotoras de saúde mental, inspiradas nos princípios da Reforma Psiquiátrica, precisam incidir não só sobre o sujeito, mas também sobre sua rede de laços intersubjetivos e sobre o imaginário social, que envolvem e condicionam suas experiências (CARNEIRO, 2010).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais da RAISM reconheceram a importância da RMSM para o serviço e a possibilidade significativa de aprendizado para a atuação multiprofissional, a abordagem interdisciplinar, a compreensão ampliada do conceito de saúde, a integralidade do cuidado, a educação permanente e a consolidação dos princípios do SUS.

Sugere-se a formação de espaços de diálogo com os profissionais de saúde mental sobre o fazer do residente, apresentando o regimento do programa, seus objetivos e desenho metodológico, a fim de esclarecer o processo de formação em saúde e a sua inserção no sistema de saúde.

Também se pontua a relevância das ações dos residentes em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica e o maior engajamento nesse movimento, visando à transformação do modelo assistencial em saúde mental e a consolidação do SUS.

Por fim, acredita-se que esse estudo possa direcionar para o melhor desenvolvimento

do programa de RMSM, bem como inquietar à comunidade científica e acadêmica para outras pesquisas referentes à temática, a fim de desenvolver novas propostas coletivas de intervenção.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Ética em pesquisa. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiência, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARNEIRO, A. C. Educação Popular em Saúde Mental: relato de uma experiência. **Saúde e sociedade**, v.19, n.2, p.462-474, 2010.

CASANOVA, I. A; BATISTA, N. A. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. **Revista Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde Health sciences**, v.40, n.3 set/dez. 2015.

DOMINGOS, C. M; NUNES, E. F.P. A.; CARVALHO, B. G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde e Educação**, v.19, n.55, p:1221-1232, out/dez. 2015.

FERNANDES, N. S. Sofrimento e prazer no processo de formação de residentes multiprofissionais em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.36, n.4, p.90-97, dez.2015.

FREITAS, C. H. S. M. Residência multiprofissional em saúde da família e comunidade: experiência, avanços, desafios. **Pesquisa Brasileira Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.12, n.2, jul. 2012.

JESUS, M. L.; ARAUJO, D. Politização e formação em serviço: significados e sentidos atribuídos pelos residentes em uma residência multiprofissional em saúde mental na Bahia. **Psicologia: teoria e prática**, v.13, n.3, p 67-80, dez. 2011.

LANDIM, S. A.; SILVA, G. T. R.; BATISTA, N. A. Residência multiprofissional em saúde da família: vivência hospitalar dos enfermeiros. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.26, n.1, 2012.

LIMA, M.; SANTOS, L. Formação de psicólogos em residência multiprofissional: transdisciplinaridade, núcleo profissional e saúde mental. **Psicologia ciência e profissão**, v.32, n.1, p:126-141, 2012.

LUZ, V. L. E. S. et al. Ações realizadas pelo enfermeiro em Centros de Atenção Psicossocial. **Revista Interdisciplinar**, v. 7, n. 4, p. 1-12, 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, M.V. N. **Limites e potencialidades da residência multiprofissional em saúde para a educação interprofissional**. 204p. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; São Paulo, 2015.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. **Saúde e Sociedade**, v.19, n.4, p.814-27, 2010.

REGIMENTO RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL. Nº 01 de 17 de abril de 2013. 2015.

SILVA, C. T. *et al.* Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.35, n. 3, p. 49-54, set. 2014.

SILVA, C. T. *et al.* Residência Multiprofissional como espaço intercessor para a Educação Permanente em Saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 25, n.1, 2016.

SILVA, J. C. *et al.* Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.28, n.2, p. 132-138, mar/abr. 2015.

SOUSA, M. L. T.; TÓFOLI, L. F. F. Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Primária: Acesso e Cuidado Integral. **Cadernos ESP**, v.6, n.2, p: 13-21, jul./dez. 2012.

VASCONCELLOS, V. C. Sentidos do trabalho e imaginário organizacional em um Centro de Atenção Psicossocial-CAPS. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n.34, p.563-576, 2010.

CAPÍTULO 17

PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA FORMAÇÃO DO VÍNCULO MÃE/FILHO

Data de aceite: 01/04/2021

Data da submissão: 13/01/2021

Mara Marusia Martins Sampaio Campos

Fisioterapeuta, Docente Centro Universitário
Christus- UNICHRISTUS
Fortaleza, Ce
<http://lattes.cnpq.br/6515305320777878>

Kamily Emanuele Parente Aragão

Fisioterapeuta, Centro Universitário Christus
Fortaleza, Ce
<http://lattes.cnpq.br/2838520536210449>

Kellen Yamille dos Santos Chaves

Fisioterapeuta, Maternidade Escola Assis
Chateaubriand
Fortaleza, Ce
<http://lattes.cnpq.br/9857301047308160>

Letícia Helene Mendes Ferreira

Fisioterapeuta, Maternidade Escola Assis
Chateaubriand
Fortaleza, Ce
<http://lattes.cnpq.br/3536831718629617>

Maria Valdeleda Uchoa Moraes Araujo

Fisioterapeuta, Docente Centro Universitário
Christus - UNICHRISTUS
Fortaleza, Ce
<http://lattes.cnpq.br/7314440835465770>

Carina Santana de Freitas

Fisioterapeuta, Maternidade Escola Assis
Chateaubriand
Fortaleza, Ce
<http://lattes.cnpq.br/8146433884441695>

Cristiana Maria Cabral Figueirêdo

Fisioterapeuta, Especialista, Universidade de
Fortaleza
Fortaleza, Ce
<http://lattes.cnpq.br/9507553893795733>

Lucia Goersch Fontenele

Fisioterapeuta, Hospital Geral César Cals
Fortaleza, CE
<http://lattes.cnpq.br/1452578609885169>

Daniela Uchoa Pires

Fisioterapeuta, Maternidade Escola Assis
Chateaubriand
Fortaleza, CE
<http://lattes.cnpq.br/0913372177824754>

Lila Maria Mendonça Aguiar

Fisioterapeuta, Maternidade Escola Assis
Chateaubriand
Fortaleza, CE
<http://lattes.cnpq.br/0550364998554069>

Jamille Soares Moreira Alves

Fisioterapeuta, Maternidade Escola Assis
Chateaubriand
Fortaleza, CE
<http://lattes.cnpq.br/8477958626474245>

Maria Goretti Alves de Oliveira da Silveira

Fisioterapeuta, Hospital Geral César Cals
Fortaleza, CE
<http://lattes.cnpq.br/8731216620050793>

RESUMO. Introdução: a hospitalização impõe às mães de prematuro uma separação que as incapacita de desempenhar suas funções maternas, ficando o bebê aos cuidados da

equipe das Unidades Neonatais. Não dispondo de um preparo emocional e biológico prévio que capacite essas mulheres a vivenciar esse momento de crise sem prejuízos para si e seu bebê, resulta em comprometimento no processo de vinculação mãe-bebê, contexto que deve ser observado e trabalhado pela equipe multidisciplinar que constitui uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Objetivo:** conhecer a percepção das mães sobre a atuação multiprofissional na formação do vínculo mãe-filho. **Metodologia:** estudo qualitativo, realizado com mães de bebês prematuros internados em unidades neonatais, tendo como instrumento de coleta um questionário semiestruturado composto por aspectos socioeconômico e questões específicas acerca do tema. Os resultados foram analisados a partir do método de Análise de Conteúdo. **Resultados:** as mães investigadas tinham idade entre 23 e 33 anos, com baixo nível socioeconômico, relataram não ter feito uso de teratógenos na gravidez, contudo algumas destacam a ocorrência de infecções na gravidez. Através dos resultados emergiram três categorias de análise: “A internação do bebê”, “A equipe que cuida do seu filho”, “Vínculo mãe-filho” onde concluímos que essas mães foram abaladas com a internação dos filhos, que muitas não tem conhecimento da equipe multiprofissional e que a separação precoce imposta pela internação interfere no vínculo com seu filho. **Conclusão:** a mãe por ser a principal cuidadora da criança tem o direito de saber com que situação está lidando, entretanto, notou-se que as mães não têm o conhecimento satisfatório sobre a equipe multiprofissional e quais procedimentos e condutas são realizados com o seu filho.

PALAVRAS - CHAVE: vínculo. prematuro. equipe de assistência ao paciente. mãe

MATERNAL PERCEPTION ABOUT THE PERFORMANCE OF THE MULTIDISCIPLINARY TEAM IN THE FORMATION OF THE MOTHER/CHILD BOND

ABSTRACT. Introduction: hospitalization imposes on mothers of premature infants a separation that disables them from performing their maternal functions, leaving the baby in the care of the neonatal unit team. Not having a previous emotional and biological preparation that empower these women to experience this moment of crisis without harm to themselves and their baby, results in commitment in the process of mother-baby bonding, a context that must be observed and worked on by the multidisciplinary team that constitutes a Neonatal Intensive Care Unit. **Objective:** to know the perception of mothers about multiprofessional performance in the formation of the mother-child bond. **Methodology:** a qualitative study conducted with mothers of premature babies hospitalized in neonatal units, using as a collection instrument a semi-structured questionnaire composed of socioeconomic aspects and specific questions about the subject. The results were analyzed using the Content Analysis method. **Results:** the mothers investigated were aged between 23 and 33 years, with low socioeconomic status, reported not having used teratogens during pregnancy, however some highlight the occurrence of infections during pregnancy. Through the results emerged three categories of analysis: “The hospitalization of the baby”, “The team that takes care of their child”, “Mother-child bond” where we conclude that these mothers were shaken by the hospitalization of their children, that many are not aware of the multidisciplinary team and that the early separation imposed by hospitalization interferes in the bond with their child. **Conclusion:** the mother being the main caregiver of the child has the right to know what situation she is dealing with, however, it was noticed that mothers do not have satisfactory knowledge about the multidisciplinary team and

what procedures and conducts are performed with their child.

KEYWORDS: Interaction. Premature infant. Patient Care Team. Mothers.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a taxa de mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida) é considerada o principal componente da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), principalmente no neonato precoce (0 a 6 dias de vida) causadas por problemas na preconcepção ou durante a gestação. Essa TMI diminuiu de 26,6 para 16,2 por mil nascidos vivos entre os anos de 2000 e 2010 em virtude da queda na mortalidade pós-neonatal (27 dias a 1 ano de vida) que ocorreu em razão das ações centradas na prevenção e no tratamento de infecções. Nesse mesmo período, a TMI na região Nordeste reduziu de 38,4 para 20,1 por mil nascidos vivos e a taxa de mortalidade neonatal de 22,7 para 14,3 (CAVALCANTE, 2018; TEIXEIRA et al., 2018).

Brasil (2016) destaca que cerca 10% dos bebês nascem prematuramente, ou seja, antes de completar 37 semanas de gestação. Atualmente, como mostram os dados acima mencionados, a mortalidade desses bebês tem diminuído, contudo, a morbidade tem aumentado, sendo necessária uma rede de apoio para que essas crianças possam se desenvolver e crescer sem maiores alterações.

A imaturidade apresentada pelos bebês prematuros leva a necessidade de longos períodos de internação, que representa para os pais um período delicado e angustiante, pois a relação e os cuidados iniciais que poderiam ocorrer entre eles de maneira natural são dificultados pelo ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e pelos procedimentos que o bebê necessita durante a internação (BASEGGIO et al., 2017).

A internação na UTIN causa preocupações e expectativas em relação ao bebê muito diferentes no que diz respeito à percepção da mãe e da equipe. A equipe fica envolvida com a assistência direta como a realização de procedimentos técnicos quando o bebê está grave e, nos contatos com a mãe, tem necessidade de expor todos os riscos que o bebê corre. Observa-se que essa conduta dificulta ainda mais a aproximação materna, uma vez que, para entrar em contato com o bebê, ela precisa ter uma boa expectativa em relação à equipe de assistência e, também, ter sua presença reforçada e valorizada pela equipe, como um cuidado complementar (SANTANA; MADEIRA, 2013).

Silva, Garcia e Gariglia (2017) destacam que a equipe deve incentivar o aleitamento materno, a permanência da família dentro da UTIN e manter relações adequadas com os familiares, contribuindo dessa forma para a adaptação destes ao ambiente, de forma a ressignificar sua vivência e se aproximar emocionalmente do Recém-nascido (Rn).

A necessidade da separação imposta pela hospitalização do bebê torna a mãe incapacitada de desempenhar suas funções maternas, ficando o bebê aos cuidados da equipe da UTIN. As mães não dispõem de um preparo emocional e biológico que a ligue

ao bebê, assim, a equipe acaba cumprindo as tarefas exigidas pela rotina hospitalar, atendendo cada recém-nascido conforme o seu tempo e disponibilidade de forma mais mecânica do que afetiva, sem profundo envolvimento (BASEGGIO et al., 2017).

O bebê, ao nascer, é um ser ainda que não consegue sobreviver sozinho, dependendo de um adulto cuidador, que lhe propicie os recursos que faltam para a nutrição física e higiene e lhe ofereça suporte emocional. Se isso ocorre com uma figura constante, a mãe, por exemplo, esta é denominada por Bowlby (2002), como Figura de Apego e essa relação poderá proporcionar à criança um desenvolvimento biopsicoafetivo seguro e saudável. Estudos reforçam a tese de que a ausência desse contato, nos primeiros meses de vida do bebê, pode causar prejuízos ao desenvolvimento psíquico e motor (SANTO; ARAÚJO, 2016).

Torna-se relevante pontuar que independentemente do modo como foram idealizados, os bebês precisam do carinho materno, de amor e compreensão. Isso porque a mãe conhecendo bem o seu bebê, é a pessoa indicada para prestar-lhe ajuda e o modo como ele sinaliza é através do choro (WINNICOTT, 2012). A mãe se apropria de seu papel materno e das necessidades do filho quando lhe é apresentada a tarefa do cuidar, o que ocorre mediante interação constante. Desta forma, conclui-se, enfim, que o vínculo é o componente básico desse processo interativo e é também o início de todo o afeto (ANDRADE; BACCELLI; BENINCASA, 2017).

Sousa et al. (2019) afirmam que se torna de suma relevância mencionar a necessidade do reconhecimento, por parte da equipe multidisciplinar, da promoção de uma assistência humanizada. Precisa-se assegurar o acolhimento familiar, na UTIN, a fim de estabelecer adaptação, conforto e fortalecimento do vínculo entre os pais e o prematuro, pois a qualidade da relação de apego estabelecida no primeiro ano de vida influenciará fortemente o desenvolvimento posterior da criança, tanto nos aspectos emocionais, como cognitivos.

Ainda segundo Sousa et al. (2019), uma vez estabelecida uma relação de apego segura, será possível para a criança usar a mãe como uma base segura a partir da qual ela se sentirá confiante para explorar o ambiente a sua volta e aumentar a qualidade da exploração e da brincadeira. Baseado neste exposto o objetivo desse estudo foi conhecer a percepção das mães sobre a atuação multiprofissional na formação do vínculo mãe-filho.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa, que se aplica ao estudo das crenças, das opiniões e dos valores dos indivíduos, permitindo o conhecimento do significado das ações e das relações humanas (MINAYO, 2016), realizada nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTINs) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), no município de Fortaleza- Ceará, no período de Agosto de 2020 a Outubro de 2020.

A MEAC foi construída através de uma campanha lançada pelo Sr. João de Medeiros Calmon em 28 de maio de 1955 após se observar que a cidade de Fortaleza apresentava quantidade inferior de leitos de maternidade quando comparado a capitais menores como São Luís, Teresina e Natal. Diante da necessária implantação da maternidade, o movimento em prol de construção foi um sucesso arrecadando nos 5 primeiros dias uma média de um milhão de cruzeiros, aproximadamente 360 reais atualmente. A obra foi iniciada em 3 de março de 1956 sendo inaugurada e entregue a Universidade do Ceará em 14 de dezembro de 1963 e seu funcionamento oficial na tarde do dia 15 de janeiro de 1965.

Essa Unidade hospitalar está ligada diretamente a EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares). Além da formação de profissionais ligados à saúde, a Maternidade Escola presta serviços assistenciais à comunidade através de convênios com o SUS, tanto para internações como para o atendimento ambulatorial. A MEAC conta com 2 UTINs totalizando 22 leitos, nestas atua uma equipe multiprofissional em regime de plantão, composta de enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas, e recebe o suporte de psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, caso seja necessário.

Fizeram parte do estudo 7 mães de RN internados na UTIN, onde os critérios de inclusão foram mães cujos filhos estivessem com mais de 6 semanas de internação, o que se explica pelo tempo necessário para formação de vínculo (BOWLBY, 2002) e aquelas que após os esclarecimentos sobre a pesquisa, as aceitassem participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para definição do quantitativo de participantes, obedecemos ao critério de saturação teórica de repetitividade das informações (MINAYO, 2016), contudo vale salientar que a coleta se deu em período de pandemia e isolamento social pelo COVID 19, reduzindo assim a amostra.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, registradas por meio de gravador digital, sendo posteriormente os discursos transcritos de forma fidedigna com as falas das mães. Os dados referentes à caracterização foram organizados e apresentados ordenadamente, e os que tratam da temática central do estudo foram analisados qualitativamente. Para tanto, foram submetidos à análise e organizados a partir das questões que nortearam a pesquisa, sendo que as categorias foram alcançadas a partir da leitura exaustiva do material empírico após a qual emergiram as seguintes categorias de análise: “A internação do bebê”; “A equipe que cuida do meu filho” e “Vínculo mãe-filho”.

Foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática para análise dos resultados, onde envolveu a leitura compreensiva, exploração do material ou análise e síntese interpretativa, compondo assim as três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados com interpretações dos dados (BARDIN, 2011). De modo a preservar a identidade das participantes, sem perda do enfoque individualizado dos relatos, optou-se por identificar as mães por nomes de nomes de Ilhas que pensamos fazer um paralelo com a situação dessas mães que se encontram separadas por seus filhos por um grande espaço abstrato, condição retratada neste estudo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), conforme Parecer nº3.545.079. As entrevistas ocorreram em consonância com todos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As mães participantes do estudo tinham idade entre 23 e 33 anos, eram pardas (7) e residiam em cidades como Fortaleza (4), Aracoiaba, Paraipaba e Paramoti. Tinham nível de escolaridade baixo, onde somente 4 haviam concluído o ensino médio, 1 o ensino fundamental, 1 não completou o ensino superior e 1 mãe completou o ensino superior. A renda familiar das mulheres investigadas era de até 1 salário-mínimo (5) e de 2-3 salários-mínimos (2), tinham profissões como dona de casa (5), Cabelereira e Doméstica (2), moravam em casas alugadas (2) e 5 em casa própria, destas, 4 viviam em união estável e 3 afirmaram ser casadas.

As mães declaram não ter feito uso de tabaco (7), álcool (6), e drogas ilícitas (7) no pré-natal. Sobre a existência de doenças maternas, 2 descreveram infecção durante a gestação. A maioria das mulheres do presente estudo relataram ter realizado pré-natal com um total de 3 a 7 consultas (6) e uma só não realizou o pré-natal, 5 mulheres afirmaram ter planejado a gravidez e 5 não a desejavam. Dentre as 7 mulheres, 2 foram primigestas e primíparas na gestação e parto investigados, sendo o restante multigesta e múltipara, onde o parto atual tinha sido cesariano em sua maioria (5) e descritos com complicações (4). Todos os partos aconteceram prematuramente e todos os bebês eram todos do gênero masculino (7).

PERCEPÇÕES EM FOCO

A apresentação dos resultados do processo de análise de conteúdo se dá por meio de três categorias de análise: “A internação do bebê”, “A equipe que cuida do seu filho”, “Vínculo mãe-filho”.

A Internação do bebê:

Na primeira categoria através de perguntas como “Qual foi seu sentimento ao saber que seu bebê ficaria internado?”, “Em que momento lhe foi dito que ele ficaria em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)?”, “O que você sentiu ao entrar a primeira vez nessa Unidade?”, “Você visita seu bebê todo dia? Quantas vezes por semana ou dia?”, buscamos captar os desafios das mães diante da internação precoce do seu filho.

A internação do bebê representou para as mães o momento de separação, uma “quebra” de planos, pois o filho que ela achava que levaria para casa agora teria que ficar

no hospital para sobreviver. Esse momento foi descrito pelas mães por sentimentos como medo, tristeza, choro, susto, como se pode observar nas falas a seguir:

... Quando tiraram ele e eu fui visitar ele, eu tive um baque, muito grande, porque eu disse assim... Meu Deus, oitocentos e setenta gramas, porque eu pensava que ia tá mais, porque da última vez que eu tinha feito o ultrassom, uma...uma semana, não, duas semanas atrás, ele tava com novecentos e doze gramas, e como, separa a placenta e tal, altera mais, ou ele abaixou o peso por conta da pressão que ajuda né? E por causa dessa complicação tudo, ou então... pra mim foi um baque muito grande, grande mesmo (Ibiza).

... Só que o sonho de toda mãe é sair com o bebê nos braços né? E aí quando soube que ele iria ficar, é como se eu tivesse saindo, mas ficando a parte aqui comigo né? Então foi bem, foi bem impactante mesmo. Bate aquela tristeza né? (Fernando de Noronha).

... “Foi muito difícil, porque quando você planeja uma gravidez, você quer um momento único né? A criança, dar de mamar, pegar no colo, sentir o colo da mãe, e eu não pude ter isso, então foi um pouco difícil pra mim (Ilhas Maldivas)

Baseggio et al. (2017) destacam que as mães se sentem aflitas e amedrontadas quando são obrigadas a irem para suas casas sozinhas, separando-se do filho que acabou de nascer. Isso começa a gerar dúvidas que reforçam a impotência frente à situação de hospitalização em que o filho se encontra.

As mães descrevem dificuldade e sofrimento na vivência hospitalar, descrita como monótona, repetitiva e cansativa por elas. O dia a dia em uma UTIN é entendida pelas mães como um evento impactante em suas vidas, com sentimento de tristeza, preocupação e rotina cansativa, mas necessária à sobrevivência do filho e mesmo para aquelas que relatavam mais tranquilidade e felicidade com a recuperação do bebê, o período inicial foi descrito como muito difícil e doloroso (ZANFOLIM; CERCHIARI, 2018; CARTAXO et al., 2014).

A primeira visita da mãe a UTIN é impactante e ela precisa ser tranquilizada, pois o ambiente dessa unidade pode parecer assustador, causando medo, ansiedade e, como consequência, prejudicar a interação mãe/bebê. Cabe aos profissionais de saúde, facilitar a vivência desse processo de internação do bebê, ser estimulada e fortalecida para participar ativamente (PERLIN; OLIVEIRA; GOMES, 2011).

A equipe que cuida do meu filho:

No segundo bloco buscamos conhecer o entendimento das mães sobre a equipe multiprofissional, se esses profissionais facilitam a construção do vínculo e se possibilitavam o cuidado, através das seguintes perguntas: Como você foi e é recebida pelos profissionais que trabalham na UTIN?; Você saberia me dizer quais profissionais trabalham na UTIN

onde seu filho está? Saberia me dizer o que cada um faz? Você se sente à vontade para cuidar do seu filho? Algum profissional te facilita isso? Já colocou seu bebê na postura canguru? Qual profissional te ajudou?

Quando questionadas sobre a equipe multiprofissional que atua na UTI, as participantes tiveram respostas heterogêneas sobre o tema, onde algumas mães tinham conhecimento sobre quais profissionais atuavam e suas respectivas funções e outras relataram não saber ou tiveram dificuldade de argumentar, como podemos observar nas falas a seguir.

Não, assim, pelo que eu acho, por cima né? Tem a técnica, os médicos, Fisioterapeutas, é(...)com certeza tem médico de coraçãozinho né? Cardiologista, pneumologista, que é o do pulmão, é(...)tem pessoas que trabalha...é isso. Tem mais coisa, mas eu não tô lembrada. É, tem a enfermeira, tem uma equipe né (Ibiza).

Sobre o que eles faz né, porque de manhã é uma turma, aí de tarde já é outra, de noite já é outra. Assim, o que eu vejo né, vem um troca ele e dá o leitinho, aí vem outro aí tira aquele líquido da boquinha dele, aí sai né, aí já vem outro pra olhar os aparelho, troca os remédio, aí é assim, aí cada qual tem uma coisa né (Bora Bora).

Mulher eu não sei bem explicar não, mas eu sei que lá né tem as enfermeiras, tem as terapeu(...)é, tem as terapeutas, tem os médicos que faz o acompanhamento na diária né e(...)eu não sei te explicar não. Passa a psicóloga la, é(...)tem, assim, eu não sei te dizer bem qual as funções de cada um não, mas que tem as enfermeira, pediatra, tem psicóloga, tem os médico, eles são bem assistido, bem acompanhado (Kauai).

Não, quanto não. Tem a pediatria que cuidava dele, tem as técnicas de enfermagem, as enfermeira e a médica. As enfermeira, elas limpa né, dá a dietinha. A médica passa pra examinar, uma vez por horário, tem a pediatra também que fica estimulando, pra ver se ele tá sugando bem, olha a barriguinha, pra ver se tá sentindo dor, faz movimento com as mãozinha, estimula eles (Santorini).

“O carinho entre a mãe e o bebê, o resgate do vínculo é possível com o toque, uma das ferramentas mais eficazes para estimular essa ligação, sendo necessário ser estimulado desde a unidade, incluindo-se a equipe de saúde” (BARROSO et al., 2015, v. 16, p. 168).

Quando questionadas a respeito de como a equipe a recebe e se os profissionais permitem e facilitam os cuidados com seus filhos, afirmaram ser bem recebidas e algumas ainda não se sentiram à vontade por conta do estado do bebê. Nas falas das mães é possível notar que a maioria já colocou o bebê na postura Canguru.

...Quando ele completou um mês(...) elas me deram um presente que foi colocar no canguru, então a Fisioterapeuta (disse o nome), ela que colocou a primeira vez no meu colo, ela ajeitou todo, mesmo ele tando cheio de aparelho, ela fez a questão de pegar e botar e ficou lá até terminar o tempinho do canguru com ele né? Então, as meninas foram maravilhosas, assim (Fernando de Noronha).

Eu sinto, eu me sinto super a vontade, os profissionais aqui, facilitam muito, quando a gente tá aqui, eles deixam a gente dar comida, trocar fralda, dar banho, trocar a roupinha, tudo, como se você tivesse em casa (Ilhas Maldivas).

Não, no momento, no momento ainda não tô muito à vontade, por causa da incubadora, por causa que ele tá no CPAP, já saiu agora, agora tá no capacetezinho, ainda não, mas ainda vai chegar essa hora(risos) (Ibiza).

...eles me deixa bem à vontade com ele, trazer as coisinhas, roupinha, bem liberal, me deixam participar do momento dele bem direitinho, eu nunca tive nenhum constrangimento de nenhuma das partes delas não (Kauai).

Muito bem, eles me tratam muito bem mesmo, com educação, tudim. Cuidam bem, nada a reclamar não (Santorini).

Zanfolim e Cerchiari (2018) demonstraram em seu estudo um total descontentamento das mães com a equipe de saúde que descreveram comportamentos considerados ofensivos e falta de um cuidado empático com a mãe e o bebê, fato totalmente diferente do encontrado no presente estudo e que talvez se deva a constante educação continuada oferecida pelo hospital de estudo quanto ao contexto humanizador.

Sousa et al. (2019) afirmam ser de suma relevância mencionar a necessidade do reconhecimento por parte da equipe multidisciplinar, da promoção de uma assistência humanizada. Precisa-se assegurar o acolhimento familiar na UTIN, a fim de estabelecer adaptação, conforto e fortalecimento do vínculo entre os pais e o prematuro.

Santos et al. (2020) destacam a importância de o profissional de saúde fortalecer o vínculo e a interação mãe-filho, de acolher e informar essas mães sobre o dia a dia do filho e de incentivar na realização dos cuidados maternos, de modo a reduzir o impacto negativo da experiência dolorosa de presenciar o filho necessitando de tantos aparelhos e separado dela. Ressalta-se ainda que a construção desse vínculo é de extrema importância e fundamental para o desenvolvimento e crescimento do bebê.

Vínculo mãe-filho:

Nesse bloco buscamos saber quais as perspectivas dessas mães quanto ao vínculo que as mesmas têm com seus filhos, onde foram direcionadas perguntas como: Como você descreve a sua relação com o seu bebê?; Você acha que ele reconhece sua voz e seu toque? Como você percebe isso?

Quando questionadas como descreviam a sua relação com seu bebê a maioria reagiu positivamente, afirmando ser tranquila e sempre com a esperança de melhorar, a minoria falou que por conta do trabalho e outras circunstâncias, notavam sua relação distante, como podemos ver nas falas:

Eu queria passar bem mais tempo, mas como ele passou muito tempo aqui, tá com mais de quatro meses, eu preciso trabalhar, pra mim, ou sair do emprego tô vendo ainda, pra me dar estabilidade de dinheiro, pra mim poder ter esse vínculo com ele mais achegado, mas eu procuro vir segunda, quarta e sexta o dia todo, pra mim ficar mais próxima, pegar ele, sentir ele, mas na terça e quinta é muito difícil não vir (risos), fico só pensando no trabalho (Bali).

Eu, eu(...)minha relação entre eu e ele(...)eu sinto ele distante, as vezes. Porque assim, é difícil você tá aqui hoje e não poder pegar ele, entendeu? Aí ir pra casa e voltar no outro dia, sem ter aquele vínculo ainda. Por quê? Porque ele tá cansadinho ainda, precisando de mais oxigênio, aí eu me, eu sinto assim, falta e com certeza ele sente falta disso, também. Aí é isso, mas não é por elas, é pelo estado dele (Ibiza).

...Então assim, eu pretendo que a nossa relação seja assim, bem mais tranquila, como se fosse de amizade mesmo né? De ser o meu companheiro, até onde ele permitir ser né? Que depois os filho botam as asa e... (risos) (Fernando de Noronha)

...melhor momento, maior felicidade que eu tenho, agora assim, eu fico triste por que eu não posso levar pra casa né, por ele tá desenganado pelos médicos, assim né, como mãe dá tristeza, as vezes dá revolta, dá angústia, sofro em ver ele ali intubado, querer levar pra casa e não poder levar, é isso aí, é uma situação muito difícil, muito dolorosa, de ver meu filho naquela situação né, eu queria ter tido e ter levado pra casa, como normal né, o que a gente espera (Kauai).

Ao nascimento, o Rn é um ser que ainda que não consegue sobreviver independentemente e nem fazer suas necessidades, dependendo de um adulto cuidador, que lhe propicie os recursos que faltam para a nutrição física e higiene e lhe ofereça suporte emocional. Se isso ocorre com uma figura constante, pela mãe, por exemplo, esta é denominada por Bowlby (2002), como Figura de Apego e essa relação poderá proporcionar à criança um desenvolvimento biopsicoafetivo seguro e saudável. Estudos reforçam a tese de que a ausência desse contato, nos primeiros meses de vida do bebê, pode causar prejuízos ao desenvolvimento psíquico e motor (SANTO; ARAÚJO, 2016).

Gomes et al. (2019), concluíram em seu estudo, que a mãe de bebê prematuro vivencia uma mistura de sentimentos do que ela idealizou sobre seu filho e o que presencia no ambiente de UTIN é muitas vezes ameaçador e assustador. Existe uma variedade de

sentimentos onde ao mesmo tempo que a mãe deseja ver seu bebê bem e tê-lo mais rápido em casa e na família, existe o paradoxo da tristeza por medo de perdê-lo. Essa situação interfere a formação ou fortalecimento do vínculo mãe bebê.

Quando questionado se elas percebem se os bebês sentem a sua presença, o toque e a voz, todas responderam positivamente e se emocionavam enquanto relatavam os sinais que os bebês davam.

Reconhece, quando ele tá chorando e eu acalento, ele para de chorar, faço carinho e ele dorme. E ele quer ir pra casa com a mãe dele(risos) (Santorini).

...De primeira, quando eu chegava, ele não olhava, agora ele já olha, ele já acha graça, fica brincando, aí a gente já sabe que ele sabe que já é a mãe né (Bora Bora).

Ele conhece, conhece porque ele mexe muito, ele pega no meu braço bem forte, minha mão, a mãozinha dele muito forte na minha, né? Ele fica inquieto, assim, como se dissesse assim, me tira daqui, ele fica inquieto. Aí eu percebo assim que eu acho se ele tivesse assim, em casa, era bom (Ibiza).

Reconhece! Principalmente quando eu canto. Ele, quando ele tá chorando, que tem uma música que eu cantava pra ele, quando ele tava na barriga, que é a do Alecrim. Então quando eu começo a cantar, ele para. Ele vai parando de chorar, ele vai se acalmando, e aí ele reconhece (Fernando de Noronha).

Barroso et. al (2015), afirmam em seu estudo que para surgir essa “maternagem”, a mãe tem que desenvolver certos comportamentos de aproximação, por meio do vínculo. É preciso que ela, ao se aproximar do filho, mesmo que com sentimento de medo e insegurança, sorria, faça gestos faciais, abrace, acaricie, beije, cantarole e contemple-o prolongadamente. Estas atitudes são consideradas indícios de vínculos e necessários, mesmo em situações indesejáveis.

Além do atendimento precoce ao bebê de risco pela equipe multidisciplinar, o vínculo mãe/ filho, a voz dos pais, o carinho e o amor dedicado ao recém-nascido são cruciais para seu tratamento e recuperação, podendo ser chamados de agentes de cura. Portanto, deve-se dar igual valor e incentivo a este relacionamento (BARROSO et al.,2015).

CONCLUSÃO

Por meio do estudo foi possível identificar que as participantes encontram dificuldade em realizar os cuidados maternos com seu filho, por conta do medo e do estado que se encontra o bebê. Entretanto, afirmaram que a equipe multiprofissional facilita e possibilita seu contato e vínculo com o filho. No cotidiano com os filhos as mães conseguiam identificar os sinais que o filho dava ao seu toque e a sua presença ou quando cantavam e conversavam com eles.

Com base nos resultados do presente estudo, sugerimos a elaboração de cartilhas educativas sobre o ambiente hospitalar e atuação da equipe multiprofissional da UTIN. Essas cartilhas poderiam ser oferecidas e comentadas com as mães de forma a tranquilizá-las e as tornarem mais familiarizadas com o ambiente dessa Unidade que normalmente é tão impactante e traumatizante, facilitando o maior contato e cuidado com seus filhos, fortalecendo o vínculo e sendo visto como um cuidado complementar de extrema importância para o prognóstico do prematuro.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, C. J.; BACCELLI, M.S; BENINCASA, M. O vínculo mãe-bebê no período de puerpério: uma análise Winnicottiana. **Revista do NESME**, v. 14, ed. 1, 2017.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.
- BARROSO, M.L. et al. Consequências da prematuridade no estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe adolescente e recém-nascido. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 168 -175, 2015.
- BASEGGIO, D.B. et al. Vivências de mães e bebês prematuros durante a internação neonatal. **Trends in Psychology**, Ribeirão Preto mar, v. vol.25, n. 1, ed. 153-167, 2017.
- BOWLBY, J. **Apego e perda: Apego: a natureza do vínculo**, 3 ed, v. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- BRASIL. Resolução CNS nº 466, 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 12, seção 1, p. 59, 13 jun. 2013.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de estimulação precoce**. Crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, Brasília-DF, ed. 1, 2016.
- CARTAXO, L.da S.et al. Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, ano 2014, v. 22, n. 551-7, ed. 4, julho/agosto 2014.
- CAVALCANTE, A.N.M. epidemiologia da mortalidade neonatal no Ceará no período de 2005-2015. **Rev Bras Promoç Saúde**, v.31, n.4, p. 1-8, out./dez., 2018.
- GOMES, F. A. et al. Vínculo Mãe-Bebê e a Interferência no desenvolvimento do prematuro. **Processo de Cuidar: Diversidades tecnológicas e Seus Impactos Sustentáveis**, Fortaleza, 2019.
- MINAYO, M.C. de S. (2016). O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. (12ª edição). São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- PERLIN, D.A.; OLIVEIRA, S.M. de; GOMES, G.C.. A criança na unidade de terapia intensiva neonatal: impacto da primeira visita da mãe. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, ano 2011, v. 32, ed. 3, Sept. 2011.

SANTANA, É.F.M.; MADEIRA, L.M. A mãe acompanhante na unidade de terapia intensiva neonatal: desafios para a equipe assistencial. **Revista de enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, [s. l.], ano 2013, v. 3, p. 475-487, ed. 1, jan/abr 2013.

SANTO, C. S. O. do E.; ARAÚJO, M. A. N. Vínculo afetivo materno: Processo fundamental à saúde mental. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 5, ed. 1, 2016.

SANTOS, A.da S. et.al. Construção e validação de tecnologia educacional para vínculo mãe-filho na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, ano 2020, v. 73, ed. 4, 1 jun. 2020.

SILVA, A.R.E.D.; GARCIA, P.N.; GUARIGLIA, D.A. Método canguru e os benefícios para o recém-nascido. **HÓRUS**,v. 8, n.2, p.1-10.2017.

SOUSA, S. C. et al. Fortalecimento do vínculo entre a família e o neonato prematuro. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 13, p. 298-306, ed. 2, fev 2019.

TEIXEIRA, G.A. et al. Perfil de mães e o desfecho do nascimento prematuro ou a termo. **Cogitare Enferm.** (23)1: e51409, 2018.

WINNICOTT, D. W. Por que choram os bebês? In: D. W. Winnicott (Org.), **A criança e o seu mundo**. Rio de Janeiro: LTC. 2012. p.64-75.

ZANFOLIM, L.C.; CERCHIARI, E.A.N. Dificuldades Vivenciadas pelas Mães na Hospitalização de seus Bebês em Unidades Neonatais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38 n1, p.22-35, Jan/Mar. 2018.

CAPÍTULO 18

PICO DE CRESCIMENTO E O REBOTE DA ADIPOSIDADE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 05/01/2021

Daniela dos Santos

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador – SC
<http://lattes.cnpq.br/5652376199000766>

Cristianne Confessor Castilho Lopes

Universidade da Região de Joinville
Joinville – SC
<http://lattes.cnpq.br/9902342956433771>

Eduardo Barbosa Lopes

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador – SC
<http://lattes.cnpq.br/6043673565222988>

Youssef Elias Ammar

Universidade do Sul de Santa Catarina
Tubarão – SC
<http://lattes.cnpq.br/8248841296138817>

Heliude de Quadros

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador – SC
<http://lattes.cnpq.br/7987673742009694>

Paulo Sérgio Silva

Universidade da Região de Joinville
Joinville – SC
<http://lattes.cnpq.br/1831875660790023>

Vanessa da Silva Barros

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador – SC
<http://lattes.cnpq.br/0702099768688026>

Lucas Castilho Lopes

Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis – SC
<http://lattes.cnpq.br/6043673565222988>

Marivane Lemos

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador – SC
<http://lattes.cnpq.br/8719569330952733>

RESUMO: O crescimento é um processo característico dos seres vivos definido pelo aumento linear das estruturas que o compõem, mas é no período fetal que se verifica a maior velocidade de crescimento de toda a vida do indivíduo. Após o nascimento ocorre um crescimento contínuo, mas não linear ao longo do tempo, caracterizado por saltos curtos e longos períodos de parada. Esses períodos são chamados de pico de crescimento, e ocorrem em momentos distintos desde o nascimento até a puberdade. Durante esse processo ocorre o acúmulo de gordura corporal, ocasionando variações no IMC. Quando a criança passa pelo período de aumento do IMC, após uma queda brusca, chamamos esse momento de rebote da adiposidade. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão da literatura sobre pico de crescimento e o rebote da adiposidade durante a primeira infância. Estudo do tipo revisão bibliográfica, realizado nas bases de dados Medline, Pubmed, Scielo e Google acadêmico onde foram selecionados artigos de revisão e revisões sistemáticas sem limitação de ano de publicação. Foram utilizados os descritores,

pico de crescimento e rebote da adiposidade e as suas correspondentes em inglês, “growth spike” e “adiposity rebound”. Primeiramente realizou-se a leitura dos resumos para possível seleção e após, os artigos selecionados, foram revisados na íntegra. Os estudos mostraram que o período compreendido entre 0 a 2 anos de idade apresentaram as maiores variações no ganho de peso. Onde o rápido crescimento na primeira infância pode resultar em risco aumento de sobrepeso. E a recuperação precoce da adiposidade é um marcador importante de sobrepeso/obesidade na vida adulta. Assim, A avaliação do estado no nutricional durante a primeira infância torna-se um importante preditor de obesidade na vida adulta, e o melhor período para realizar campanhas educativas e preventivas da obesidade infantil.

PALAVRAS - CHAVE: pico de crescimento; rebote da adiposidade; obesidade; infantil

GROWTH SPIKE AND THE ADIPOSITY REBOUND: A LITERATURE REVIEW.

ABSTRACT: Growth is a characteristic process of living beings defined by the linear increase in the structures that compose it, but it is in the fetal period that the highest growth rate of the individual's entire life occurs. After birth there is a continuous growth, but not linear over time, characterized by short jumps and long periods of stop. These periods are called peak growth and occur at different times from birth to puberty. During this process, body fat accumulates, causing variations in BMI. When the child goes through the period of increased BMI, after a sudden drop, we call this moment a rebound of adiposity. The objective of this study was to conduct a literature review on peak growth and rebound of adiposity during early childhood. Bibliographic review type study carried out in the Medline, Pubmed, Scielo and Google academic databases, where review articles and systematic reviews were selected without limiting the year of publication. The descriptors, peak of growth and rebound of adiposity and their corresponding in English, “growth spike” and “adiposity rebound” were used. First, the abstracts were read for possible selection and afterwards, the selected articles were reviewed in full. Studies have shown that the period between 0 to 2 years of age showed the greatest variations in weight gain. Where rapid growth in early childhood can result in increased risk of overweight. And early recovery from adiposity is an important marker of overweight / obesity in adulthood. Thus, the assessment of nutritional status during early childhood becomes an important predictor of obesity in adulthood, and the best time to carry out educational and preventive campaigns on childhood obesity.

KEYWORDS: growth spike; rebound of adiposity; obesity; childhood.

1 | INTRODUÇÃO

O crescimento é um processo característico dos seres vivos definido pelo aumento linear das estruturas que o compõem. Apresenta-se de forma contínua, porém não constante, podendo ser interpretado como resultante da interação de fatores genéticos, que têm sua expressão modulada por características ambientais, nutricionais, socioeconômicas e emocionais.

De um modo geral, considera-se o crescimento o aumento do tamanho corporal e, portanto, ele cessa com o término do aumento em altura (crescimento linear). Pode-se dizer que o crescimento do ser humano é um processo dinâmico e contínuo que ocorre

desde a concepção até o final da vida, considerando-se os fenômenos de substituição e regeneração de tecidos e órgãos. É considerado como um dos melhores indicadores de saúde da criança, em razão de sua estreita dependência de fatores ambientais, tais como alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais e de higiene, condições de habitação e saneamento básico, acesso aos serviços de saúde, refletindo assim, as condições de vida da criança, no passado e no presente. (BRASIL., 2011).

O processo de crescimento normal apresenta fases com características específicas, as quais são decorrentes de maior ou menor influência dos fatores de crescimento, considerando-se também a mensagem genética própria do indivíduo (BRASIL, 2002).

A altura (estatura) final do indivíduo é o resultado da interação entre sua carga genética e os fatores do meio ambiente que permitirão a maior ou menor expressão do seu potencial genético. Nas crianças menores de cinco anos, a influência dos fatores ambientais é muito mais importante do que a dos fatores genéticos para expressão de seu potencial de crescimento. Os fatores genéticos apresentam a sua influência marcada na criança maior, no adolescente e no jovem. (HABICHT et al., 1974)

É no período fetal que se verifica a maior velocidade de crescimento de toda a vida do indivíduo. Após o nascimento, esse processo se apresenta com diferentes características devido principalmente aos fatores determinantes em cada fase, observando-se modificações no ganho estatural, na forma, na proporção e na composição corporal. Nota-se um crescimento contínuo, mas não linear ao longo do tempo, caracterizado por saltos curtos e longos períodos de parada. (BRASIL, 2002)

Os dois primeiros anos de vida têm uma grande velocidade, conhecida como primeiro estirão, predominando os fatores ambientais como determinantes do processo, associados aos fatores pré e perinatais. Após os dois anos de idade e até o início do estirão pubertário, os ganhos de peso e de estatura passam a exibir aumentos de menores intensidades, de modo mais contínuo, mantendo-se dentro do denominado “canal de crescimento” esperado segundo a idade e o gênero. A informação genética e os fatores neuro-hormonais, de modo integrado, têm papel preponderante entre os mecanismos envolvidos no crescimento nessa fase (BRASIL, 2002).

As medidas de crescimento são os componentes mais importantes da avaliação nutricional das crianças, a comparação com padrões normais de crescimento são o padrão-ouro pelo qual se avaliam saúde e bem-estar das crianças. Padrões de crescimento alterados são uma consequência tardia de algum desvio nutricional, independentemente da causa da privação nutricional. Assim, é necessária uma vigilância cuidadosa dos problemas nutricionais, principalmente em crianças em risco, para a prevenção de morbidade nutricional.

As medidas de crescimento devem ser anotadas em gráficos de crescimento que forneçam uma referência para a população que está sendo medida (Carteira de saúde da criança, fornecida pelo ministério da saúde). Medições seriais devem ser obtidas para

determinar se o padrão de crescimento é realmente anormal ou é uma variante normal.

Há evidências da ocorrência de dois períodos críticos relacionados ao sobrepeso/obesidade e que não estão significativamente correlacionados entre si (BOTTON et al., 2008).

O primeiro período está relacionado à composição corporal, pois nesse momento ocorre intensa formação do tecido adipocitário, desenvolvimento de funções endócrinas e secreção transitória de hormônios com efeitos anabólicos. Fatores genéticos, hábitos alimentares dos pais e o nível de atividade física podem ser os determinantes mais próximos da velocidade do crescimento ponderal no segundo período (WELLS et al., 2005).

E o segundo período crítico de desenvolvimento, geralmente ocorre entre 4 e 6 anos de idade. Neste, ocorre o segundo aumento fisiológico do índice de massa corpórea (IMC), também conhecido como rebote da adiposidade, cuja ocorrência em idade precoce está relacionada ao maior risco para sobrepeso/obesidade futuro, uma vez que influencia o aumento da velocidade do ganho ponderal e hiperplasia celular (ROLLAND-CACHERA et al., 1984).

Após a perda da “gordura de bebê”, todas as crianças atingem o ponto mais baixo do seu índice de massa corpórea (IMC), um período em que a criança fica magra, antes de começar a ganhar peso de maneira mais ou menos constante até a idade adulta. Quanto antes elas alcançam este ponto mais baixo do IMC, maior é a tendência de apresentar risco obesidade ainda na infância.

Embora existam evidências que demonstrem que as características do rebote da adiposidade refletem alterações na massa gorda, ainda não está claro se as características do pico de IMC (por exemplo, idade ou magnitude do pico) estão associadas com as medidas diretas de adiposidade.

O objetivo deste artigo foi realizar uma revisão da literatura sobre a relação entre o pico de crescimento com o rebote da adiposidade durante a primeira infância.

2 | MÉTODO

Este trabalho foi elaborado a partir de uma revisão da literatura nas bases de dados Medline, Pubmed, Scielo e Google acadêmico. Foram selecionados artigos de revisão, metanálises e revisões sistemáticas sem limitação de ano de publicação. Foram utilizados os descritores, pico de crescimento e rebote da adiposidade e as correspondentes em inglês, “growth peak e “adiposity rebound”. Após a leitura dos resumos dos artigos encontrados, houve a exclusão dos artigos onde o assunto não era abordado de uma forma específica, e os artigos restantes foram lidos na íntegra, resultando em um total de 6 artigos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi apresentar e discutir os achados da literatura referentes ao pico de crescimento e o rebote da adiposidade durante a primeira infância. Neste contexto os artigos foram lidos e selecionados criteriosamente, sendo discutidos a seguir.

3.1 Pico de crescimento

Os picos de crescimento infantil, são súbitas explosões de crescimento e que são normalmente caracterizados pelo aumento de peso, de comprimento e de perímetro cefálico a um ritmo superior ao normal.

Esse processo ocorre entre crianças que, após ter sofrido algum tipo de agressão, apresentam um período de aceleração do crescimento e retomam a posição em que se encontravam antes da agressão, enquanto que o rápido ganho de peso ou crescimento acelerado ocorre em crianças que não tenham sofrido qualquer tipo de agressão (KARAOLIS-DANCKERT et al., 2006, 2008).

O pico de IMC normalmente ocorre entre as idades de 6 e 12 meses. Estudos recentes sugerem que a idade no pico do IMC pode ser específica da população. Estudos realizados em populações europeias relataram uma idade média no pico do IMC de 9 meses, enquanto dois estudos de coorte nos EUA encontraram uma idade um pouco mais cedo no pico: 7 a 8,5 meses. As meninas atingiram o pico um pouco mais tarde do que meninos em ambas as populações.

Em outro estudo a maior variação nas taxas de ganho de peso foi nos primeiros 1–2 anos de vida, quando os bebês puderam mostrar um crescimento significativo. Essas taxas variáveis de crescimento geralmente compensam os efeitos de restrição intrauterinos ou aumento do crescimento fetal e por dois anos de idade geralmente seguem a trajetória genética. O autor ainda descreve que a recuperação pós-natal precoce do crescimento, em um ambiente contemporâneo, leva a um aumento risco de obesidade central e periférica na infância e risco potencial de doença na idade adulta (ONG et al., 2000).

O rápido crescimento na infância, na primeira infância, resultou em um aumento do IMC e % de Gordura Corporal (GC) ao longo da infância e um risco aumentado de sobrepeso aos 7 anos de idade entre crianças com apropriada idade gestacional (KARAOLIS-DANCKERT et al., 2006).

Um aspecto importante do conhecimento atual sobre crescimento acelerado é que a maioria dos estudos que avaliou a relação entre ganho de peso pós-natal e sobrepeso e/ou obesidade na infância analisou este processo somente nos primeiros dois anos de vida (entre 0 - 1 e 1 - 2 anos de idade ou entre 0 - 2 anos), sem levar em consideração as crianças com crescimento acelerado além desta faixa etária. Aqueles que avaliaram o crescimento acelerado além dos dois anos verificaram que, após este período, há maior risco para o desenvolvimento de sobrepeso e obesidade na infância e na vida adulta

(VICTORA et al., 2007; WELLS et al., 2005). Entretanto, ainda não está claro o período em que este processo ocorre de fato.

O estado nutricional durante o crescimento é atualmente avaliado com base de peso e altura. Peso para idade e peso para altura são recomendadas para crianças pequenas pelo mundo Organização de Saúde. No entanto, o primeiro indicador ignora altura e o segundo ignora a idade. Índices de peso por altura de acordo com a idade incluem os três parâmetros (peso, altura e idade) simultaneamente (ROLLAND-CACHERA et al., 2006).

3.2 Rebote da adiposidade

A “recuperação da adiposidade” descreve a queda e subsequente aumento do índice de massa corporal (IMC) que ocorre na maioria das crianças em torno da idade da escola. (CAMPBELL et al., 2011)

A definição de uma recuperação precoce da adiposidade varia na literatura, onde alguns estudos definem como ocorrendo antes de 4 anos (KOYAMA et al., 2014) enquanto outros usaram a idade de 5 ou 5,5 anos, considerando um limiar diferente entre meninos e meninas (FREEDMAN, 2001).

Evidências indicam que crianças que ganham peso rapidamente no início da vida apresentam maior risco de obesidade mais tarde, o período compreendido entre os primeiros meses ou anos de vida (2– 4 anos) quanto o período de recuperação da adiposidade (5-7anos) mostrou-se associado com obesidade na idade adulta (BOTTON et al., 2008). Nos EUA, a cada ano a diminuição da idade na recuperação da adiposidade foi associada a um aumento de 2,5 kg / m² no nível de IMC previsto entre 19 e 23 anos (BARKER et al., 1989).

Em muitos países confirmou-se que o rebote da adiposidade precoce aumenta o risco de pressão alta e obesidade em adultos jovens. A magnitude do efeito pode ser substancial. A recuperação antecipada também é associada à tolerância diminuída à glicose e diabetes em idade adulta. Como a recuperação da adiposidade é determinada usando medições seriadas do índice de massa corporal, as reais mudanças na composição corporal que ocorrem durante esse período não são bem esclarecidas (TAYLOR et al., 2005)

A recuperação antecipada da adiposidade está relacionada a um aumento precoce no número de células adiposas, como parte de um processo avançado de maturação celular que pode ser mediada por fatores hormonais e, por sua vez, pela dieta. Assim, a transição do declínio constante para aumento constante da adiposidade ocorre por um período mais prolongado que a curva do IMC. Antes da recuperação do IMC, o IMC diminui constantemente durante um período prolongado. Quando esse período é encurtado, o risco de obesidade futura é aumentado (ROLLAND-CACHERA et al., 2006).

Maiores velocidades no ganho de peso entre os 3 e 5 anos parecem mais fortemente relacionados com ganhos de massa gorda do que em massa sem gordura (BOTTON et al., 2008)

O rebote da adiposidade é então um marcador importante a ser considerado em

estudos que investigam os riscos a saúde durante a infância. Essas descobertas corroboram a noção de que monitoramento regular de peso e altura durante a infância pode ajudar a identificar crianças em risco de desenvolver perfil cardiometabólico adverso na idade adulta (PÉNEAU et al., 2016)

Uma maneira mais atraente de examinar o IMC infantil é modelar trajetórias individuais com base em medidas repetidas de IMC ao longo da infância. A capacidade do IMC infantil de prever o IMC adulto pode potencialmente ser melhorada usando a trajetória de IMC de uma criança, além ou em vez de seu IMC em idades específicas (WEN et al., 2012)

4 | CONCLUSÃO

Os picos de crescimento infantil, são súbitas explosões de crescimento e que são normalmente caracterizados pelo aumento de peso, de comprimento e de perímetro cefálico a um ritmo superior ao normal.

A recuperação ou rebote da adiposidade é um período crítico para o desenvolvimento da obesidade. Alguns estudos epidemiológicos mostraram claramente que a recuperação da adiposidade que ocorre em uma idade mais precoce foi associada ao aumento do risco de sobrepeso ou obesidade em adolescência ou idade adulta.

As associações de pico de crescimento e rebote de adiposidade com resultados de saúde não estão bem caracterizadas, o estudo desta associação deve ajudar no desenvolvimento de intervenções potenciais nestas crianças.

A avaliação do estado no nutricional durante a primeira infância torna-se um importante preditor de obesidade na vida adulta, e o melhor período para realizar campanhas educativas e preventivas da obesidade infantil.

REFERÊNCIAS

BARKER, D. J. et al. **Weight in infancy and death from ischaemic heart disease.** The Lancet, v. 334, n. 8663, p. 577–580, 9 set. 1989.

BOTTON, J. et al. **Postnatal weight and height growth velocities at different ages between birth and 5 y and body composition in adolescent boys and girls.** American Journal of Clinical Nutrition, v. 87, n. 6, p. 1760–1768, 2008.

BRASIL. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde : Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** [s.l.: s.n.].

BRASIL. **Saúde da Criança - Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** [s.l.: s.n.]. v. 54

- CAMPBELL, M. W. C. et al. **Is the adiposity rebound a rebound in adiposity?** *International Journal of Pediatric Obesity*, v. 6, n. 2–2, 2011.
- FREEDMAN, D. S. et al. **BMI rebound, childhood height and obesity among adults: the Bogalusa Heart Study.** *Int J Obes Relat Metab Disord.*, v. 25, p. 543–9, 2001.
- HABICHT, J.P. et al. **Height and weight standards for preschool children.** *The Lancet*, v. 303, n. 7858, p. 611–615, 6 abr. 1974.
- KARAOLIS-DANCKERT, N. et al. **Rapid growth among term children whose birth weight was appropriate for gestational age has a longer lasting effect on body fat percentage than on body mass index.** *American Journal of Clinical Nutrition*, v. 84, n. 6, p. 1449–1455, 2006.
- KARAOLIS-DANCKERT, N. et al. **How pre- and postnatal risk factors modify the effect of rapid weight gain in infancy and early childhood on subsequent fat mass development: Results from the Multicenter Allergy Study 90.** *American Journal of Clinical Nutrition*, v. 87, n. 5, p. 1356–1364, 2008.
- KOYAMA, S. et al. **Adiposity rebound and the development of metabolic syndrome.** *Pediatrics*, v. 133, n. 1, 2014.
- ONG, K. K. L. et al. **Association between postnatal catch-up growth and obesity in childhood: Prospective cohort study.** *British Medical Journal*, v. 320, n. 7240, p. 967–971, 2000.
- PÉNEAU, S. et al. **Age at adiposity rebound: Determinants and association with nutritional status and the metabolic syndrome at adulthood.** *International Journal of Obesity*, v. 40, n. 7, p. 1150–1156, 2016.
- ROLLAND-CACHERA, M. et al. **Adiposity rebound in children: A simple indicator for predicting obesity.** *American Journal of Clinical Nutrition*, v. 39, n. 1, p. 129–135, 1984.
- ROLLAND-CACHERA, M. F. et al. **Early adiposity rebound: Causes and consequences for obesity in children and adults.** *International Journal of Obesity*, v. 30, p. S11–S17, 2006.
- TAYLOR, R. W. et al. **Early adiposity rebound: Review of papers linking this to subsequent obesity in children and adults.** *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, v. 8, n. 6, p. 607–612, 2005.
- VICTORA, C. G. et al. **Weight gain in childhood and body composition at 18 years of age in Brazilian males.** *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, v. 96, n. 2, p. 296–300, 2007.
- WELLS, J. C. K. et al. **Fetal, infant and childhood growth: Relationships with body composition in Brazilian boys aged 9 years.** *International Journal of Obesity*, v. 29, n. 10, p. 1192–1198, 2005.
- WEN, X. et al. **Childhood body mass index trajectories: Modeling, characterizing, pairwise correlations and socio-demographic predictors of trajectory characteristics.** *BMC Medical Research Methodology*, v. 12, n. 1, p. 38, 2012.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: EDUCAÇÃO EM SAÚDE DAS PRINCIPAIS ZOONOSES EM ESCOLAS PÚBLICAS DE TERESINA, PIAUÍ, BRASIL

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 05/01/2021

Ana Gabriellen Sousa do Nascimento

Universidade de Federal do Piauí
Teresina, Piauí
<http://lattes.cnpq.br/2345720982616221>

Luana Oliveira de Lima

Universidade de Federal do Piauí
Teresina, Piauí
<https://orcid.org/0000-0002-7853-1608>

Nayara Kelen Miranda dos Santos

Universidade de Federal do Piauí
Teresina, Piauí
<https://orcid.org/0000-0002-7049-6545>

Wagner Martins Fontes do Rêgo

Universidade Federal de Minas Gerais
Minas Gerais
<https://orcid.org/0000-0002-5508-2731>

Lauro Cesar Soares Feitosa

Universidade de Federal do Piauí
Teresina, Piauí
<https://orcid.org/0000-0001-9675-3872>

Taciana Galba da Silva Tenório

Universidade de Federal do Piauí
Teresina, Piauí
<https://orcid.org/0000-0001-9376-2079>

Bruno Leandro Maranhão Diniz

Universidade de Federal do Piauí
Teresina, Piauí
<https://orcid.org/0000-0002-2996-0668>

RESUMO: As zoonoses constituindo-se 60% dos patógenos humanos e representam 75% das doenças infecciosas emergentes no mundo. São os profissionais da saúde responsáveis por promover ações e atividades em saúde pública sendo a escola um espaço privilegiado de interações sociais, e a promoção da saúde educacional no ambiente escolar é fundamental para a formação de cidadãos construtores e promotores de saúde. O objetivo deste trabalho é Relatar experiências com a educação em saúde através de apresentação teatral à crianças e docentes do ensino fundamental na cidade de Teresina, Piauí. O público alvo das ações em saúde são crianças (5-8 anos) do Centro Municipal de Educação Infantil Maria do Amparo Ferreira Alencar, localizado em bairro periférico da Cidade de Teresina, Piauí. O efetivo de 287 crianças foram alvos das ações lúdicas de educação em saúde que abordaram as principais formas de transmissão e prevenção dos agravos Raiva, Toxoplasmose, Leishmaniose Visceral e Leptospirose. ravs zoonóticos que acometem o ser humano. A cada encenação foram realizados questionamentos sobre os agravos e ao final repetidos os mesmos questionamentos, para a averiguação da aprendizagem. Resultados obtidos com os simples questionamentos realizados antes e após as apresentações retrataram o poder da educação em saúde na formação de crianças do ensino fundamental, quando 100% dos erros cometidos nos questionamentos iniciais das ações foram suprimidos na abordagem posterior. Portanto, a educação em saúde, apresentada em teatro lúdico, representa uma ferramenta valiosa para

profissionais de saúde e para as crianças de escolas públicas na cidade de Teresina, Piauí.

PALAVRAS - CHAVE: Educadores em Saúde, Zoonoses, Educação Infantil

EXPERIENCE REPORT: HEALTH EDUCATION OF THE MAIN ZOOSES IN PUBLIC SCHOOLS IN TERESINA, PIAUÍ, BRAZIL

ABSTRACT: Zoonoses make up 60% of human pathogens and represent 75% of emerging infectious diseases in the world. Health professionals are responsible for promoting public health actions and activities, the school being a privileged space for social interactions, and the promotion of educational health in the school environment is fundamental for the formation of citizens who build and promote health. The objective of this work is to report experiences with health education through theatrical presentation to children and teachers of elementary school in the city of Teresina, Piauí. The target audience for health actions are children (5-8 years) from the Maria do Amparo Ferreira Alencar Municipal Center for Early Childhood Education, located in a peripheral neighborhood in the city of Teresina, Piauí. The number of 287 children were targets of playful health education actions that addressed the main forms of transmission and prevention of diseases Rabies, Toxoplasmosis, Visceral Leishmaniasis and Leptospirosis. zoonotic ravens that affect humans. At each stage, questions were asked about the injuries and, at the end, the same questions were repeated, to ascertain the learning. Results obtained with the simple questions asked before and after the presentations portrayed the power of health education in the training of elementary school children, when 100% of the mistakes made in the initial questioning of the actions were suppressed in the later approach. Therefore, health education, presented in playful theater, represents a valuable tool for health professionals and for children in public schools in the city of Teresina, Piauí.

KEYWORDS: Health Educators, Zoonoses, Early Childhood Education.

1 | INTRODUÇÃO

As zoonoses constituindo-se 60% dos patógenos humanos e representam 75% das doenças infecciosas emergentes no mundo. O Ministério da Saúde, por intermédio da Política Nacional de Atenção Básica, atribui aos profissionais de Saúde a promoção de ações de educação em Saúde à população, bem como a participação em atividades de educação permanente. A escola constitui um espaço privilegiado de interações sociais, e a promoção da saúde educacional no ambiente escolar é fundamental para a formação de cidadãos construtores e promotores de saúde. Portanto, o objetivo deste trabalho é relatar experiências com a educação em saúde através de apresentação teatral à crianças e docentes do ensino fundamental na cidade de Teresina, Piauí, abordando os principais agravos zoonóticos que acometem o ser humano.

2 | METODOLOGIA

As atividades lúdicas de educação em saúde foram realizadas por discentes do curso de Medicina Veterinária da Universidade Federal do Piauí, matriculados na disciplina de Saúde Pública. O público alvo foram crianças (5-8anos) e seus respectivos docentes e gestores do Centro Municipal de Educação Infantil Maria do Amparo Ferreira Alencar e Escola Municipal Iolanda Piauilino, localizados na periferia da Cidade de Teresina. Realizou-se contato prévio com cada unidade de ensino para definir a programação das ações; após o deferimento, realizou-se uma apresentação matutina em cada escola. O efetivo de 287 crianças foi alvo das ações lúdicas que abordaram as principais formas de transmissão e prevenção dos agravos: Raiva, Toxoplasmose, Leishmaniose Visceral e Leptospirose. Os assuntos foram divididos aleatoriamente entre as equipes, previamente formadas por afinidade interpessoal, e o material e métodos trabalhados no decorrer da disciplina. Foram utilizados os métodos de teatro de fantoche, Pantomima com narrativas e o teatro convencional dialogado entre os personagens. As ações foram realizadas no ambiente recreativo das escolas, iniciando as sucessivas apresentações dos agravos por intermédio do teatro lúdico que atraísse a atenção do público alvo. A cada encenação foram realizados questionamentos sobre os agravos e ao final repetidos os mesmos questionamentos, para a averiguação da aprendizagem.

3 | RESULTADOS OU ANÁLISE CRÍTICA

A atenção do público alvo aos teatros lúdicos e a participação nas ações foram os resultados mais marcantes para a equipe, retratando a importância de uma política educacional de valorização da educação em saúde na formação de futuros profissionais. Resultados obtidos com os simples questionamentos realizados antes e após as apresentações, como: “O que são zoonoses?”, “O que é essa doença?”, “Como uma pessoa pega essa doença?” retrataram o poder da educação em saúde na formação de crianças do ensino fundamental, quando 100% dos erros cometidos nos questionamentos iniciais das ações foram suprimidos na abordagem posterior, evidenciando a relevante colaboração da educação em saúde na formação de cidadãos construtores e promotores de saúde.

4 | CONCLUSÃO

A educação em saúde, apresentada em teatro lúdico, representa uma ferramenta valiosa para profissionais de saúde e para as crianças de escolas públicas na cidade de Teresina, Piauí.

SONHOS INTRANQUILOS: RELAÇÕES SIMBÓLICAS ENTRE A NOVELA “A METAMORFOSE” E PACIENTES DOMICILIADOS

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 27/02/2021

Luiz Phelippe Santos Magalhães

Médico de Família e Comunidade pela
Secretaria Municipal de Saúde
Campina Grande – PB
<http://lattes.cnpq.br/1214669562491800>

Raíssa Oliveira Cordeiro

Médica de Família e Comunidade pela
Secretaria Municipal de Saúde
Campina Grande – PB
<http://lattes.cnpq.br/6212534805921826>

Allana Renally Cavalcante Santos de Moraes

Acadêmica de Enfermagem da Universidade
Estadual da Paraíba (UEPB)
Campina Grande – PB
<http://lattes.cnpq.br/1123537823046399>

Edenilson Cavalcante Santos

Preceptor da Residência em Medicina de
Família e Comunidade da Secretaria Municipal
de Saúde
Campina Grande – PB
<https://orcid.org/0000-0002-5924-8065>

RESUMO: “A Metamorfose” é uma novela publicada em 1915 por Franz Kafka. Para alguns autores, a interpretação da literatura kafkiana perpassa pelos grandes motes da cosmovisão judaica. Uma útil disciplina para o estudo desta obra é a filosofia perenialista e o simbolismo natural, que compreendem que

as grandes tradições filosóficas compartilham um único conjunto de verdades que partem de uma mesma origem metafísica. Buscando estabelecer um elo entre a literatura kafkiana e as ciências médicas, consideramos como sendo “pacientes domiciliados” aqueles que necessitam de acompanhamento domiciliar pela equipe de saúde da família. Este estudo tem como objetivo estabelecer relações simbólicas entre a novela “A Metamorfose” e a situação de pacientes domiciliados. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura; apesar do restrito nível de evidência científica. A coleta de material foi realizada no período entre maio de 2020 e outubro de 2020; os artigos foram coletados em língua portuguesa e inglesa; foram pesquisados bases de dados científicas da Lilacs, Scielo, Medline, Bireme, Academic Google e bases de dados de universidades. À luz da teoria Girardiana, Gregor Samsa está sofrendo um processo de expiação por parte de sua família. Gregor é o personagem da obra que apresenta maior quantidade e qualidade de virtudes morais, sua representação na narrativa se encaixa no perfil de “vítima inocente” a qual é transformada em Bode Expiatório pelo grupo dotado de desejo mimético. A situação de pacientes domiciliados vítimas de violência é muitas vezes análoga a situação da novela. Entre o furor que sentimos diante da atribulação destas vítimas, e a compreensão do mecanismo aparentemente natural e cíclico que rege estes atos de violência, está posicionada a insolúvel tensão de ser médico, ser paciente, e ser humano.

PALAVRAS - CHAVE: Pacientes domiciliados. Violência domiciliar. Kafka. Girard. A metamorfose.

UNEASY DREAMS: SYMBOLIC RELATIONS BETWEEN THE NOVEL “METAMORPHOSIS” AND DOMICILED PATIENTS

ABSTRACT: “The Metamorphosis” is a novel published in 1915 by Franz Kafka. For some authors, the interpretation of Kafkaesque literature runs through the great motives of the Jewish worldview. A useful discipline for the study of this work is perennial philosophy and natural symbolism, which understand that the great philosophical traditions share a single set of truths that come from the same metaphysical origin. Seeking to establish a link between Kafka’s literature and the medical sciences, we consider as “domiciled patients” those who need home monitoring by the family health team. This study aims to establish symbolic relationships between the soap opera “The metamorphosis” and the situation of domiciled patients. It is a narrative review of the literature; despite the limited level of scientific evidence. The material collection was carried out between May 2020 and October 2020; the articles were collected in Portuguese and English; scientific databases of Lilacs, Scielo, Medline, Bireme, Academic Google and university databases were searched. In light of the Girardian theory, Gregor Samsa is undergoing a process of expiation by his family. Gregor is the character of the work that presents the greatest quantity and quality of moral virtues, his representation in the narrative fits the profile of “innocent victim” which is transformed into Scapegoat by the group endowed with mimetic desire. The situation of domiciled patients who are victims of violence is often analogous to the situation of the soap opera. Between the furor we feel at the tribulation of these victims, and the understanding of the apparently natural and cyclical mechanism that governs these acts of violence, the insoluble tension of being a doctor, being patient, and being human is positioned.

KEYWORDS: Domiciled patients. Domestic violence. Kafka. Girard. The metamorphosis.

1 | INTRODUÇÃO

A obra “A Metamorfose” é uma novela publicada em 1915 pelo autor tcheco Franz Kafka (1883 – 1924). O texto narra a história do protagonista Gregor Samsa, um caixeiro viajante e principal arrimo financeiro da sua família, que desperta numa manhã transformado num enorme inseto monstruoso. Após descobrir o que Gregor se tornou, sua família passa a progressivamente rejeitá-lo e cometer maus-tratos contra esse, que resultam na morte do protagonista ao fim da novela.

Kafka é reconhecidamente um dos maiores nomes da literatura mundial, e sua breve bibliografia tem sido alvo de exaustiva leitura e estudo desde sua popularização, poucos anos após sua morte. Sua biografia é carregada de circunstâncias que parecem contribuir com o sentimento de alienação da realidade e desgosto existencial que a maior parte de suas personagens ficcionais compartilham (LEMAIRE, 2006).

Ao longo dos mais de 100 anos de sua publicação, “A Metamorfose” tem sido alvo de dezenas de interpretações acerca do seu significado, a maioria das quais se apoiando em lastros psicanalíticos ou sociológicos. É quase consenso entre os analistas do conjunto da obra de Kafka que o texto contém traços auto-biográficos e no caráter autoritário do pai de Gregor na novela (TAVARES, 2012).

Através do método da literatura ficcional comparada, uma útil disciplina para o estudo da obra de Franz Kafka é um ramo da filosofia chamado “perenialismo” (mais precisamente uma de suas áreas, o “simbolismo natural”), cujo principal pensador é o intelectual francês René Guénon (1886 - 1951). A filosofia perene, como também é chamada, compreende que as grandes tradições filosóficas e espirituais ocidentais e orientais compartilham, no seu âmago, um único conjunto de verdades que partem de uma mesma origem metafísica (LINGS & MINNAAR, 2007).

O simbolismo natural é a seção da filosofia perenialista que relaciona os símbolos (do grego *symbolon*, “unir” ou “colocar junto” em tradução livre) presentes na produção intelectual humana, ficcional ou não-ficcional, com as supracitadas raízes metafísicas comuns (SMITH, 2019), estabelecendo uma relação de “significados” coincidentes a “significantes” aparentemente discordantes na diversidade da produção cultural humana.

Buscando estabelecer através do ferramental “perenialista” um elo entre a literatura kafkiana e as ciências médicas, neste estudo consideramos como sendo “pacientes domiciliados” aqueles que necessitam de acompanhamento domiciliar pela equipe de saúde da família.

Segundo o Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), as principais formas de violência contra a pessoa que necessita de Atenção Domiciliar são a negligência, abandono, abuso emocional, abuso físico, abuso econômico e abuso sexual.

Esta tese justifica-se pela possibilidade a qual a literatura ficcional apresenta de observar a questão de pacientes domiciliados vítimas de violência por familiares ou cuidadores (PDVFC) sob novos prismas, apresentando ao tema reflexões previamente inarticuladas.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo é uma revisão narrativa da literatura. Rother (2007) define revisões narrativas como “publicações amplas apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou conceitual”. Apesar do restrito nível de evidência científica, as revisões narrativas da literatura destacam-se pela sua capacidade iniciativa de explorar múltiplos argumentos e concepções, correlacionando-os com uma nuance de temáticas científicas.

A coleta de material foi realizada no período entre maio de 2020 e outubro de 2020, de maneira não-sistemática e baseada na afinidade dos artigos, textos e trechos de livros com os temas abordados nesse estudo. Os artigos foram coletados em língua portuguesa e inglesa, utilizando-se descritores como “pacientes domiciliados”, “violência domiciliar”, “Franz Kafka” e “René Girard”, além de outros. Foram pesquisados bases de dados científicas da Lilac, Scielo, Medline, Bireme, Academic Google e bases de dados de universidades (Quadros 1 e 2).

TÍTULO	AUTOR(ES), ANO
A Metamorfose	Kafka, 1915
O Processo	Kafka, 1925
O Castelo	Kafka, 1926
Carta ao Pai	Kafka, 1919

Quadro 1 – Livros utilizados na pesquisa.

Fonte: autor, 2021.

TÍTULO	AUTOR(ES), ANO
O Veredito e Carta ao Pai, de Franz Kafka: Do pecado original à cena familiar judaica	Farias Tavares, 2011
Jung e arte: a obra em contínuo devir	Colonnese, 2018
Cristianismo e Kenósis: René Girard e Gianni Vattimo em diálogo	Felipe, 2017
Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa	Lana & Schneider, 2014
<i>Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk and associated factors</i>	Orfila et al., 2018
<i>Ethical considerations for disability-inclusive gender-based violence research: Reflections from a South African qualitative case study</i>	van der Heijden et al., 2018
<i>Engaging and Retaining Abused Women in Perinatal Home Visitation Programs</i>	Sharps et al., 2013
Violências contra adolescentes: análise das notificações realizadas no setor saúde, Brasil, 2011-2017	Pereira et al., 2020

Quadro 2 – Artigos utilizados na pesquisa.

Fonte: autor, 2021.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O psiquiatra suíço Carl Jung (1875 - 1961) levantou a hipótese, a partir de preceitos do seu campo de estudos conhecido como “psicologia analítica”, de uma relação entre diversas formas de expressão artística e a descoberta de novos conhecimentos humanos, estabelecendo uma espécie de relação psicossocial entre arte e epistemologia. Para Jung, a arte é um tipo de símbolo e, portanto, é dotada de capacidade de unir formas (significantes) e conteúdos (significados) que à primeira vista não parecem ter uma correlação auto-evidente (COLONNESE, 2018).

Os símbolos, expressões artísticas ou “obras acabadas”, quando realizadas com maestria e genuinidade plena, serviriam como veículos de transposição de arquétipos, informações e verdades universais da região do “inarticulado” para o “articulado”, ou analogamente da região do “inconsciente” para o “consciente”, do “desconhecido” para o

“compreensível”, do “caos” para a “ordem” (Figura 1).



Figura 1. Esquema visual do sistema epistemológico de Carl Jung.

FONTE: autor, 2021.

Aplicando tal hipótese de Jung à obra “A Metamorfose”, seria possível posicionar Kafka na posição de artífice, que fez da novela em questão (expressão artística, ou “obra acabada”) um meio para transmissão de uma mensagem, de forma consciente ou inconsciente em termos de emissão (autor) ou de recepção (leitor).

Reunindo tais ideias com a tese Jungiana sobre a relação entre arte e conhecimento, o conteúdo dessa experiência humana universal na obra “A Metamorfose” pode ser interpretado como um esforço (consciente ou inconsciente) do autor para transmitir textualmente, nas palavras de Jung, um “acesso às fontes mais profundas da vida” da forma mais clara que este pode fazê-lo, apesar de para tanto utilizar de uma forma literária metafórica (a saber, o “realismo fantástico”).

Em sua extensa obra, particularmente no livro “A violência e o sagrado” (1972), o intelectual francês René Girard (1923 - 2015) desenvolveu uma ideia de fundamental importância no presente artigo para interpretação da novela “A Metamorfose” e sua relação com a violência contra pacientes domiciliados: O mecanismo do bode expiatório.

Apesar de postulada ainda no século XX, somente no século XXI a hipótese de Girard foi claramente explicitada no seu livro “O Bode Expiatório” (2004). O termo “bode expiatório” tem sua origem na tradição hebraica, mais especificamente nas cerimônias de comemoração do Yom Kipur (“Dia do Perdão”).

No mais, ao longo de toda produção literária ficcional do ocidente, Girard sinaliza que ecos do mecanismo do Bode Expiatório podem ser encontrados em textos considerados clássicos. Nesse sentido, ressalta-se a produção de autores como Homero (928 A.C. –

898 A.C.), Sófocles (497 A.C. – 406 A.C.), Miguel de Cervantes (1547 - 1616), William Shakespeare, Stendhal (1783 - 1842), Gustave Flaubert (1821 – 1880), Fiódor Dostoiévski (1821 – 1881), Marcel Proust (1871 – 1922) e Franz Kafka.

Diante do exposto, e dentro do contexto da atuação do médico na atenção primária à saúde, é possível estabelecer importantes correlações entre as ideias dos pensadores supracitados. Na posição de “grande clássico” e “obra artística”, a novela “A Metamorfose” auxilia na compreensão da “informação inarticulada” do mecanismo do Bode Expiatório; De acordo com a observação do processo de adoecimento de pacientes domiciliados, levanta-se a seguinte questão: Seria possível observar evidências do mecanismo do Bode Expiatório na relação desses pacientes com seus cuidadores, ao mesmo tempo em que encontra-se correlações entre a situação desses pacientes com a situação do protagonista da novela?

Lana & Schneider (2014) definem a síndrome do idoso frágil a partir da presença de sinais e sintomas como perda de peso não intencional, fadiga, diminuição da força de preensão, redução das atividades físicas, diminuição na velocidade da marcha e diminuição das relações sociais. Dados do Caderno da Atenção Básica nº 19 do Ministério da Saúde indicam que até 25% dos idosos acima dos 65 anos e 46% daqueles acima dos 85 anos são pessoas frágeis vivendo em domicílios; ademais, estudos observacionais realizados em diferentes locais do país, como Carneiro (2013) em Curitiba, Guimarães (2013) em Belo Horizonte e Martins et al. (2018) em Anápolis demonstram que a maioria dos idosos frágeis destas localidades moram com familiares.

Considerando-se que a violência contra estes idosos frágeis domiciliados se encaixa na definição de violência contra pacientes domiciliados do MADAPS (BRASIL, 2003), a partir do estudo dessa população é possível estimar informações adicionais acerca de PDVFC. Análises mais precisas desses dados são prejudicadas pela escassez de informações na literatura brasileira acerca da quantidade de idosos frágeis domiciliados.

Shugarman et al. no estudo “*Identifying older people at risk of abuse during routine screening practices*” realizado em 2003 nos Estados Unidos da América identificou que, entre os idosos que sofreram abusos domésticos, 39,4% tinham higiene precária, 24,4% tinham medo de algum familiar, 21,1% apresentavam características visuais de maus-tratos e 15,2% eram fisicamente dependentes. Para obtenção de dados, os autores do estudo utilizaram a escala validada “*Minimum Data Set for Home Care*”, que utiliza marcadores clínicos para triagem de possíveis casos de abuso.

No contexto da obra “A Metamorfose”, os dados encontrados no estudo supracitado guardam certa relação com os diversos abusos sofridos pelo protagonista Gregor Samsa. Gregor demonstra sinais de higiene precária no seu ambiente.

Segundo o caderno de atenção básica (CAB) nº 8 de violência intrafamiliar (BRASIL, 2001), diversos estudos têm demonstrado que a violência contra idosos é responsável por elevados índices de morbimortalidade nessa população. De forma análoga, o protagonista

da novela sucumbe dando indícios de que a violência psicológica.

Ainda conforme o CAB nº 8 (BRASIL, 2001), os homens são as maiores vítimas dos tipos de violência que levam a mortalidade, enquanto a violência contra demais grupos sociais ou etários costuma levar predominantemente à morbidade. Segundo dados do IBGE de 2019, homens morrem 4 vezes mais por causas externas do que mulheres, sendo homens 91,5% das vítimas de homicídio no Brasil, além de que fatores importantes relacionados a risco de violência (situação de rua, consumo de álcool e drogas, transgressão familiar) são mais prevalentes no sexo masculino.

Kafka aparenta ter uma visão clara entre distinções simbólicas do sexo masculino e feminino. A interpretação judaica sobre o simbolismo feminino parece ser a de que Kafka coaduna em sua literatura: A visão do feminino como “a guia” do masculino. Para o judaísmo, é responsabilidade do aspecto feminino da estrutura humana (aspecto este que está encarnado na mulher em si) guiar o aspecto masculino para direções boas ou más (MORASHÁ, 2005).

Ainda segundo a tradição judaica, como recompensa aos comportamentos apropriados das mulheres judias, Deus dedicou a elas o dia de *Rosh Chodesh*, que é o primeiro dia de todos os meses do calendário hebraico. Esta perspectiva concorda com a associação histórica da disciplina do simbolismo natural entre o feminino e o lunar (AGUIAR, 2001).

Acerca das relações entre sexos masculino e feminino em PDVFC, a literatura médica a qual este artigo teve acesso parece não corroborar com a representação na obra “A Metamorfose” (e nas obras de Kafka em geral) de indivíduos do sexo masculino como vítimas principais de violência no contexto familiar. Segundo o Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), mulheres idosas chegam a constituir 62% do total de denúncias de maus-tratos em ambiente domiciliar.

O estudo de bases de dados nacional norueguês de Åker & Johnson (2020) constatou que no período de 2015 a 2017, 71,2% das vítimas de violência, domiciliadas por problemas físicos ou intelectuais, eram mulheres. Em situações de maior fragilidade para o sexo feminino, como no contexto domiciliar perinatal, o estudo estadunidense de Sharps et al. (2013) indicou que 80% dessas mulheres referiram algum tipo de abuso. O estudo de van der Heijden et al. (2018), realizado na África do Sul com mulheres dependentes fisicamente que já sofreram algum tipo de violência, demonstrou que 70% viviam com família ou parceiro (e sofreram abusos neste ambiente) e 73% da amostra tinha menos de 35 anos; este últimos dado fortalece a leitura de que a violência contra PDVFC, apesar de ocorrer predominante na população idosa, não é exclusiva deste grupo etário.

Os indivíduos que potencialmente cometem violência contra PDVFC são predominantemente do sexo feminino, e o tipo mais comum de violência é a negligência, segundo estudo da Universidade Federal de São Paulo por Queiroz et al. (2010). Orfila et al. (2018) corrobora com estas conclusões num estudo feito em Barcelona que buscava

fatores de risco associado a maus-tratos de cuidadores familiares com idosos: 82,8% dos cuidadores e 65,6% dos pacientes domiciliados eram mulheres, com risco estimado de agressão pelo instrumento *Caregiver Abuse Screen* de 1 para cada 3 cuidadores.

Estes dados estão em oposição ao exposto na obra *Kafkiana*, onde a maior parte da agressão sofrida por Gregor Samsa provém por intermédio de seu pai; ou na coação sexual a qual as personagens femininas são submetidas na obra “O Castelo” por indivíduos do sexo masculino; e na acusação processual seguida de assassinato do protagonista Joseph K. por dois homens em “O Processo”.

Analisando a obra “A Metamorfose” à luz da teoria Girardiana, Gregor Samsa está sofrendo um processo de expiação por parte de sua família. Gregor é o personagem da obra que apresenta maior quantidade e qualidade de virtudes morais, sendo no início da obra o pilar econômico da sua família; sua representação na narrativa se encaixa no perfil de “vítima inocente” a qual é transformada em Bode Expiatório.

Analogamente à análise sobrescrita, desfiar a situação de PDVFC sob a ótica da teoria Girardiana traz novos tipos de compreensão sobre as circunstâncias as quais estão submetidos estes indivíduos. Em determinadas situações, o paciente domiciliado pode tomar a forma do “Bode Expiatório” dos seus cuidadores, o que pode justificar em parte a violência “expiatória” sofrida por esses.

O estudo alemão de Wettstein (2020) identificou os seguintes fatores de risco relacionados a cuidadores de idosos domiciliados cometer algum tipo de violência contra esta população: Algum tipo de problema psicológico; dependência financeira em relação aos pacientes; morar com o idoso; isolamento social do paciente; conflitos mal-resolvidos entre cuidador e paciente; história de violência doméstica.

Na obra “A Metamorfose”, três dos seis traços citados são claramente encontrados nos cuidadores de Gregor; conflitos mal-resolvidos entre cuidadores e pacientes não estão manifestos, mas são sugeridos na obra; as menções à violência doméstica ocorrem somente após a situação de domicílio do protagonista, e doenças mentais não são claramente abordadas por Kafka neste texto. Demais estudos encontraram outros fatores de risco para agressão por parte de cuidadores de idosos domiciliados, como uso de substâncias psicoativas (MERCIER et al., 2020), más relações familiares familiares (KULAKÇI ALTINTAS & GULBAHAR KORKMAZ, 2020) e falta de abertura emocional entre os familiares (LI et al., 2019).

Além dos fatores supracitados descritos na literatura científica relacionados à agressão contra PDVFC, utilizando-se da hipótese de Girard é possível supor mecanismos ainda não completamente elucidados que motivem atos de violência contra esses: O alívio da tensão provocada pelo desejo mimético, expresso a partir de supostos sentimentos por parte dos agressores como ansiedade, medo, cobiça e inveja (FURTADO, 2013).

A dificuldade em analisar essas motivações de forma quantitativa é um desafio ao estudo mais profundo do tema; apesar disso, os mecanismos teóricos fornecidos por René

Girard e outros pensadores podem ser o início de uma maior elucidação acerca deste tema tão preocupante quanto presente na prática da atenção primária a saúde.

O quadro abaixo apresenta um resumo das aparentes características de concordância e discordância simbólicas nas relações entre Gregor Samsa e PDVFC, encontradas na bibliografia deste estudo.

CARACTERÍSTICA PREDOMINANTE	GREGOR SAMSA	PDVFC
Sexo masculino	SIM	NÃO
Idoso	NÃO	SIM
Violência física	SIM	SIM
Violência psicológica	SIM	SIM
Violência sexual	NÃO	SIM
Abusos financeiros	SIM	SIM
Evidência clínicas de fragilidade	SIM	SIM
Acamado	SIM	SIM
Dependência de familiares	SIM	SIM

Quadro 3 – Características de Gregor Samsa e dos PDVFC.

Fonte: autor, 2021.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas obras de arte são, metaforicamente, feitas “com o sangue” do artista. Muitos dos maiores autores da literatura ocidental são indivíduos com biografias bastante conturbadas, vidas excepcionais e decessos melancólicos; isso não é uma exceção para a literatura de Franz Kafka. Seus textos parecem refletir compreensões sobre a existência humana que só podem ser expressas em tamanha profundidade poética por um autor que sentiu nas suas próprias vísceras as mensagens que este, presumivelmente, nem sabe em consciência que está comunicando.

Assim sendo, uma das grandes contribuições da literatura kafkiana para a produção

cultural humana é a oportunidade que a riqueza de interpretações das suas obras ensaja na compreensão da nossa própria vida, e na vida daqueles à nossa volta. Kafka parece enxergar a aparente tirania e absurdo da condição humana como um preço justo que pagamos pela dívida de sermos humanos, e dentro da nossa humanidade, insurrecionarmos contra nossa própria circunstância existencial.

É justo aceitarmos o sofrimento que observamos, como profissionais de saúde, em indivíduos adoentados, indefesos e vítimas de aflição decorrente das mãos daqueles aos quais estes enfermos entregam a gerência da sua existência? Entre o furor que sentimos diante da atribulação destas vítimas, e a compreensão do mecanismo aparentemente natural e cíclico que rege estes atos de violência, está posicionada a insolúvel tensão de ser médico, ser paciente, e ser humano.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Regina Meira. **Ritual da lua: O eterno retorno do feminino**. São Paulo, 2001. Disponível em: <https://www.oswaldocruz.br/download/artigos/social12.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2021.

ÅKER, T. H., JOHNSON M. S. **Sexual Abuse and Violence against People with Intellectual Disability and Physical Impairments: Characteristics of Police-Investigated Cases in a Norwegian National Sample**. J Appl Res Intellect Disabil, 2020, p. 139–45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**; organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 2 v.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília, DF, 2001. Cadernos de Atenção Básica, n. 8.

CARNEIRO, N. H. K. **Associação da fragilidade à qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde**. 2013. 106f. [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

COLONNESE, Luisa Rosenberg. **Jung e arte: a obra em contínuo devir**. Universidade de São Paulo, 20 de dezembro de 2018. DOI.org (Crossref), doi:10.11606/D.47.2018.tde-19122018-163523.

FURTADO, Letícia de Souza. **A teoria do bode expiatório, de René Girard, aplicada a chacina de Matupá**. Orientador: Prof. Dr. Álvaro Filipe Oxley da Rocha. 2013. 52 p. Tese de conclusão de curso (Ciências Jurídicas e Sociais) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://sites.google.com/site/leticiaedesouzafurtado/BECM.pdf>. Acesso em: 1 jan. 2021.

GIRARD, René. **A violência e o sagrado**. São Paulo: Paz e Terra, 1990.

GIRARD, René. **O bode expiatório**. São Paulo: Paulus, 2004.

GIRARD, René. **Shakespeare: teatro da inveja**. São Paulo: É Realizações, 2010.

GUIMARÃES, L. M. **Classificação de risco da pessoa idosa residente na área de abrangência da Equipe Vermelha do Centro de Saúde Cabana, do município de Belo Horizonte / MG**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Lagoa Santa, 2013.

KAFKA, Franz. **A metamorfose**. Tradução de Modesto Carone. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

KAFKA, Franz. **Carta ao pai**. Tradução de Marcelo Backs. Porto Alegre: L&PM, 2009.

KAFKA, Franz. **O castelo**. Tradução de Modesto Carone. São Paulo: Martin Claret, 2000.

KAFKA, Franz. **O processo**. Tradução de Modesto Carone. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

KULAKÇI ALTINTAS, Hülya. GULBAHAR KORKMAZ, Aslan. **Prevalence of Elder Abuse among Community-dwelling Older Adults in Turkey and Its Associated Factors**. *Psychogeriatrics*, vol. 20, no 1, janeiro de 2020, p. 3–10. DOI.org (Crossref), doi:10.1111/psyg.12446.

LANA, L. D., SCHNEIDER, R. H. **Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa**. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, vol. 17, no 3, setembro de 2014, p. 673–80. SciELO, doi:10.1590/1809-9823.2014.12162.

LEMAIRE, Gérard-Georges. **Kafka**. Tradução de Júlia da Rosa Simões. Porto Alegre: L&PM, 2006.

LI, Mengting, et al. **Typology of Family Relationship and Elder Mistreatment in a US Chinese Population**. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 67, no S3, agosto de 2019. DOI.org (Crossref), doi:10.1111/jgs.15892.

LINGS, Martin. MINNAAR, Clinton. **The Underlying Religion: An Introduction to the Perennial Philosophy**. Bloomington: World Wisdom, 2007.

MARTINS, J. O. et al. **Diagnóstico de Enfermagem de risco para síndrome do idoso frágil**. *Revista de trabalhos acadêmicos*, v. 5, p. 1-14, 2018.

MERCIER, Éric, et al. **Elder Abuse in the Out-of-Hospital and Emergency Department Settings: A Scoping Review**. *Annals of Emergency Medicine*, vol. 75, no 2, fevereiro de 2020, p. 181–91. DOI.org (Crossref), doi:10.1016/j.annemergmed.2019.12.011.

MORASHÁ I Sabedoria Judaica - **Mulheres, símbolo da renovação e da esperança**. <http://www.morasha.com.br/sabedoria-judaica/mulheres-simbolo-da-renovacao-e-da-esperanca.html>. 2005. Acessado 02 de janeiro de 2021.

ORFILA, Francesc, et al. **Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk and associated factors**. *BMC Public Health*, vol. 18, no 1, janeiro de 2018, p. 167. BioMed Central, doi:10.1186/s12889-018-5067-8.

QUEIROZ, Z. P. Vasconcellos de, et al. **Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar.** *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 15, no 6, setembro de 2010, p. 2815–24. SciELO, doi:10.1590/S1413-81232010000600019.

ROTHER, E. T. **Revisão sistemática X revisão narrativa.** *Acta paul. Enferm* 2007; 20(2):v-vi.

SHARPS, Phyllis, et al. ***Engaging and Retaining Abused Women in Perinatal Home Visitation Programs.*** *Pediatrics*, vol. 132, no Supplement 2, novembro de 2013, p. S134–39. *pediatrics.aappublications.org*, doi:10.1542/peds.2013-1021L.

SHUGARMAN, L. R., et al. ***Identifying Older People at Risk of Abuse During Routine Screening Practices.*** *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 51, no 1, janeiro de 2003, p. 24–31. DOI.org (Crossref), doi:10.1034/j.1601-5215.2002.51005.x.

SMITH, J. N. ***Natural Symbolism, Death, and Language.*** 2019. Disponível em: <https://literatureessaysamples.com/natural-symbolism-death-and-language/>. Acesso em: 1 jan. 2021.

TAVARES, Enéias Farias. **O veredicto e carta ao pai, de Franz Kafka: Do pecado original à cena familiar judaica.** *Cadernos do IL*, no 43, fevereiro de 2012, p. 169–81.

VAN DER HEIJDEN, Ingrid, et al. ***Ethical Considerations for Disability-Inclusive Gender-Based Violence Research: Reflections from a South African Qualitative Case Study.*** *Global Public Health*, vol. 14, no 5, maio de 2019, p. 737–49. DOI.org (Crossref), doi:10.1080/17441692.2018.1542015.

WETTSTEIN, Albert. ***Häusliche Gewalt im Alter: Prävention und Intervention.*** *Praxis*, vol. 109, no 10, agosto de 2020, p. 801–05. *econtent.hogrefe.com* (Atypon), doi:10.1024/1661-8157/a003482.

TOXOPLASMOSE CONGÊNITA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 05/01/2021

Jessie Paniagua Canete

Graduada em Medicina (UNIRIO) com
Residência Médica em Pediatria (Hospital
Universitário Maria Aparecida Pedrossian
HUMAP/ UFMS– Campo Grande – MS)

Silvia Hiromi Nakashita

Mestrado em Ciências da Saúde, Professora
Pediatra e Neonatologista.

Carmen Silvia Martimbianco de Figueiredo

Doutora em Ciências da Saúde, Professora
Pediatra e Neonatologista

Aby Jaine da Cruz Montes Moura

Doutora em Ciências da Saúde, Professora
Pediatra e Neonatologista

RESUMO: A toxoplasmose é conhecida por ser uma doença infecciosa causada por um protozoário chamado *Toxoplasma gondii*, que pode ser encontrado tanto em fezes de gatos quanto em alimentos ou água contaminados. A toxoplasmose congênita é a única forma de transmissão humano/humano e é transmitida quando a mãe é infectada com o protozoário via oral, e posteriormente, transmite via transplacentária o *Toxoplasma gondii* ao bebê. Faz-se necessário que haja a detecção da infecção na gestante ainda durante o período pré natal, permitindo à mãe, o tratamento mais adequado e, ao recém nascido, o devido

rastreamento pois, se comprovada a detecção da doença, a toxoplasmose congênita recebe imediatamente o tratamento mais adequado, evitando assim a progressão da doença e demais sequelas relacionadas a ela. Diante deste contexto, o presente trabalho tem como principal objetivo apresentar as principais características acerca da toxoplasmose congênita bem como discutir sobre suas possíveis prevenções. Acredita-se que um bom rastreamento e muita atenção às prevenções primária, secundária e terciária sejam cruciais para restringir ou ainda evitar o avanço da doença.

PALAVRAS - CHAVE: Toxoplasmose, toxoplasmose congênita, *Toxoplasma gondii*.

CONGENITAL TOXOPLASMOSIS: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Toxoplasmosis is known to be an infectious disease caused by a protozoan called *Toxoplasma gondii*, which can be found in both cat feces and contaminated food or water. Congenital toxoplasmosis is the only form of human-to-human transmission and is transmitted when the mother is infected with the oral protozoan, and subsequently transmits transplacental or *Toxoplasma gondii* to the baby. It is necessary to detect the infection in the pregnant woman during the prenatal period, allowing the mother to have the most appropriate treatment and, at birth, due screening because, if the disease is proven, a congenital toxoplasmosis receives immediately the more appropriate treatment, thus preventing the progression of the disease and other sequelae related to it. Given the context, the present study

has as its main objective to present the main characteristics of congenital toxoplasmosis as well as discuss its possible preventions. Good screening and much attention to primary, secondary and tertiary preventions are believed to be crucial to restrict or even prevent disease progression.

KEYWORDS: Toxoplasmosis, congenital toxoplasmosis, *Toxoplasma gondii*.

1 | INTRODUÇÃO

A toxoplasmose é conhecida como uma doença infecciosa causada por um protozoário chamado *Toxoplasma gondii*, que pode ser encontrado tanto em fezes de gatos (ou outros felinos) quanto em carnes cruas ou mal passadas, ingestão de água contaminada, alimentos mal cozidos e/ou mal lavados e que contenham este protozoário em sua composição. Acredita-se que este parasita intracelular também seja capaz de infectar diferentes espécies de gatos, roedores, mamíferos, animais silvestres e ainda, seres humanos de diferentes faixas etárias. Porém, somente em gatos e felinos apresentam-se como hospedeiros definitivos, sendo os seres humanos, hospedeiros intermediários (BRUNA, 2016).

Na maioria dos casos, tal doença é adquirida via oral, de forma infecciosa ou congênita, transmitida por hospedeiros intermediários ou definitivos, que possuem os cistos do protozoário *Toxoplasma gondii* (BRASIL, 2007).

Este microrganismo pode desenvolver ou se proliferar mundialmente, tendo preferência pelos climas tropicais, temperados e úmidos, podendo atingir cerca de 80% da população de qualquer país. Este, pertence ao reino *chromalvelata* e apresenta um ciclo de vida facultativamente heterogêneo (isto é, é considerado um parasita que pode ou não viver parasitando em seu hospedeiro) considerando o filo Apicomplexa. Os felídeos são considerados hospedeiros definitivos deste parasita (TENTER; HECKEROTH; WEISS, 2000).

A toxoplasmose congênita é transmitida quando a mãe apresenta um sistema imunológico enfraquecido e, em contato via oral com o parasita, acaba sendo infectada e transmitindo de forma transplacentária o *Toxoplasma gondii* ao bebê. Estima-se que as infecções perinatais afetem de 0,5% a 2,5% de nascidos vivos em todo o Brasil, causando não somente grandes complicações, como também podendo levar a morte (SBP, 2020).

Por conta disso, o presente trabalho tem como principal objetivo apresentar as principais características acerca da toxoplasmose congênita bem como discutir sobre suas possíveis prevenções.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo apresenta-se como sendo de natureza básica, ou seja, busca gerar conhecimentos novos que sejam considerados úteis para o progresso da ciência, porém

não envolve e não prevê aplicação prática, pois não possui interesse dirigido à solução de problemas específicos, e sim apenas da apresentação do que já é conhecido, como uma forma de agregar conhecimento e disseminar informações relevantes (PRODANOV; FREITAS, 2009).

Quanto ao procedimento técnico, este estudo apresenta-se como uma pesquisa bibliográfica. Segundo Gil (2008, p.50): “A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas”. Acrescenta ainda que uma a pesquisa bibliográfica é também conhecida como um levantamento bibliográfico e consiste em “captar” o que já existe acerca de um determinado tema ou assunto, transcrevendo-se os dados de maneira que se consiga contemplar diferentes ideias de diferentes autores.

Dentro deste tipo de pesquisa, o papel do(a) autor(a) é buscar informações relevantes acerca do tema, além de considerar uma base de dados científica que seja considerada confiável e consistente. Tal feito só é alcançado, através da busca, leitura, análise e transcrição dos dados em forma de texto, imagens, gráficos, etc. Neste tipo de pesquisa, há uma profunda percepção acerca dos resultados encontrados que são escritos em forma de pequenas conclusões. Tais informações podem ser captadas em: artigos, revistas, eventos (tais como: simpósios, congressos, seminários, encontros, etc.), bem como em vídeos, notícias, relatórios, informativos, legislações e etc., desde que sejam devidamente citados e referenciados (PEREIRA et al., 2018).

Foram, então, considerados como instrumentos de apoio à pesquisa, materiais como: livros, artigos, revistas, trabalhos acadêmicos, periódicos ou relatórios que estivessem inseridos no “*Google acadêmico*” ou “*Google scholar*”, PubMed ou Lilacs, que apresentassem os descritores, ou seja, palavras chave, os seguintes termos: “toxoplasmose”, “toxoplasmose e suas características”, “causas de toxoplasmose”, “toxoplasmose congênita” e “prevenção à toxoplasmose” tanto em português quanto em inglês, publicados no períodos entre 2016 e 2021.

Vale ressaltar ainda que, outros materiais serviram de apoio à pesquisa e também foram considerados, visto que trazem dados que possuem importância e relevância ao estudo, que são: notícias, relatórios, boletins e guias de cunho governamental (como por exemplo, www.saude.gov.br), bem como diários oficiais e legislações pertinentes, publicados em qualquer ano.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 A Toxoplasmose e suas principais características

A “toxoplasmose” é conhecida por ser uma doença adquirida ou congênita,

ocasionada pelo parasita *Toxoplasma gondii*, que pode ser encontrado em diversas partes do mundo, sendo os climas tropicais, temperados e úmidos os ideais para o desenvolvimento e proliferação deste microrganismo. Acredita-se que os felinos sejam os principais transmissores da doença, infectando os seres humanos, outros animais (como os mamíferos, por exemplo) e o meio ambiente, através de suas fezes contaminadas com o protozoário (HILL, DUBEY, 2018).

Porém, o que se sabe é que a transmissão pode ocorrer também: a) pela ingestão por seres humanos ou animais de alimentos contaminados, contato com as fezes do felino também contaminadas (e que de alguma forma estavam presente e se disseminaram ao meio ambiente) ou carnes cruas ou mal cozidas que também estejam contaminadas ou que já tiveram toxoplasmose; b) pela contaminação cruzada do protozoário através da manipulação de alimentos em açougues ou matadouros; c) pelo contato com felinos ou meio ambiente contaminados com o *Toxoplasma gondii*; d) de forma congênita (isto é, da mãe para o seu bebê), caso a grávida estiver com a imunidade baixa e entrar em contato com o parasita durante a gestação; e) em casos não tão convencionais e mais raros, através de transfusões de sangue ou ainda, transplante de órgãos (BRASIL, 2007).

Há um risco maior de contaminação, em casos de comorbidades. Pessoas com HIV/ Aids, em tratamento quimioterápico, que apresentem sistema imunológico deprimido ou que utilizam drogas esteroidais com ação anti-inflamatória ou drogas imunossupressoras apresentam um maior risco de contração da doença e posterior desenvolvimento de suas complicações (BRUNA, 2016).

Os principais sintomas apresentados por esse tipo de doença, são: dores de cabeça ou garganta, encefalite, manchas ou vermelhidões pequenas pelo corpo, confusão mental, falta de apetite, caroços (tipo ínguas, principalmente na região do pescoço), problemas visuais (que podem evoluir para cegueira), convulsões, aumento do fígado ou baço, moléstias pulmonares, linfonodos aumentados, problemas de audição e lesões na retina (BRASIL, 2007; BRUNA, 2016).

O diagnóstico da doença pode ser feito de maneira simples, através de uma coleta e análise do exame de sangue ou saliva. Porém, em casos onde o teste indicar respostas positivas, significa que a pessoa já teve ou está com o parasita *Toxoplasma gondii*. Portanto, faz-se necessário que pessoas com suspeitas procurem um diagnóstico mais apurado e tratamento adequado, pois na maioria dos casos, não se faz necessário a ingestão de medicamentos. Nos casos em que a doença pode afetar o cérebro, indica-se a tomografia computadorizada e a ressonância magnética de crânio para que possam auxiliar na avaliação da evolução do caso, tanto em seres humanos (TAKAHASHI et al., 2019) como em felinos (PORTILHO; DE CARVALHO, 2019).

Acredita-se que metade da população mundial possa estar infectada com o parasita, porém, a maioria das pessoas não apresenta sintomas ou desenvolve a doença. A toxoplasmose é considerada uma das zoonoses mais comuns no Brasil, podendo já ter

afetado mais de 50% de crianças e de 50% a 80% de mulheres em idade fértil. Estima-se que de 20% a 50% de gestantes estejam susceptíveis à contaminação. O mais interessante é que a transmissão não ocorre de humanos para humanos, somente da mãe para o filho (congenito) ou através dos casos acima citados (FERRAZ, 2020).

3.2 A Toxoplasmose Congênita (TC)

A toxoplasmose congênita (TC), como citado anteriormente, é transmitida quando a mãe apresenta um sistema imunológico enfraquecido e, em contato via oral com o parasita, acaba sendo infectada e transmitindo de forma transplacentária o *Toxoplasma gondii* ao bebê. O risco de transmissão é de 40% no primeiro trimestre, podendo aumentar no decorrer do tempo. Porém, a transferência do *Toxoplasma gondii* para o concepto é maior no início da gestação. Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2020, p.1), 70% dos recém nascidos apresentam-se assintomáticos, enquanto 10% apresentam manifestações graves ainda nos primeiros dias de vida, “apresentando-se com doença multissistêmica ou com acometimento do sistema nervoso, associado ou não à forma ocular”.

Dentre as complicações mais temidas, estão: o aborto e as alterações neurológicas. As neurológicas mais comuns apresentadas pelos recém-nascidos, são: hidrocefalia, coriorretinite, calcificações cranianas, meningoencefalite, icterícia, febre, convulsões, anemia e, em casos menos recorrentes, esplenomegalia, microencefalia, hepatomegalia, linfadenomegalia, vômitos, diarreias, catarata, diástese hemorrágica, hipotermia, eosinofilia, glaucoma, microftalmia, rash, pneumonia e atrofia óptica (BRASIL, 2007; BRUNA, 2016).

A identificação pode ser feita através de diagnósticos bem sucedidos. Porém, o que se sabe é que estes são considerados complexos. O diagnóstico mais utilizado é baseado em métodos indiretos (de sorologia, por exemplo). Entretanto, métodos diretos de detecção do parasito também são necessários e, portanto, a combinação de métodos diretos e indiretos são considerados cruciais para o alcance da avaliação mais adequada.

São considerados métodos de diagnósticaçã (BRASIL, 2018, p.10):

- Diagnóstico por método indireto: sorologia para detecção de IgG, IgM, IgA e determinação da avidéz de IgG. No Brasil, os testes laboratoriais mais indicados para detecção e quantificação de anticorpos IgG anti-T. gondii no soro são: ensaio imunoenzimático (ELISA); teste imunoenzimático de micropartículas (MEIA), quimioluminescência e eletroquimioluminescência, e imunoensaio fluorescente ligado a enzima (ELFA). Para detecção de IgM anti-T. gondii no soro são indicados ensaio imunoenzimático por captura (ELISA-captura), teste imunoenzimático de micropartículas (MEIA), quimioluminescência e eletroquimioluminescência, imunoensaio fluorescente ligado a enzima (ELFA).

- Diagnóstico por métodos diretos: técnicas moleculares de Reação em Cadeia da Polimerase (PCR e PCR em tempo real), por isolamento (cultivos celulares e inoculação em camundongos) e histológico ou imunohistológico.

- [...] Eventualmente, realizam PCR de acordo com a capacidade laboratorial.

Estudos dirigidos por De Araújo et al. (2020) elencaram possíveis biomarcadores que indicam toxoplasmose congênita através da presença de uma lesão ocular e do tipo de lesão. Esta é considerada a manifestação clínica mais comum da doença, provocando uma infecção que pode levar a perda total ou parcial da visão. Para Alvarenga (2020, p.1):

“Através de análises estatísticas, o grupo de pesquisadores elencou possíveis biomarcadores que indicam a infecção do bebê, a presença de lesão ocular e o tipo da lesão (ativa ou cicatrizada). Esses resultados foram obtidos a partir do estudo da resposta adaptativa celular, que envolve a ação de células como linfócitos T, quimiocinas e citocinas”.

O esquema apresentado pela Figura 01 é o que melhor representa os resultados obtidos por De Araújo et al. (2020).

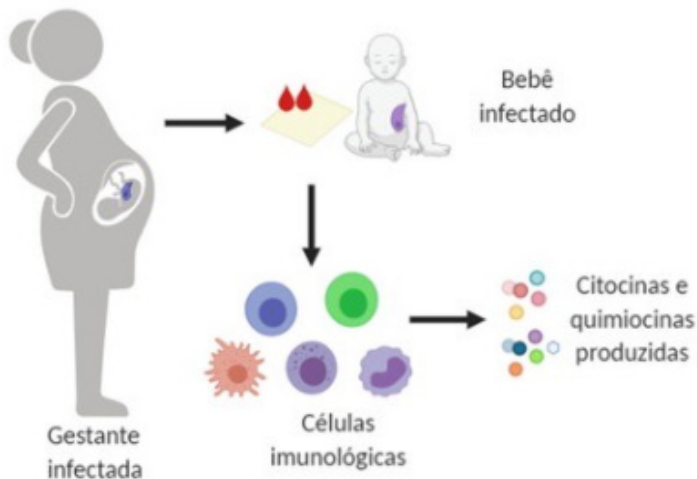


Figura 01 – Identificação de TG através de resposta adaptativa celular

Fonte: Alvarenga (2020, p.1)

A rápida identificação, verificação, e anamnese oportuna, são capazes de viabilizar a comprovação de surtos, além de serem capazes de bloquear rapidamente as causas da transmissão, oferecendo medidas preventivas e de controle em tempo hábil, além da intervenção médica necessária para a redução dos sintomas e complicações. No caso dos recém-nascidos (RN) tais medidas são capazes de intervir de forma precoce na identificação e também, tratamento da doença (BRASIL, 2018).

Vale ressaltar que o risco de infecção congênita é quase nula quando a mãe apresenta sorologia positiva contra o *Toxoplasma gondii*, pois o seu sistema imunológico foi

capaz de desenvolver anticorpos contra este microrganismo. Nestes casos, isso significa que a mãe foi anteriormente infectada pelo protozoário, que por sua vez, apresenta-se em estado latente no corpo desta mãe (está adormecido no tecido muscular ou nervoso) e então, é controlado pelo sistema imunológico (BRUNA, 2016).

A Notificação Compulsória da toxoplasmose aguda gestacional e congênita, pode ser lida na íntegra por meio da Portaria nº 2.472/ 2010, importante informativo que relata sobre o assunto e seus agravantes. Por conta disso, acredita-se que tal documento seja um instrumento de suma importância para a implantação de Programa Nacional de Prevenção e Controle da Toxoplasmose, infecção considerada altamente danosa ao conceito. Portanto, acredita-se ser essencial que a mulher – e demais indivíduos envolvidos- realizem exames constantemente, quando da suspeita desta doença. No caso das gestantes, recomenda-se que realizem um número adequado das consultas pré-natais com o obstetra e consultas pré-natais com o pediatra (SPB, 2020).

3.3 Possíveis medidas preventivas à Toxoplasmose Congênita

A Toxoplasmose Congênita (TC) é uma doença que apresenta cura, diante de um diagnóstico bem executado e de um tratamento correto. Entretanto, o ideal é que se apliquem medidas preventivas (conhecidas como prevenção primária, secundária e/ou terciária), evitando-se a contaminação, pois, mesmo pessoas que já foram diagnosticadas e tratadas, correm o risco de reinfecção (DE SOUSA; ANTÔNIO, 2019).

Basicamente, a prevenção primária consiste na disseminação de informações por parte dos médicos e da absorção do conhecimento sobre saúde, pela mulher. Mulheres grávidas devem ler a respeito da doença e ainda, evitem o consumo de água de fontes desconhecidas ou não filtradas, carne crua ou mal cozida, leite não pasteurizado, bem como alimentos que apresentem armazenamentos duvidosos, como por exemplo, alimentos expostos à insetos, roedores ou pragas (AMENDOEIRA et al., 2019).

Quando do consumo de frutas e legumes, o recomendado é que sejam realizadas a limpeza e desinfecção dos mesmos de forma adequada, evitando contaminação do protozoário. Cabe ressaltar ainda, que devem evitar o contato com gatos ou meio ambiente durante toda a gravidez, e se o contato for extremamente necessário, o recomendado é que sejam executados com luvas apropriadas para tal finalidade. Tais medidas devem ser lembradas e reforçadas durante toda a gravidez, principalmente para gestantes que nunca testaram positivo para a sorologia. Tais ações podem ser recomendadas e reforçadas por médicos e/ou outro profissional da saúde (como por exemplo, técnicos de enfermagem ou enfermeiros) durante o acompanhamento pré-natal, de forma contínua e persistente (CÂMARA; SILVA, CASTRO, 2015).

A prevenção secundária se dá basicamente pela triagem sorológica e pela detecção da infecção na gestante, visando impedir ou ainda diminuir a infecção fetal (AMENDOEIRA, et al., 2019).

A prevenção terciária se dá pela triagem neonatal, seguida por tratamento antimicrobiano. As ações, neste caso, ocorrem no recém-nascido já infectado, e se concentram em identificar, tratar e prevenir as complicações causadas pela toxoplasmose (LOPES-MORI et al., 2011; MOURA et al., 2016).

Vale ressaltar que, a prevenção primária é considerada a mais recomendada e a mais eficaz, pois se as gestantes conhecerem os riscos e cumprirem com as recomendações de prevenção, dificilmente se infectam, o que faz com que o tratamento para a doença não seja trazido para a pauta. Entretanto, vale ressaltar que, mesmo que as estratégias da prevenção primária sejam executadas, as prevenções secundárias e terciárias não devem ser descartadas (LOPES-MORI, 2011).

4 | CONCLUSÃO

A toxoplasmose é uma doença ainda existente. Apresenta-se amplamente distribuída e também amplamente conhecida em todo o Brasil. Mesmo suas características, formas de contágio e prevenção serem bem conhecidos, estima-se que mais da metade da população brasileira a possua.

Gestantes com baixa imunidade, bem como pessoas com HIV/Aids, em tratamento quimioterápico, que apresentem sistema imunológico deprimido ou que utilizam drogas esteroidais com ação anti-inflamatória ou drogas imunossupressoras se apresentam mais susceptíveis a esta doença e, portanto, devem redobrar os cuidados em relação à prevenção.

As prevenções devem se basear nas causas do problema, evitando-se o consumo de carnes mal cozidas ou cruas, água contaminada, alimentos expostos ao armazenamento inadequado e, ainda, o contato com felinos.

Acredita-se que as prevenções primária, secundária e terciária sejam extremamente relevantes quando se trata da toxoplasmose congênita, pois são consideradas medidas que restringem a contaminação e o avanço da doença.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, J. **UFU participa de estudo sobre toxoplasmose publicado em revista da Nature**. 2020. Disponível em: <http://www.comunica.ufu.br/noticia/2020/10/ufu-participa-de-estudo-sobre-toxoplasmose-publicado-em-revista-da-nature>. Acesso em 04 jan. 2021.

AMENDOEIRA, M.R.R. et al. Uma breve revisão sobre toxoplasmose na gestação. **Scientia Medica (Porto Alegre)**, volume 20, número 1, p. 113-119, 2010.

BRASIL. **Toxoplasmose**. 2007. [Ministério da Saúde]. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/dicas/125toxoplasmose.html#:~:text=BVS%20%2D%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20%2D%20Dicas%20em%20Sa%C3%BAde&text=O%20que%20%C3%A9%3A,sintomas%20nem%20desenvolve%20a%20doen%C3%A7a>. Acesso em 02 jan. 2021.

BRASIL. **Protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita [recurso eletrônico]**. 2018. [Ministério da Saúde]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_notificacao_investigacao_toxoplasmose_gestacional_congenita.pdf. Acesso em 04 jan. 2021.

BRUNA, M.H.V. **Toxoplasmose**. 2016. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/toxoplasmose-3/>. Acesso em 04 jan. 2021.

CÂMARA, J.T.; SILVA, M.G. da; CASTRO, A.M. da. Prevalência de toxoplasmose em gestantes atendidas em dois centros de referência em uma cidade do Nordeste, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, v. 37, n. 2, p. 64-70, 2015.

DE ARAÚJO, T.E. et al. Putative biomarkers for early diagnosis and prognosis of congenital ocular toxoplasmosis. **Scientific reports**, v. 10, n. 1, p. 1-14, 2020.

DE SOUSA, B.L.; ANTÔNIO, C.R.S.S. Toxoplasmose em gestantes. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 11, n. 1, p. 113-122, 2019.

FERRAZ, R. **Ame os gatos, mas lembre-se da toxoplasmose**. 2020. [Agência Brasília]. Disponível em: <https://agenciabrasilia.df.gov.br/2020/09/26/ame-os-gatos-mas-lembre-se-da-toxoplasmose/>. Acesso em 04 dez. 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HILL, D. E.; DUBEY, J. P. *Toxoplasma gondii*. In: **Foodborne Parasites**. Springer, Cham, 2018. p. 119-138.

LOPES-MORI, F.M.R. et al. Programas de controle da toxoplasmose congênita. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 5, p. 594-599, 2011.

MOURA, F.L. de et al. Fatores associados ao conhecimento sobre a toxoplasmose entre gestantes atendidas na rede pública de saúde do município de Niterói, Rio de Janeiro, 2013-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 655-661, 2016.

PEREIRA, A. S.; SHITSUKA, D. M.; PARREIRA, F. J.; SHITSUKA, R. **Metodologia da pesquisa científica**. Santa Maria: UFSM, NTE, 2018.

PORTILHO, M.B.F.; DE CARVALHO, A.V. A toxoplasmose em felinos: parasitologia, imunologia e diagnóstico animal. **Agrariae Liber**, v. 1, n. 1, p. 1-11, 2019.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico**. Novo Hamburgo: Feevale, 2009.

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria. 2020. **Novo documento da SBP aborda a toxoplasmose congênita**. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/novo-documento-da-sbp-aborda-a-toxoplasmose-congenita/>. Acesso em 04 jan. 2021.

TAKAHASHI, A.F.S. et al. Toxoplasmose congênita na cidade de Cascavel/PR no período de 2002-2016. **Revista Thêma et Scientia**, v. 9, n. 1, p. 260-267, 2019.

TENTER, A. M.; HECKEROTH, A. R.; WEISS, L. M. *Toxoplasma gondii*: from animals to humans. **International journal for parasitology**, v. 30, n. 12-13, p. 1217-1258, 2000.

CAPÍTULO 22

VIVÊNCIAS E ESTÁGIOS NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 15/01/2021

Aline Santana Figueredo

Universidade Federal do Maranhão, Programa
de Pós-Graduação em Saúde do Adulto
(PPGSAD/UFMA)
São Luís- Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/6129359948262855>

Wherveson de Araújo Ramos

Universidade Federal do Maranhão, Programa
de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia
(PPGST/UFMA)
Imperatriz-Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/1797027545778580>

Arthur André Castro da Costa

Universidade Federal do Maranhão, Programa
de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
(PPGSC/UFMA)
São Luís-Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/8762041270156669>

Gustavo de Almeida Santos

Universidade Federal do Maranhão, Programa
de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente
(PPGSA/UFMA)
Imperatriz-Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/0802016386668239>

Thyago Leite Ramos

Universidade Federal do Maranhão-
Departamento de Medicina (UFMA)
Caxias-Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/5395645654891453>

Matheus dos Santos Passo

Universidade Federal do Maranhão-
Departamento de Medicina (UFMA)
Imperatriz-Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/6641057563188297>

Natã Silva dos Santos

Universidade Federal do Tocantins-
Departamento de Medicina (UFT)
Imperatriz-Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/2591687394760256>

Douglas Moraes Campos

Universidade Federal do Maranhão-Programa
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
(PPGSC-UFMA)
São Luís- Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/9283620844095068>

Vitor Pachelle Lima Abreu

Universidade Federal do Tocantins, Programa
de Pós-Graduação em Ensino, Ciências e
Saúde (PPGECS/UFT)
Imperatriz-Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/6172492362297224>

João Rodrigo Araújo da Silva

Universidade Federal do Maranhão,
Departamento de Enfermagem (UFMA)
Imperatriz-Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/8104351877935461>

Giovana Maria Bezerra de Moraes

Universidade Federal do Maranhão,
Departamento de Enfermagem (UFMA)
Imperatriz-Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/5714125655572328>

RESUMO: Uma das estratégias do Ministério da Saúde para fazer a saúde coletiva se tornar mais atraente para o estudante da área da saúde, foi a criação do Programa de Vivências e Estágios na realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil). Sendo assim, o objeto da investigação consistiu em estudar as percepções dos acadêmicos da saúde sobre as contribuições do VER-SUS na sua formação profissional. Trata-se de um estudo do tipo descritivo/ exploratório, com abordagem qualitativa. Os participantes foram estudantes egressos do VER-SUS e que residem na cidade de Imperatriz. Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado com os participantes, que, posteriormente foi analisada através da técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática, tomando como base os temas abordados nos relatos dos informantes. Para a disposição dos resultados, emergiram as seguintes categorias: significância em participar do VER-SUS: o olhar do acadêmico; Vida acadêmica: pós VER-SUS; Depois do VER-SUS: eu como futuro profissional; o SUS que tenho e o SUS que posso fazer; Contribuições do VER-SUS para a saúde coletiva; VER-SUS Imperatriz: impressões e percepções Diante disso, entende-se que o VER-SUS pode estimular no discente um olhar diferencial voltado para o fortalecimento do SUS, em que enquanto profissional e agente atuante irá lutar para a melhoria do sistema de forma crítica e humanizada.

PALAVRAS - CHAVE: VER-SUS. Formação Acadêmica. Saúde Coletiva.

EXPERIENCES AND STAGES IN THE REALITY OF THE UNIQUE HEALTH SYSTEM: CONTRIBUTIONS FOR PROFESSIONAL TRAINING

ABSTRACT: One of the strategies of the Ministry of Health to make collective health more attractive for the health student was the creation of the Program of Experiences and Internships in the reality of the Unified Health System (VER-SUS / Brazil). Thus, the object of the research was to study the perceptions of health scholars about the contributions of VER-SUS in their professional training. This is a descriptive / exploratory study with a qualitative approach. The participants were students from VER-SUS who reside in the city of Imperatriz. For data collection, a semi - structured interview script was used with the participants, which was later analyzed through the technique of content analysis, in the thematic modality, based on the themes addressed in the informants' reports. For the disposition of the results, the following categories emerged: significance in participating in the VER-SUS: the academic gaze; Academic life: post VER-SUS; After VER-SUS: I as a future professional; the SUS that I have and the SUS I can do; VER-SUS contributions to collective health; VER-SUS Empress: impressions and perceptions In view of this, it is understood that the VER-SUS can stimulate in the student a differential look aimed at strengthening the SUS, in that as a professional and acting agent will fight for the improvement of the system critically and humanized.

KEYWORDS: VER-SUS. Academic education. Collective Health.

INTRODUÇÃO

A construção do Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS- VER-SUS/ Brasil foi influenciada por movimentos sociais e diversos projetos realizados anteriormente, como: estágios interdisciplinares de vivência em assentamentos rurais, organizados pela

Federação dos Estudantes de Agronomia do Brasil (FEAB) no final da década de 1980, projetos de estágio de vivência realizados pela Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), nos anos 1990, e o projeto Escola de Verão, realizado com o apoio da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP/RS), em 2002 (CECCIM & BILIBIO, 2004).

Essa iniciativa, pode orientar novas práticas pedagógicas, a partir da articulação do tripé universitário ensino, pesquisa e extensão e de novas práticas de saúde, contribuindo para a implementação de políticas públicas em diferentes regiões, com abertura para ações intersetoriais.

O VER-SUS tem como eixos principais propiciar oportunidade aos participantes para vivenciar conquistas e desafios inerentes ao SUS e aprofundar a discussões sobre o trabalho em equipe, gestão, atenção à saúde, educação e controle social. Propicia, também, discussões sobre a importância dos movimentos sociais, principalmente o movimento estudantil (CANÔNICO & BRÊTAS, 2008).

Portanto, compreende-se que o VER-SUS pode estimular no discente um olhar diferencial voltado para o fortalecimento do SUS, em que enquanto profissional e agente atuante irá lutar para a melhoria do sistema de forma crítica e humanizada. Diante disso, este estudo tem por finalidade analisar as Contribuições do Programa Vivências e Estágios Na Realidade do Sistema Único de Saúde para a formação profissional na área da saúde.

Sendo assim, o objetivo do presente estudo é analisar as contribuições do Projeto VER-SUS Imperatriz na formação profissional de acadêmicos da área da saúde.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo/ exploratório, com abordagem qualitativa. Foram aplicados todos os procedimentos éticos presente na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo submetido para apreciação ao comitê de ética em pesquisa do hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HUUFMA, recebido o parecer aprovado, com nº 2.386.300.

A pesquisa foi realizada na cidade de Imperatriz, Mesorregião Oeste Maranhense e distante 639 km de São Luís, capital do Estado do Maranhão.

Os sujeitos da pesquisa foram graduandos dos cursos de saúde, de instituições públicas e privadas, que participaram das três edições do projeto VER-SUS Imperatriz, maiores de 18 anos e residentes na cidade de Imperatriz.

A coleta de dados foi realizada nos meses de novembro de 2016 a março de 2017, que foi realizada a partir da aplicação de um roteiro de entrevista semi estruturado adaptado de Valença (2013). Com relação aos estudantes egressos do VER-SUS que fazem parte de outra instituição, optou-se pela técnica de uma entrevista agendada previamente, uma vez

que é inviável reunir todos os participantes. Todas as entrevistas foram gravadas, sendo norteadas por meio das perguntas.

As informações coletadas foram analisadas através da técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática, tomando como base os temas abordados nos relatos dos informantes (MINAYO, 2002). Que se deu em três momentos: pré-análise (etapa de organização do material analisado com leitura flutuante dos enunciados sob a orientação das regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, para a constituição do corpus); exploração do material (seleção das falas dos informantes e organização das categorias ou núcleos temáticos) e interpretação dos resultados (Submissão do material explorado a um tratamento interpretativo e contextualizado). Sendo assim, após a leitura flutuante do material se dará a constituição do corpus, com base nos critérios de exaustividade, representatividade e pertinência (MINAYO, 2002).

A partir da análise de dados, emergiu as seguintes categorias: significância em participar do VER-SUS: o olhar do acadêmico; Vida acadêmica: pós VER-SUS; Depois do VER-SUS: eu como futuro profissional; o SUS que tenho e o SUS que posso fazer; Contribuições do VER-SUS para a saúde coletiva; VER-SUS Imperatriz: impressões e percepções.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira edição do projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde, ocorreu no segundo semestre de 2015, na cidade de Imperatriz, em que contou com a participação de 60 estudantes de graduação, sendo facilitadores e viventes. A segunda edição ocorreu no primeiro semestre de 2016, com a participação de 48 estudantes, subdivididos em facilitadores e viventes, e a terceira edição ocorreu também no segundo semestre de 2016, com a participação de 40 estudantes.

A pesquisa contou a participação de 35 acadêmicos da área da saúde, residentes na cidade de Imperatriz, sendo de instituições públicas e privadas, que participaram de uma das edições do VER-SUS Imperatriz. Após a análise conteúdo, emergiram as seguintes categorias:

Significância em participar do VER-SUS: o olhar do acadêmico

Quando foi indagado aos participantes sobre o que representou para os mesmos terem participado do VER-SUS Imperatriz, muitos expressaram em suas falas uma mudança quanto a sua formação pessoal, em quanto indivíduos que fazem parte desse sistema. Tais sentimentos podem ser retratados através das seguintes falas:

“Pra mim o VER-SUS representou mudança, uma evolução de mim mesma, pois, é, o VER-SUS me proporcionou tantas coisas, experiências novas, é, uma formação de opinião sobre coisas, sobre novas coisas, é, e participar

desse projeto que é tão grande, único, foi, marcou assim a minha trajetória acadêmica (V1) ”.

“Participar do VER-SUS pra mim, foi uma experiência única e que me proporcionou um saber inesgotável, principalmente, no que se diz respeito a conhecer novas realidades e aprender a entender que as coisas ocorrem diferentes (V6) ”.

“O VER-SUS foi uma grande oportunidade de aprender, me surpreendi por ter aprendido não apenas sobre o sistema, mas sobre diversos assuntos que acrescentaram em muito na minha vida pessoal e profissional (V10) ”.

O VER-SUS, como dispositivo de ensino, desperta o contato com o novo, a sensação de incômodo e o desejo de ação de cada participante no seu processo de formação, bem como futuramente na sua atuação profissional. O acúmulo de experiência e vivências acaba por produzir estímulos e mudanças na visão dos estudantes (LIRA NETO; FREITAS; BRITO et al. 2013).

Canônico e Brêtas (2008), afirmam que experiências como o VER-SUS podem desencadear o processo de mudança de mentalidade nos atores sociais das universidades, com conseqüente mudança de atitude profissional, o que é fundamental, já que a elaboração do saber sobre o SUS produz alteração nas relações e práticas de poder entre os defensores da saúde enquanto direito e aqueles que creem que é mercadoria.

A participação no projeto VER-SUS proporciona quebra de paradigmas e do pensar acadêmico direcionado unicamente ao curso, promovendo um olhar para além, instigando o questionamento às interações sociais e a maneira de como se faz saúde pautada no Sistema Único de Saúde (WEBER et al, 2016).

Os participantes afirmaram que a representatividade em participar do projeto foi voltada ao conhecimento mais abrangente acerca da visão voltada para o Sistema Único de Saúde, que até então era bem limitada. Tais relatos podem ser observados nas seguintes falas:

“Então, assim, participar do VER-SUS pra mim, foi uma experiência muito boa, porque eu mesmo sendo um usuário assim do SUS, eu não conhecia muito bem, e o VER-SUS me proporcionou isso [...]Ele me abriu os olhos do que eu pensava, eu pensava, que o SUS não era tão estruturado, porque assim, ele não oferece um serviço tão complexo, que muita gente precisa e não tem como pagar, eles oferecem, pra mim, assim, representou um ponto muito forte do que a gente participou do VER-SUS (V2) ”.

“Ter participado do VER-SUS representou uma oportunidade singular de aprimorar o conhecimento acerca do SUS, em seu aspecto teórico e prático (V21) ”.

"[...] a ideia sobre SUS ainda era um pouco limitada, eu não conhecia a grandeza que era, como funcionava, e, como é, então, o VER-SUS, ele teve, ele representou algo bem importante pra mim, que foi essa descoberta do que é o SUS, de como ele funciona e da importância que ele tem na saúde do Brasil (V5)".

Os participantes mostraram em suas falas que houve a quebra do preconceito quanto ao Sistema, pois muitos afirmaram que antes da participação da vivência tinham um conhecimento muito limitado quanto ao SUS, e devido a essa falta de conhecimento, tinham como resultado a crítica.

Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam que, alguns estudantes demonstraram ter o conhecimento limitado em relação ao Sistema Único de Saúde, contudo não possuem a dimensão quanto ao seu real funcionamento, dessa forma, compreende-se que a abordagem clássica do ensino nas instituições superiores são tecnicistas, voltadas apenas a transmissão de conhecimento dos docentes, deixando de lado as práticas integrativas, estratégias didáticas e pedagógicas que poderiam garantir efetivamente o protagonismo estudantil e o funcionamento adequado do sistema.

Vida acadêmica: pós VER-SUS

Esta categoria aborda os aspectos relacionados a vida acadêmica dos estudantes depois da vivência do VER-SUS Imperatriz, através das falas, percebe-se que houve uma mistura de sensações, que podem ser observadas nas falas abaixo:

"O VER-SUS contribuiu, é na minha formação de opinião, me deixou mais, é crítica, me proporcionou, me ensinou a ser mais crítica, aos cenários impostos a mim, e eu pude, é, me proporcionou ter uma, um discernimento melhor, o que afeta também minha carreira, minha futura carreira profissional, que me ajuda a visualizar o ambiente que eu estou pra poder assim influenciá-lo ou ajudá-lo de alguma forma (V1) "

"O VER-SUS trouxe contribuições muito positivas para minha vida acadêmica, como por exemplo, constatações prática do funcionamento do SUS, que vão além dos conhecimentos teóricos adquiridos no interior de salas de aulas, ademais, serviu como estímulo para o exercício do trabalho em equipe e respeito a opiniões divergentes, com relação a futura carreira profissional (V3) "

Sendo assim Weber et al (2016) afirma que, o VER-SUS constitui, portanto, uma ferramenta estratégica na educação em saúde e na formação de novos profissionais agentes da transformação social requerida na nossa sociedade.

Em outros discursos, pode-se notar a contribuição voltada para o processo de humanização, proporcionando a quebra de pré-conceitos e abertura para uma gama de possibilidades e para o trabalho multidisciplinar.

“O VER-SUS, ele, contribuição que ele teve foi querer me transformar a querer ser um profissional melhor, um profissional mais capacitado e mais humanizado né, como manda das técnicas ou umas das abordagens da enfermagem mesmo fala, essa questão da humanização foi muito importante, e principalmente querer alcançar sempre algo mais, como contribuição na minha carreira sempre querer ir além dos limites (V17)”.

“[...] ele se encaixa na minha vida acadêmica como um divisor de água mesmo, como eu disse, ele contribuiu muito para minha formação pessoal, e isso reflete na formação profissional, principalmente quando eu falo sobre a forma de lidar com outras pessoas, com realidades diferentes e me colocar em situações que eu não me imaginava [...] (V24)”.

A contribuição do VER-SUS fica explícita nas falas dos participantes, uma vez que é nítido nos relatos o sentimento por uma mudança, voltada para a melhoria do Sistema Único de Saúde. A partir disso, eles se posicionam como atores sociais, proporcionadores de mudanças, que visem o bem coletivo de todos os que necessitam do SUS.

A partir disso Ferla et al (2013), afirma que, através do projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), espera-se que haja uma aproximação, gerando uma cumplicidade que se revelará em um dispositivo potencializador do compromisso ético-político dos estudantes com os processos de Reforma sanitária e construção do SUS. O impacto dessas vivências também é almejado para que atinja aos trabalhadores que receberam esses estudantes e que dessa interação surja espaços de aprendizagem significativa e ressignificação de práticas.

Depois do VER-SUS: eu como futuro profissional

Nesta categoria, são explanadas as falas dos participantes em relação a sua futura prática profissional, quais foram os impactos que o projeto VER-SUS possibilitou, e como esses indivíduos pretendem atuar em suas futuras carreiras profissionais, depois de terem participado do estágio. Segue os seguintes relatos:

“Eu mudaria, principalmente o acolhimento [...], porque muitas pessoas, muitos profissionais tratam seus, as pessoas de forma, de qualquer forma, não tratam eles de forma agradável, então, é importante as pessoas serem tratadas como serem humanos, como pessoas que estão nesse sistema porque elas precisam e necessitam de ajuda, então ao meu deve como profissional e como atuante, futura atuante nesse sistema, atende-la da melhor forma possível (V1) ”.

“[...] eu como profissional, acho que, assim, se eu fosse trabalhar eu vou ter uma postura diferente, porque assim, muita coisa que a gente ver na sala de aula, quando chega na prática é uma coisa totalmente diferente (V33) ”.

“Mesmo com pouca qualidade e instrumentação para a atender a demanda, tentaria fazer o possível para prestar serviço de qualidade e humano (V9)”.

“Nossa! O que eu poderia dizer, minha postura, é, a empatia com as outras pessoas, com os meus pacientes, é, a busca por novas estratégias pra atingir a população, novas estratégias de educação em saúde, conscientização, principalmente tentando, é, fazer valer, a, equidade, que sem dúvida alguma é fundamental pro pleno exercício do SUS (V6)”.

O tema voltado para a formação de profissionais da área da saúde tem sido constante em fóruns que discutem a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da compreensão de que os trabalhadores e seus processos de trabalho definem os modelos de atenção e gestão do sistema na sua dimensão prática, nos pontos de contato com usuários e com territórios. Reitera-se, nessas discussões, o diagnóstico que os processos de mudança na formação de profissionais ainda não superaram a lacuna entre o que as instituições formadoras ofertam e o que o sistema de saúde necessita (FERLA et al., 2013).

Nesse contexto e, pensando na educação permanente como política pública para a qualificação do SUS, o projeto VER SUS é considerado como estratégia na dinamização desta, na medida em que propõe a construção do perfil diferenciado dos futuros profissionais da saúde, articulados com o movimento estudantil e “empoderados” como sujeitos transformadores das condições de saúde existentes, atraindo para o pensamento e crítica sobre o SUS àqueles que buscam uma profissão no setor (WEBER et al, 2016).

O SUS que tenho e o SUS que posso fazer

Esta categoria é relacionada ao impacto os viventes frente a realidade encontrada dentro do Sistema Único de Saúde. Também aborda os sentimentos de mudança através dos anseios de mudança, bem como quais seriam as novas práticas adotadas pelos mesmos para mudar esse cenário. A partir disso, emergiu duas subcategorias dessa temática: o SUS que temos: a realidade encontrada; Eu como ator social: qual minha visão a respeito disso?

O SUS que temos: a realidade encontrada

Essa subcategoria aborda sobre o impacto ao se deparar com a realidade do SUS, como que os estudantes reagiram, pode-se perceber os sentimentos através dos relatos. Seguem:

“[...] o jeito que o SUS se encontra me deixa alarmada, porque num é nem de perto o que ele deveria ser, o exemplo que ele deveria ser, então, assim, o jeito que o SUS se encontra atualmente me deixa impactada (V32)”.

“[...] assim, eu não conhecia, mas já tinha ouvido falar, não me surpreendeu muito, então assim, não teve nada assim, eu fiquei assim, chou ver no que é que eu ssurpreendi, eu já esperava encontrar aquilo, porque as pessoas já me falaram, trouxe impacto, muito (V2)”.

Nota-se através das falas que, alguns dos participantes se sentiram impactados com a realidade encontrada, no qual a consideraram algo fora do comum, outros já afirmaram que não se surpreenderam, uma vez que já imaginavam encontrar tal realidade. Porém em outras falas, é perceptível que, mesmo com os pontos negativos do Sistema, alguns dos estudantes ainda o conseguem ver com outros olhos, como um sistema que têm falhas, porém que busca se aprimorar cada vez mais.

"[...] em alguns estabelecimentos saúde, a ausência de profissionais, medicações, equipamentos e uma estrutura inadequada dificultavam o pleno exercício da prevenção e promoção em saúde, por outro lado, nos locais mais bem equipados e preparados, a dinâmica de atendimento era melhor gerida, em todo caso, o entrosamento da equipe de saúde e o acolhimento e humanizado dos pacientes, eram também aspectos importantíssimos nesse processo (V17)"

"[...] o impacto que a realidade do SUS, é, trouxe pra mim, foi só mesmo, a questão de mudança de visão, porque eu, realmente achava que nada funcionasse, como eu disse antes, pelas minha experiências, mas com as visitas que eu vi, eu acabei vendo que não era aquilo que eu imaginava (V23)".

"Nossa! Demais, principalmente quando a gente pode visitar o lixão e lá a gente viu como é, é, a situação de vida daqueles moradores, daquelas pessoas que trabalham ali, que moram ali ao redor daquele ambiente, e deu pra perceber que, existe muitos problemas, muitas questões, e muito desamparo, onde a gente não ver, onde a gente menospreza, marginaliza, o que não é verdade, que tem que ser mudado, com certeza, participar do VER-SUS me proporcionou, nossa, muita coisa também quando a gente teve a oportunidade de visitar, é, o pessoal, ou comunidade, e conhecer a umbanda, e conversar com eles, entender pra eles, como funciona tudo isso, pra mim foi bem interessante, ver as pessoas que eles consideram como líder, como que eles se organizam de que forma a religião interfere na, no cuidado a saúde deles, foi magnífico (V6)".

O Estágio de Vivência proporciona ao estudante o acesso ferramentas importantes para a construção de conceitos e reflexões acerca do modelo de saúde vigente no Brasil. Tais ferramentas se baseiam no aprendizado coletivo decorrente das vivências nas instâncias de gestão e atenção à saúde, além da observação in loco dos serviços de saúde oferecidos aos usuários. Portanto, esta estratégia de reorientação da formação é uma grande aliada na construção de um SUS que realmente contemple universalidade, integralidade, equidade e controle social.

A estratégia metodológica do estágio é bastante dinâmica e adaptável e se dá através da construção coletiva de significados das ações vivenciadas. A partir de debates e discussões emergem as questões norteadoras que possibilitam a criação de ricas reflexões. A partir dessas reflexões, elucidam-se conceitos, propõem-se novas práticas e criam-se novos paradigmas a partir de uma visão politizada e cientificamente embasada em relação

ao que foi vivenciado (LE MOS et al., 2012).

Eu como ator social: qual minha visão a respeito disso?

Nessa subcategoria é abordada a visão dos atores sociais a respeito da realidade que foi encontrada, bem como a forma como afetou na sua formação pessoal, enquanto ser humano.

“Eu me vejo hoje uma pessoa mais crítica, empoderada com os meus direitos [...]. E, se minha visão mudou em relação ao SUS? Sim, porque eu participei do Ver-SUS, eu, antes eu não tinha muito contato com o SUS, eu só sabia o básico, e o que as pessoas diziam sobre o Sistema, então, eu participando do VER-SUS e tendo tantos, tantos debates e assuntos relacionados a ele, eu pude compreender melhor, de uma forma certa o que é esse Sistema, o que é que ele promove, o que é que realmente ele faz, então, minha visão com, ao SUS, diante ao SUS, mudou totalmente em relação, por causa do VER-SUS (V15)”.

“[...] eu me vejo assim, uma pessoa mais humana em relação o que, do que é oferecido né, mudou muito minha percepção do que eu via o SUS, e o VER-SUS me mudou, eu pensava que o SUS fosse, assim muito ruim, não funcionava muito as coisas, mas realmente assim, se você for atrás, você pesquisar, funciona mesmo de verdade, como tá no papel, claro que precisa melhorar né [...] (V2)”.

“[...] é, como eu falei, o contato com a realidade, faz com que a gente mude as nossas opiniões, e, por ser uma pessoa sensível, acaba mexendo com a gente e nos torna uma pessoa melhor, então, sim, mudou minha ideia quanto ao SUS, eu tinha, eu achava..., pra mim, pelas minhas, é, experiências, pra mim o SUS não funcionava, era só história e o povo só ganhava dinheiro encima, só que depois das visitas, que a gente fez, o que a gente escutou, eu vi que não é bem assim, tem a questão que não, das coisas que não funciona, mas também tem as coisas que funcionam, tem as pessoas que fazem o SUS dá certo (V35)”.

O projeto VER-SUS possibilita aos estudantes um olhar diferenciado, que vai além do modelo tecnicista, hospitalocêntrico e fragmentado, ainda presente na formação e atenção em saúde, enfatizando a necessidade de valorizarem aspectos como o contexto social dos usuários, a atenção voltada para as reais necessidades de saúde da comunidade, a articulação com os movimentos sociais, o trabalho em equipe, e a educação permanente em saúde (FETTERMAN et al, 2014).

Sendo assim, o VER-SUS permite que os discentes conheçam e reflitam sobre o cotidiano de trabalho das organizações de saúde, estimulando-os a direcionar sua formação para atuarem no SUS, além de contribuir para o amadurecimento da prática multiprofissional e interdisciplinar.

Contribuições do VER-SUS para a saúde coletiva

Essa categoria emergiu a partir da seguinte questão norteadora: Pra você, a vivência e o estágio, nos moldes do VER-SUS, contribuem para o ensino em saúde coletiva? Em que sentido? A opinião dos discentes podem ser expressas a partir das seguintes falas:

“O VER-SUS contribui para o ensino em saúde coletiva, pois, porque ele, o VER-SUS é um projeto baseado na saúde coletiva, porque ele traz conhecimentos, experiências, baseados nos problemas e nas situações em que a população em geral vive, então, o VER-SUS, ele busca modos de intervir, e, entender esses problemas e situações, em que a saúde da população está (V19)”.

“O VER-SUS tem essa chance de contribuir pro ensino coletivo, porque, assim, durante as visitas a gente comunicava dos pontos positivos e negativos, então assim, contribui sim, porque a gente debate, coisa que eu não vi o meu colega viu, a gente bolava uma solução pro problema encontrado (V2)”..

Em outros relatos, os estudantes também afirmaram que essa contribuição do VER-SUS para a saúde coletiva é devido ao seu modelo interdisciplinar, que possibilita a experiência na prática, fazendo os atores sociais se emergirem literalmente na realidade do SUS.

“Com toda certeza, o VER-SUS contribui positivamente para o ensino em saúde coletiva, uma vez que possibilita a constatação in loco do funcionamento do SUS e permite o planejamento e execução de ações que visem a melhoria das condições de saúde da população em geral ou de determinado grupo (V3)”.

“Sim, super contribui, porque você é colocado em contato com novas pessoas, algumas que você nunca teve contato [...] principalmente, no sentido que eu posso falar assim, de contribuição, desses moldes do VER-SUS, é nessa interação mesmo, desses estudantes, e também por tentar prender os futuros profissionais numa fase realmente de aprendizagem, de moldagem, que é a faculdade, que é a academia, que é um período que é de construção [...] (V6)”.

No tocante à formação de profissionais de saúde para o trabalho no SUS, entende-se que esta é inseparável dos processos de intercessão coletiva, da capilarização das orientações ético- -políticas do sistema de saúde, da transformação da realidade e da mobilização de agentes socialmente engajados na superação dos problemas vivenciados no cotidiano de trabalho. Contudo, na prática, observa-se que muitos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, carecem de competências para reconhecer e enfrentar, de modo adequado, os desafios para a consolidação do SUS (SOUZA et al, 2017).

Para a saúde coletiva, uma formação profissional em saúde não será adequada se não trabalhar pela implicação dos estudantes com seu objeto de trabalho: práticas cuidadoras de indivíduos e coletividades; práticas de afirmação da vida, sob todas as suas formas inventivas e criativas de mais saúde; práticas de responsabilidade com as pessoas

e coletividades pela sua melhor saúde individual e coletiva; práticas de desenvolvimento e realização de um sistema de saúde com capacidade de proteção da vida e saúde e práticas de participação e solidariedade que tenham projetos de democracia, cidadania e direitos sociais (CECCIM ;CARVALHO, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

OVER-SUS Imperatriz proporcionou aos atores sociais envolvidos uma transformação na formação em diferentes âmbitos, todavia no que se refere ao aprendizado em relação ao SUS, foi de suma relevância tendo em vista as diferentes etapas de pactuação feitas para realização das vivências junto as secretarias municipais de saúde.

A vivência possibilitou o diálogo entre os participantes, estabelecendo uma criticidade e reflexão, colaborando para o fortalecimento do SUS e aproximando a teoria da prática e ressignificando a formação por meio de discussões sobre os elementos estruturais do SUS e processos de trabalho encontrados na atenção à saúde.

Também pode-se constatar a grande influência que o projeto tem na formação acadêmica desses estudantes, enquanto futuros profissionais que pretendem atuar no Sistema Único de Saúde. E por meio da vivência também foi possível despertar o interesse dos participantes pelo SUS, e principalmente, mudar as concepções em relação a esse Sistema.

REFERÊNCIAS

CANÔNICO RP, BRÊTAS ACP. Significado do programa vivência e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde para formação profissional na área da saúde. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2008..

CECCIM, R. B., & BILIBIO, L. F. S. Articulação com o segmento estudantil da área de saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. In Ministério da Saúde (Org.), **VER-SUS/BRASIL: Cadernos de Textos** (pp. 4-19). Brasília, DF: (2004).

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y M. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Gastão Wagner de Souza Campos, Maria Cecília de Souza Minayo, Marco Skerman, Marcos Drumond Júnior, Yara Maria de Carvalho. (org.). *Tratado de saúde coletiva*. 1ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, v. p. 149-182.

CECCIM R B & FEUERWERKER L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

FERLA, A.A. et al. (Orgs.). *ver-SuS Brasil: cadernos de textos* Porto Alegre: Associação Brasileira da Rede Unida, 2013a. (Coleção VER-SUS/Brasil).

FETTERMANN FA, SCHOLZ DCS, TORRES OM et al. Construção e vivência do VER-SUS pampa: um relato de experiência. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, 8(7):2175-9, jul., 2014.

LEMOS, M; ROCHA, M.N.; PEIXOTO, M.V. Estágio de vivência no SUS-BA: estratégia de reorientação da formação profissional em Saúde. **Rev Baiana Saúde Pública**. 2012a;36(1):10.

LIRA NETO JCG, FREITAS RWJF DE, BRITO ECC ET AL. VER-SUS: um relato de experiência sobre uma vivência-estágio na realidade do Sistema Único de Saúde. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 7(esp):1042-6, mar., 2013.

MENDES FMS, FONSECA KA, BRASIL JA, DALBELLO-ARAÚJO M. Ver-Sus: Relato de Vivências na Formação de Psicologia. **Psicol Ciênc Prof** [Internet]. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21 ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2002.

SOUZA, Káren Mendes Jorge de et al. Contribuições da Saúde Coletiva para o trabalho de enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 543-549, jun. 2017.

VALENÇA, Cecília Nogueira. **Corações e mentes desvendam o Sistema Único de Saúde: visões e vivências de estudantes de enfermagem**. Natal, 2008. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN. 2011.

COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE: O OBJETIVO DO DESENVOLVIMENTO FUTURO

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 11/02/2021

Milena Luisa Schulze

Universidade da Região de Joinville,
Departamento de Medicina
Joinville, Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/6480972925082031>

Giulia Murillo Wollmann

Universidade da Região de Joinville,
Departamento de Medicina
Joinville, Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/4710501744487211>

Luciano Henrique Pinto

Universidade da Região de Joinville,
Departamento de Medicina, Farmácia e
Enfermagem
Joinville, Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/4839940148059251>

RESUMO: Inseridos no contexto de números elevados de casos de câncer e outras doenças crônicas, os países almejam o investimento na área tecnológico-científica a fim de se reduzir taxas de morbimortalidade referentes às patologias. Porém, em divergentes situações, o sistema de saúde local falha, e, por isso, enfatiza-se a importância de se priorizar a atenção primária em saúde, para que o mínimo de vida saudável populacional possível seja atingida, através da prevenção como prioridade. Assim, debate-se a proposta de cobertura universal de saúde e suas possíveis consequências,

em cenário internacional. Foram selecionados artigos nos bancos de dados PubMed e Scielo, com as palavras-chave “Health Coverage” e “Health Development”, que adequavam-se ao tema proposto, com a intenção da produção de um texto imparcial e direcionado, neste artigo de revisão de literatura integrativo. No Brasil, há a garantia da assistência universal à saúde das pessoas, independentemente de raça, gênero, idade, status social, nacionalidade, opinião política ou religiosa. Ainda, define-se a saúde, como, além do estado físico sem doença, um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em que a saúde seria um direito humano fundamental. Contudo, há uma deficiência sistemática, no que se refere à integridade e à equidade. Dessa forma, a desigualdade e a dificuldade de cobertura de saúde a toda a população seriam empecilhos à atenção primária em saúde de algumas regiões. Assim, estudos sugerem que a falta de alocação de recursos, poucas oportunidades e o difícil acesso à utilização de serviços seriam problemas a serem resolvidos para haver uma cobertura maior de saúde às pessoas, seguindo-se, então, os princípios da bioética.

PALAVRAS - CHAVE: Saúde; Sistema de saúde; desigualdade;

UNIVERSAL HEALTH COVERAGE: THE TARGET OF FUTURE DEVELOPMENT

ABSTRACT: Inserted in the context of increase of levels of cancer cases and other chronic diseases, countries aim to invest in the technological-scientific area in order to reduce morbidity and

mortality rates related to pathologies. However, in divergent situations, the local health system fails, and, therefore, the importance of prioritizing primary health care is emphasized, so that the minimum possible healthy population life is achieved through prevention as a priority. Thus, a proposal for universal health coverage and its possible consequences is being debated in an international scenario. Articles were selected from the PubMed and Scielo databases, with the keywords “Health Coverage” and “Health Development”, which fit the proposed theme, with the intention of producing an impartial and targeted text, in this integrative review article. In Brazil, there is a guarantee of universal health care for people, regardless of race, gender, age, social status, nationality, political or religious opinion. Still, health is defined as a complete state of physical, mental and social well-being, in addition to the physical state without disease, so that health would be a fundamental human right. However, there is a systematic deficiency, referring to integrity and equity. In this way, inequality and difficulty in health coverage for the entire population will be obstacles to primary health care in some regions. Thus, studies suggest that the lack of allocation of resources, opportunities and the difficult access to the use of services are problems to be solved in order to have greater health coverage for people, following, then, the principles of bioethics.

KEYWORDS: Health; health system; inequality;

1 | INTRODUÇÃO

In the age of rising cancer cases and serious chronic diseases, there is an increasing number of research and investment related to primary health to achieve universal health coverage. On the other hand, there are also several cases in which primary care fail and, consequently, aggravate the condition of patients who could be treated before the severity occurred. It is important to prioritize primary health in order to keep developing this system, with the goal of achieving the healthy life of the population, both physically and emotionally.

For instance, Brazil attracts immigrants from Bolivia, where Chagas disease is endemic, and not everyone has access to primary care, and therefore contract the disease. Still, the unfamiliarity of knowledge about the treatment protocol of Chagas disease is visualized, that is, secondary health care in that country also seems to fail (CARNEIRO JUNIOR et al., 2018). In this sense, it is analyzed that the lack of initial care aggravated the situation of patients, denoting the importance of primary care in public health.

From another perspective, a study that investigated the importance of primary care in oral health revealed that the higher the coverage of primary care and dental centers, the lower the mortality rates for oral and oropharyngeal cancer in Brazil (CUNHA, 2019). Another study explored the importance of having psychological care with the elderly for their emotional care, from the strengthening of forces, instead of focusing only on reducing or treating diseases, which can also prevent specific long-term pathologies (DURGANTE, 2019). Thus, prevention is the starting point for health development in every country.

The difficulty of achieving the Universal Health Coverage

In Brazil, the Code of Medical Ethics and the Brazilian Constitution guarantee universal health care to people, regardless of race, gender, age, social status, nationality, political or religious opinion. Including a system with integrity and equity, where all the health dimensions are integrated in order to maintain the prevention, healing and rehabilitation of diseases, and patients with differing realities are treated differently to reduce health inequities. However, besides the beauty of this theoretical concept, it has shown to be hard to apply it to the reality of the country.

On September 12, 1978, the International Conference on Primary Health Care met to address the urgent state of health that different nationalities were facing. The conference stated that health, beyond the physical state, without illness, is the state of complete physical, mental and social well-being. In this perspective, health would be a fundamental human right, so developed and developing countries should promote this well-being and overcome growing difficulties together. In Alma Ata's statement, one of the origins of the scarcity of primary health care in some regions was already identified: inequality. It is well known that countries are already unequal to each other, as they also are on their own, social and financial equality is not identified either. Therefore, some will always be prioritized over others, including in health care (MENDES, 2004).

The lack of primary care, or its inefficiency, has been related to the increase of breast cancer mortality due to the delay on its diagnosis. In a cross-sectional study performed in Mexico, it was observed that younger women were facing an enormous delay on their diagnosis, which was related, not only to the lack of suspicion, but with the difficulty that those women faced with the local health system (PARTRIDGE et al., 2012).

One of the many problems that the health systems face is to cover the entire population, which in big countries, with big rural and isolated areas, can be a huge obstacle to give health access to everyone. In Australia, a study explored the problems that pregnant women who live in remote areas had to receive basic services, such as antenatally, in birth or postnatally care. First, it was expected that they would relocate to an area where they could receive the service that they needed, but it was observed that, other than putting them in self-danger, their economic status would not allow them to go. In order to solve this problem, it was created a strategy where the health system would go to those areas, adjusting to their social, economic, culture and emotional health, where the care would be as close to home as possible. This is a great example of inclusion that was able to prevent maternal and infant outcomes, in the areas with the biggest number of health outcomes of the entire country, which was due to the lack of access to primary health care (KILDEA et al., 2010)

In today's society, inequalities continue, and some of its reasons are the lack of application of three basic aspects to health: resource allocation, opportunities for access

and utilization of services (COBUCCI et al., 2013). If these factors continue in inequality, the public health system will become worse, and access to public health will be damaged.

How can primary health care help to achieve universal health coverage?

An improvement on the primary health care, focusing on the prevention of diseases, could easily reduce the global mortality in general. In vascular events, such as stroke, responsible for the second lead cause of deaths on a worldwide level, the primary contact with the health system is essential (BRONNER et al., 1995). As a major healthcare problem, a simple set of questions to calculate the risk of this event, could reduce the mortality up to 25%, a number that shows the enormous importance of the prevention of not only this type of disease, but of all the avoidable death or in disabling causes (ADAMS et al., 2011).

With the implementation of a complete and concrete primary health care strategy, many outcomes will be prevented. This will happen only if the countries provide access to all of its population, since homecare consults in remote areas, to an medic care specialized on the prevention of the individual health, focusing not only in avoiding physical diseases, but in the entire mental, social and economic status and needs of the patient.

According to the basic principles of the SUS (The Unified Health System), Brazil tends to grow in terms of the health of the Brazilian population. Thus, equity, universalization and comprehensiveness need to prevail in medical care, if primary health care is to be prioritized. For these principles to be effectively present, public policies must overcome the sectoral scope, thus reducing pre-existing inequalities. At that time, to invest in long-term programs that address primary health care, such as investing in child development, education, nutrition programs, and improvements in the quality of the work environment is needed. With the coronavirus pandemic, the need for attention to the individual health of citizens becomes clear, whether in the presentation of basic information on prevention or in action against the symptoms of the disease, because without this, global health would be harmed, due to the high rate of contagion of the virus. (BELASCO et al., 2020; DUARTE et al., 2020) Allied to this, it is also important to prioritize the efficiency and principles of bioethics, so that the health development of a country is growing (COBUCCI et al., 2013).

REFERENCES

ADAMS, R. J. et al. AHA/ASA Guideline Guidelines for the Primary Prevention of Stroke Council on Cardiovascular Nursing, Council on Epidemiology and Prevention, Council for High Blood Pressure Research, Council on Peripheral Vascular Disease, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. 2011.

BELASCO, Angélica Gonçalves Silva; FONSECA, Cassiane Dezoti da. Coronavírus 2020. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 73, n. 2, e2020n2, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000200100&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Feb. 2021. Epub Mar 27, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020730201>.

BRONNER, L. L.; KANTER, D. S.; MANSON, J. E. Primary prevention of stroke. *New England Journal of Medicine*, 23 nov. 1995.

CARNEIRO JUNIOR, N. et al. Migração boliviana e doença de chagas: Limites na atuação do sistema único de saúde Brasileiro (SUS). *Interface: Communication, Health, Education*, v. 22, n. 64, p. 87–96, 1 jan. 2018.

CUNHA, A. R. DA; PRASS, T. S.; HUGO, F. N. Mortality from oral and oropharyngeal cancer in Brazil: impact of the National Oral Health Policy. *Cadernos de saúde pública*, v. 35, n. 12, p. e00014319, 2019.

COBUCCI, N. O. R.; DUARTE, M. C. P. S. L. Bioethics, medical care and social justice. *Rev bioét (Impr.)*. [s.l.: s.n.].

DUARTE, Michael de Quadros et al. COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3401-3411, Sept. 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903401&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Feb. 2021. Epub Aug 28, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.16472020>.

DURGANTE, HELEN (INSTITUTO DE PSICOLOGIA, U. F. DO R. G. DO S. B. Vista de Intervenciones psicológicas positivas para adultos mayores en Brasil.pdf, [s.d.].

KILDEA, S. et al. “Closing the Gap”: How maternity services can contribute to reducing poor maternal infant health outcomes for Aboriginal and Torres Strait Islander women. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<http://www.rrh.org.au>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 3, p. 447–448, jun. 2004.

PARTRIDGE, A. H. et al. Model Program to Improve Care for a Unique Cancer Population: Young Women With Breast Cancer. *Journal of Oncology Practice*, v. 8, n. 5, p. e105–e110, set. 2012.

SOBRE O ORGANIZADORA

RENATA MENDES DE FREITAS - Pós-doutorado no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora (PpgSC/UFJF/MG), bolsista PNPd/CAPES. Doutora em Biologia Celular e Molecular pela Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz/RJ, mestra em Genética e Biotecnologia pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Biológicas da Universidade Federal de Juiz de Fora/MG e graduada em Ciências Biológicas pela mesma Instituição de Ensino. Suas linhas de pesquisas envolvem a oncogenética e a epidemiologia do câncer, principalmente estudos relacionados ao câncer de mama, incluindo a prática do aconselhamento genético e o rastreamento de grupos de risco aumentado para a predisposição hereditária de cânceres e outras doenças genéticas realizadas em colaboração com a Fundação Oswaldo Cruz/IOC/RJ e a Universidade Federal de Juiz de Fora/MG.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Analgesia 39, 40, 45

Atenção Primária 23, 26, 28, 39, 46, 48, 56, 82, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 103, 105, 106, 107, 163, 164, 168, 174, 204, 207, 208, 234

Aterosclerose 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65

Automedicação 39, 40, 162, 163

D

Diabetes 7, 35, 50, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 152, 193

Disfunção cardíaca 59, 61

Doença Falciforme 8, 108, 110, 111, 112, 114, 115, 119, 120, 121, 122, 123, 124

Doenças Sexualmente Transmissíveis 82, 89

Doenças tropicais negligenciadas 69

Dor Crônica 39, 40

E

Educação em saúde 10, 8, 31, 32, 33, 35, 36, 55, 69, 75, 78, 90, 104, 115, 116, 121, 162, 196, 197, 198, 226, 228, 232

Educação Infantil 196, 197, 198

Educação Permanente 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 21, 83, 92, 94, 100, 103, 105, 106, 113, 125, 126, 165, 166, 172, 174, 197, 228, 230

Educação Sexual 7, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89

Equipe de assistência ao paciente 176

Estratégia saúde da família 113, 122

F

Fenomenologia 127

Formação Acadêmica 7, 76, 222, 232

Formação em saúde 6, 1, 2, 6, 7, 8, 10, 28, 165, 167, 172

G

Gestão de serviços de saúde 56

Gravidez 83, 87, 89, 155, 157, 158, 160, 161, 162, 163, 176, 180, 181, 217

I

Instituições de ensino superior 27

Intolerância a lactose 9, 142, 143, 144, 145, 149, 150, 151

K

Kefir 9, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153

N

Neoplasias Bucais 92

P

Pacientes domiciliados 10, 199, 201, 203, 204, 206

Pico de crescimento 10, 188, 189, 191, 192, 194

Plantas Medicinais 9, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164

Prática profissional 7, 23, 29, 171, 172, 227

Profissionais de saúde 8, 10, 21, 33, 69, 70, 78, 82, 83, 86, 94, 95, 100, 116, 146, 159, 166, 168, 170, 172, 181, 197, 198, 208, 231

Promoção da saúde 27, 31, 32, 33, 35, 37, 48, 83, 86, 88, 170, 196, 197

R

Rebote da adiposidade 10, 188, 189, 191, 192, 193, 194

Recursos Humanos 3, 11, 23, 49, 167, 232

S

Saúde Coletiva 2, 5, 6, 7, 1, 2, 3, 10, 11, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 37, 46, 48, 50, 56, 57, 90, 91, 124, 154, 158, 159, 163, 164, 209, 210, 221, 222, 224, 231, 232, 233, 238, 239

Saúde do trabalhador 31, 33

Saúde Mental 9, 20, 31, 32, 33, 36, 165, 167, 168, 169, 170, 172, 173, 174, 187, 238

Saúde Pública 5, 8, 11, 13, 14, 23, 25, 28, 29, 32, 40, 46, 57, 58, 60, 69, 71, 73, 74, 76, 79, 87, 93, 107, 108, 110, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 140, 154, 159, 162, 163, 164, 196, 198, 223, 232

Serviço de saúde 10, 31, 35, 169

Sistema Único de Saúde 8, 11, 3, 4, 14, 23, 25, 26, 48, 52, 93, 125, 126, 156, 165, 166, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 232, 233, 238

T

Toxoplasma gondii 211, 212, 214, 215, 216, 219, 220

Toxoplasmose congênita 10, 211, 212, 213, 215, 216, 218, 219

V

Violência domiciliar 199, 201

Saúde Coletiva:

Uma Abordagem Multidisciplinar

3

www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



www.facebook.com/atenaeditora.com.br



Saúde Coletiva:

Uma Abordagem Multidisciplinar

3

www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



[@atenaeditora](#)



www.facebook.com/atenaeditora.com.br

